

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 : 26/09/2023

assuré(e) - bénéficiaire		organisme d'affiliation	
assuré(e) : NICOLAS ANAIS 2 02 03 13 155 956 04 bénéficiaire : NICOLAS ANAIS date de naissance : 26/03/2002 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>ESKENACI Robert</u>		nom et prénom	
adresse <u>78 bd l'Amicale d'Arges</u> <u>13010 MARSEILLE</u>		adresse	
n° d'identification		n° d'identification	
examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées			
date de l'examen <u>13/02/2023</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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			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

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) : NICOLAS ANAIS 2 02 03 13 155 956 04 bénéficiaire : NICOLAS ANAIS date de naissance : 26/03/2002 RG 1		C.N.M.S.S. 247 avenue Jacques Cartier 83090 TOULON Cedex 9 08 756 0100	

00390302306370063102020000126906345579810335051310513100000000

