Examen
de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

partie à adresser à l'organisme d'affiliation

date limite de réalisation de l'examen : 30 / 05 / 2022

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : CONTE FLORENCE	2 CPAM DU VAR
NIR 2 8 2 0 3 6 3 4 3 0 0 2 2 2 8	
bénéficiaire : CONTE ELSA	83082 TOULON CEDEX
date de naissance 3 0 0 5 2 0 1 2 RG 1	83 1 /C 3401

Identification du praticien et **Identification de la structure**
(raison sociale du cabinet, de l'établissement...)

Dr ESKENAZI Robert
78 Bd Michelle Lauze
13010 MARSEILLE

Praticien remplaçant

identifiant

nom et prénom :

n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen 23 12 2021

radiographie(s) réalisée(s) : 0 ☒ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ panoramique ☒

examen complexe : oui ☐ non ☒

montant des honoraires : euros

document télétransmis : oui ☐ non ☐

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

renseignements à conserver par le praticien

Renseignements médicaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

C : dent cariée **A** : dent absente pour cause de carie **O** : dent obturée **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

RAS

état parodontal
- parodontopathie : oui ☐ non ☒

besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui ☐ non ☒
si oui :
- détartrage ☐
- scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :
- dent(s) à soigner ☐

besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui ☐ non ☒
si oui :
- ODF ☐
- prothèse(s) ☐

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention : oui ☐ non ☐

date de réalisation de l'examen 23 12 2021

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : CONTE FLORENCE	2 CPAM DU VAR
NIR 2 8 2 0 3 6 3 4 3 0 0 2 2 2 8	
bénéficiaire : CONTE ELSA	83082 TOULON CEDEX
date de naissance 3 0 0 5 2 0 1 2 RG 1	83 1 /C 3401

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

29438
5154067837229374 03