

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

nom et prénom NAIT-RAISS famille

adresse

praticien salarié

nom et prénom

adresse

ou remplaçant

n° d'identification

n° d'identification

examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées

date de l'examen 17 06 2024

pas de radiographie réalisée

1 ou 2 radiographies réalisées

3 ou 4 radiographies réalisées ☒

montant des honoraires : 54 euros

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

renseignements à conserver par le praticien

document télétransmis : oui ☐ non ☐

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