

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 : 20 / 05 / 2025

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : KHELLAF MEHDI NIR 1 8 3 0 6 1 3 0 5 5 1 3 6 5 0 bénéficiaire : KHELLAF IMRANE date de naissance 2 0 0 5 2 0 1 8 RG 1	403 CPAM 13 CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20 13 1 /C 0403

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
-----------------------------	----	--

Dr DURAND Sophie
78 Bd Nîmes
320 13

Praticien remplaçant

identifiant

nom et prénom :

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

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen 25 03 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

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				
						R			X			R				
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
48	47	46	45	X	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 25 03 2024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : KHELLAF MEHDI NIR 1 8 3 0 6 1 3 0 5 5 1 3 6 5 0 bénéficiaire : KHELLAF IMRANE date de naissance 2 0 0 5 2 0 1 8 RG 1	403 CPAM 13 CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20 13 1 /C 0403