

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 : 11 / 07 / 2025

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : BEN YOUSSEF SONIA	007 CPAM 13
NIR 2 8 8 0 2 1 3 0 5 5 4 6 8 3 8	CPAM 13
bénéficiaire : BEN YOUSSEF SABER	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 1 1 0 7 2 0 0 9 RG 1	13 1 / C 0071

Identification du praticien	et	Identification de la structure
<i>B. DURAND</i> <i>78 bd Nulle Lavo</i> <i>13010 Nouvelle</i>		(raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
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 01/08/2024
radiographie(s) réalisée(s) : 0 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ panoramique ☒
examen complexe : oui ☐ non ☐
montant des honoraires : euros
document télétransmis : oui ☒ non ☐

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

[Signature]

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
	X	X		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	X	X	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	X	X	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 01/08/2024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : BEN YOUSSEF SONIA	007 CPAM 13
NIR 2 8 8 0 2 1 3 0 5 5 4 6 8 3 8	CPAM 13
bénéficiaire : BEN YOUSSEF SABER	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 1 1 0 7 2 0 0 9 RG 1	13 1 / C 0071