

# 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 : 14 / 04 / 2025

## Assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : BOUDJIT LINDA  
NIR 2 9 0 0 2 9 4 0 2 2 0 3 0 5 4  
bénéficiaire : DE PASQUALE SOUMAYA  
date de naissance 1 4 0 4 2 0 2 1 RG 1

## Organisme d'affiliation

035 CPAM 13  
CPAM 13  
13421 MARSEILLE CEDEX 20  
13 1 / C 0351

## Identification du praticien

Dr. *de la... Edouard*  
*Supp*

et

## Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)

## Praticien remplaçant

identifiant

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

nom et prénom :

## Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen 24 04 2024  
radiographie(s) réalisée(s) : ☒ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ panoramique ☐  
examen complexe : oui ☐ non ☐  
montant des honoraires : 30 euros  
document télétransmis : oui ☐ non ☐

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

*[Signature]*

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 ☒

date de réalisation de l'examen

## Assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : BOUDJIT LINDA  
NIR 2 9 0 0 2 9 4 0 2 2 0 3 0 5 4  
bénéficiaire : DE PASQUALE SOUMAYA  
date de naissance 1 4 0 4 2 0 2 1 RG 1

## Organisme d'affiliation

035 CPAM 13  
CPAM 13  
13421 MARSEILLE CEDEX 20  
13 1 / C 0351