

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 : 28/08/2025

Assuré(e) - bénéficiaire

Assuré(e): GABRIEL CATHERINE
NIR : 2 81 05 13 055 448 61
Bénéficiaire : BLANCHARD LAURE
Date de naissance : 28/08/2012 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
Adresse

de laix Edward

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 *28/08/2025*
Radiographie(s) réalisée(s) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
Panoramique ☒
Examen complexe : oui ☐ non ☐
Montant des honoraires : *54* euros
Documents télétransmis : oui ☐ non ☐

Signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

[Signature]

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): GABRIEL CATHERINE
NIR : 2 81 05 13 055 448 61
Bénéficiaire : BLANCHARD LAURE
Date de naissance : 28/08/2012 RG : 1

Organisme d'affiliation

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



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 : 15/03/2025

Assuré(e) - bénéficiaire

Assuré(e): GABRIEL CATHERINE
NIR : 2 81 05 13 055 448 61
Bénéficiaire : BLANCHARD EMMA
Date de naissance : 15/03/2009 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
Adresse

de Bay Edouard

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 25/03/24
Radiographie(s) réalisée(s) ☒ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐
Panoramique ☐
Examen complexe : oui ☐ non ☐
Montant des honoraires : 30 euros
Documents télétransmis : oui ☐ non ☐

Signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

[Signature]

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): GABRIEL CATHERINE
NIR : 2 81 05 13 055 448 61
Bénéficiaire : BLANCHARD EMMA
Date de naissance : 15/03/2009 RG : 1

Organisme d'affiliation

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