

# 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)

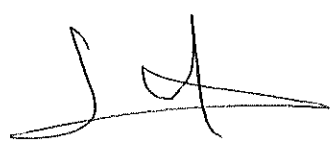
date limite de réalisation de l'examen : 31 / 07 / 2025

partie à adresser  
à l'organisme d'affiliation

| Assuré(e) - bénéficiaire                                                                                                                   | Organisme d'affiliation                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| assuré(e) : KARDOUH OUAFIKA<br>NIR 2 8 5 0 7 5 9 5 9 9 0 7 4 7 2<br>bénéficiaire : KARDOUH RANYA<br>date de naissance 3 1 0 7 2 0 0 9 RG 1 | 042 CPAM 13<br>CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20<br>13 1 / C 0421 |

| Identification du praticien                       | et | Identification de la structure<br>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...) |
|---------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Dr DURAND Sophie<br>78 bd Armand Laroche<br>13010 |    |                                                                                      |

| Praticien remplaçant             | n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) |
|----------------------------------|-------------------------------------------|
| identifiant :<br>nom et prénom : |                                           |

| Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | signature du praticien attestant la réalisation de l'examen                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| date de réalisation de l'examen 23 07 2024<br>radiographie(s) réalisée(s) : 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> panoramique <input type="checkbox"/><br>examen complexe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/><br>montant des honoraires : euros<br>document télétransmis : oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |  |

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 27 07 2024

| Assuré(e) - bénéficiaire                                                                                                                   | Organisme d'affiliation                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| assuré(e) : KARDOUH OUAFIKA<br>NIR 2 8 5 0 7 5 9 5 9 9 0 7 4 7 2<br>bénéficiaire : KARDOUH RANYA<br>date de naissance 3 1 0 7 2 0 0 9 RG 1 | 042 CPAM 13<br>CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20<br>13 1 / C 0421 |