

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 : 03 / 05 / 2025

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : JEZEQUEL CATHELYNE	403 CPAM 13
NIR 2 8 3 1 2 5 4 3 9 5 0 3 1 4 9	CPAM 13
bénéficiaire : JEZEQUEL QUENTIN	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 0 3 0 5 2 0 1 2 RG 1	13 1 / C 0403

Identification du praticien	et	Identification de la structure
Dr DURAND Sophie 78 bd Nalle lane 120 to Nalle		(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 : 05 08 2024	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen
radiographie(s) réalisée(s) : 0 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ panoramique ☒	
examen complexe : oui ☐ non ☐	
montant des honoraires : 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
		C													
			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 ☒ 16

■ 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 : 05 08 2024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : JEZEQUEL CATHELYNE	403 CPAM 13
NIR 2 8 3 1 2 5 4 3 9 5 0 3 1 4 9	CPAM 13
bénéficiaire : JEZEQUEL QUENTIN	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 0 3 0 5 2 0 1 2 RG 1	13 1 / C 0403