

# 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 : 09/01/2025

## assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : SOW NDEYE BEYTA AWA

NIR : 2750699341124 75

bénéficiaire : SOW OUSMANE

date de naissance : 09/01/2015

## organisme d'affiliation

Caisse d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

13421 MARSEILLE CEDEX 20

## identification du praticien

praticien titulaire

ou collaborateur libéral

praticien salarié

ou remplaçant

nom et prénom

Lacroix Edouard

nom et prénom

adresse

adresse

n° d'identification

n° d'identification

## examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées

date de l'examen

40072626

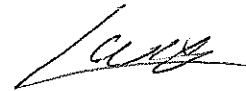
signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée

1 ou 2 radiographies réalisées

3 ou 4 radiographies réalisées

montant des honoraires : 30 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) : SOW NDEYE BEYTA AWA

NIR : 2750699341124 75

bénéficiaire : SOW OUSMANE

date de naissance : 09/01/2015

## organisme d'affiliation

Caisse d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

13421 MARSEILLE CEDEX 20

envoyé le 10/07/2024 par le compte ameli web

envoyé le 10/07/2024 par le compte ameli web