

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 : 15 / 10 / 2024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : BERSALI RAFIK	038 CPAM 13
NIR 1 7 1 0 4 9 9 3 5 2 5 2 3 4 5	CPAM 13
bénéficiaire : BERSALI MEHDI	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 1 5 1 0 2 0 1 4 RG 1	13 1 /C 0381

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

Dr Lacroix Edouard

Praticien remplaçant

identifiant

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

nom et prénom :

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen 03042024

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

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

examen complexe : oui ☐ non ☐

montant des honoraires : 54 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				
			C									C				
			C									C				
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
48	47	C	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 ☐ 46, 85, 75, 65, 55, 21, 22

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 03042024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : BERSALI RAFIK	038 CPAM 13
NIR 1 7 1 0 4 9 9 3 5 2 5 2 3 4 5	CPAM 13
bénéficiaire : BERSALI MEHDI	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 1 5 1 0 2 0 1 4 RG 1	13 1 /C 0381