

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 : 26/03/2025

assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : MARTINEZ SANDRINE

NIR : 2760213055670 36

bénéficiaire : MARTINEZ YLEANA

date de naissance : 26/03/2015

organisme d'affiliation

Caisse d'assurance maladie des Hautes-Alpes
10, boulevard Georges Pompidou - BP 99
05012 GAP CEDEX

identification du praticien

praticien titulaire ☒ ou collaborateur libéral

praticien salarié

ou remplaçant

nom et prénom NAIT-RAISS JAMILA

nom et prénom

adresse

adresse

n° d'identification

n° d'identification

examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées

date de l'examen 17 06 2024

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 : 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

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) : MARTINEZ SANDRINE

NIR : 2760213055670 36

bénéficiaire : MARTINEZ YLEANA

organisme d'affiliation

Caisse d'assurance maladie des Hautes-Alpes
10, boulevard Georges Pompidou - BP 99
05012 GAP CEDEX

envoyé le 17/06/2024 par le compte ameli web

envoyé le 17/06/2024 par le compte ameli web