



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 2 76 07 99 333 135 77
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
RANDRIAMARO HARINIAINARILAL
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646

Service gratuit
prix appel

038 CPAM 13
13421 MARSEILLE CEDEX 20
0048301616 941694 100
DT MD NAT/11/031-AN 30.11.23 13 VITROLLES PIC

Mme RANDRIAMARO HARINIAINARILAL
BAT A3 RES LA TIMONE 1
4 RUE DES FENALS
13010 MARSEILLE

Le 17/11/2023



> UN RENDEZ-VOUS CHEZ LE DENTISTE OFFERT POUR VOTRE ENFANT

Madame,

L'Assurance Maladie offre un rendez-vous M'T dents chez le dentiste à votre enfant.

A 6 ans, ses premières dents définitives apparaissent. Parce qu'elles sont fragiles, elles sont la cible favorite des caries. Il est donc important de consulter le dentiste avant d'avoir mal.

Si votre enfant n'a pas encore bénéficié de cette offre M'T dents, **prenez un rendez-vous sans attendre chez votre dentiste habituel.**

Vous saurez si ses dents ont besoin d'être soignées et vous bénéficierez de conseils personnalisés.

Pour ne pas payer le rendez-vous, il suffit de présenter au dentiste :

- votre carte Vitale mise à jour ;
- le formulaire M'T dents, joint au premier courrier d'invitation M'T dents.



Si vous avez perdu ce formulaire, vous pouvez le télécharger directement depuis votre compte personnel sur ameli.fr ou en demander un exemplaire à votre caisse d'Assurance Maladie.

Si le dentiste propose d'autres rendez-vous pour soigner les dents de votre enfant, **ils devront être pris dans les 10 mois suivants.** Ces soins seront offerts par l'Assurance Maladie.



L'orthodontie et les prothèses dentaires ne font pas partie des soins offerts dans le cadre des rendez-vous M'T dents.

Avec toute mon attention,
votre correspondant de l'Assurance Maladie



→ Cet examen fait partie du suivi médical de l'enfant et sera mentionné dans son carnet de santé.

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 : 29/07/2024

assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : RANDRIAMARO HARINIINARILAL

NIR : 2760799333135 77

bénéficiaire : RAJOHARISOLO AIKO IARY

date de naissance : 29/07/2017

organisme d'affiliation

CPAM des BOUCHES du RHÔNE

null

13421 MARSEILLE CEDEX 20

identification du praticien

praticien titulaire

ou collaborateur libéral

praticien salarié

ou remplaçant

nom et prénom D. EDOUARD LAGROIX

nom et prénom

adresse
FINESS : 134019355
78 BD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
TEL : 0491798582

adresse

n° d'identification

n° d'identification

examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées

date de l'examen 01032024

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée

1 ou 2 radiographies réalisées

3 ou 4 radiographies réalisées 2

montant des honoraires : 42 euros

document télétransmis : oui ☐ non ☐

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

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

assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : RANDRIAMARO HARINIINARILAL

NIR : 2760799333135 77

bénéficiaire : RAJOHARISOLO AIKO IARY

date de naissance : 29/07/2017

organisme d'affiliation

CPAM des BOUCHES du RHÔNE

null

13421 MARSEILLE CEDEX 20

envoyé le 01/03/2024 par le compte ameli web

envoyé le 01/03/2024 par le compte ameli web