

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 sauf en cas de télétransmission

Date limite de réalisation de l'examen : 14/03/2025

Assuré(e) - bénéficiaire

Assuré(e): BOURASS KYLIANE
NIR : 1 03 09 13 212 100 23
Bénéficiaire : BOURASS KYLIANE
Date de naissance : 14/09/2003 RG : 1

Organisme d'affiliation

C.N.M.S.S
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON Cedex 9
08 756 0100

Identification du praticien

Praticien ☒ ou Remplaçant ☐
Nom et Prénom *DURAND Sophie*
Adresse *78 bd Nivelle lauze*
13010

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement....)

Identifiant

N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

Date de réalisation de l'examen *16/03/24*

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

Documents 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

Etat parodontal

parodontopathie : oui ☐ non ☐

Besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui ☒ non ☐

si oui :

détartrage ☒

scellement 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 :

Assuré(e) - bénéficiaire

Assuré(e): BOURASS KYLIANE
NIR : 1 03 09 13 212 100 23
Bénéficiaire : BOURASS KYLIANE
Date de naissance : 14/09/2003 RG : 1

Organisme d'affiliation

C.N.M.S.S
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON Cedex 9
08 756 0100