

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 sauf en cas de télétransmission

date limite de réalisation de l'examen : 20/02/2023

assuré(e) - bénéficiaire		organisme d'affiliation	
assuré(e) : D'AMICO ANTHONY 1 98 08 13 155 714 37 bénéficiaire : D'AMICO ANTHONY date de naissance : 20/08/1998 RG 1		C.N.M.S.S. 247 avenue Jacques Cartier 83090 TOULON Cedex 9 08 756 0100	
identification du praticien			
praticien titulaire ☐ ou collaborateur libéral ☐		praticien salarié ☐ ou remplaçant ☐	
nom et prénom <u>ESKENAZI Robert</u>		nom et prénom	
adresse <u>78 Bd Mirabelle Douze</u> <u>Boko HANSEINE</u>		adresse	
n° d'identification		n° d'identification	
examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées			
date de l'examen <u>25/07/22</u>		signature du praticien attestant la réalisation de l'examen	
pas de radiographie réalisée ☒			
1 ou 2 radiographies réalisées ☐ 3 ou 4 radiographies réalisées ☒			
montant des honoraires euros			

Renseignements à conserver par le praticien

document télétransmis : oui ☐ non ☐

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
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

état parodontal

inflammation gingivale : 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 ☐

assuré(e) - bénéficiaire		organisme d'affiliation	
assuré(e) : D'AMICO ANTHONY 1 98 08 13 155 714 37 bénéficiaire : D'AMICO ANTHONY date de naissance : 20/08/1998 RG 1		C.N.M.S.S. 247 avenue Jacques Cartier 83090 TOULON Cedex 9 08 756 0100	

0039180220637005210202000001048146155997711231055680556800000000

