

# Examen de prévention bucco-dentaire

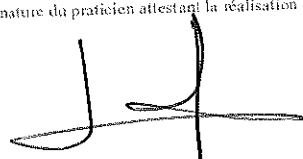
articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale  
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

partie à adresser  
à l'organisme d'affiliation

date limite de réalisation de l'examen : 06 / 06 / 2025

| Assuré(e) - bénéficiaire               | Organisme d'affiliation  |
|----------------------------------------|--------------------------|
| assuré(e) : SOW NDEYE BEYTA AWA        | 042 CPAM 13              |
| NIR 2 7 5 0 6 9 9 3 4 1 1 2 4 7 5      | CPAM 13                  |
| bénéficiaire : SOW AMADOU              | 13421 MARSEILLE CEDEX 20 |
| date de naissance 0 6 0 6 2 0 0 9 RG 1 | 13 1 / C 0421            |

| Identification du praticien                           | et | Identification de la structure<br>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...) |
|-------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dr. DUNAND Sophie</b><br>28 bd Arville Larz<br>309 |    |                                                                                      |
| Praticien remplaçant                                  |    | n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)                                            |
| identifiant                                           |    |                                                                                      |
| nom et prénom :                                       |    |                                                                                      |

| Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)                                                                                                                                        |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| date de réalisation de l'examen 28 05 2024                                                                                                                             | signature du praticien attestant la réalisation de l'examen                         |
| radiographie(s) réalisée(s) : <input checked="" type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> panoramique <input type="checkbox"/> |  |
| examen complexe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                                                                                            |                                                                                     |
| montant des honoraires : euros                                                                                                                                         |                                                                                     |
| document télétransmis : oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                     |

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 28 05 2024

| Assuré(e) - bénéficiaire               | Organisme d'affiliation  |
|----------------------------------------|--------------------------|
| assuré(e) : SOW NDEYE BEYTA AWA        | 042 CPAM 13              |
| NIR 2 7 5 0 6 9 9 3 4 1 1 2 4 7 5      | CPAM 13                  |
| bénéficiaire : SOW AMADOU              | 13421 MARSEILLE CEDEX 20 |
| date de naissance 0 6 0 6 2 0 0 9 RG 1 | 13 1 / C 0421            |