

examen de prévention bucco - dentaire (maternité)

(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023
- annexes n° 11 à la convention médicale)

partie à adresser

période de validité de la prise en charge : du 1^{er} jour du 5^{ème} mois de grossesse jusqu'au 6^{ème} mois après l'accouchement

à l'organisme d'affiliation

date présumée d'accouchement : 2 5 0 2 2 0 2 5

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : BONOMO SAVANAH	007 CPAM 13
NIR : 2 9 8 0 8 1 3 2 5 5 1 0 1 2 5	CPAM 13
bénéficiaire : BONOMO SAVANAH (si différent de l'assuré)	13421 MARSEILLE CEDEX 20
Date de naissance : 3 1 0 8 1 9 9 8 RG 1	13 1 / C 0071

Identification du praticien	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
D NARI-RAISS Janelia.	

Praticien remplaçant

identifiant	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)
nom et prénom	

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen : 27 09 20 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 : 30 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 - de la patiente (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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

santé parodontale

■ inflammation gingivale oui ☐ non ☐

besoins de soins

■ prothèse(s) ☐ ■ soins conservateurs ☐ ■ avulsions ☐ ■ soins de gencives ☐

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention oui ☐ non ☐

Conseils personnalisés à la patiente oui ☐ non ☐ si oui, complétez ci-dessous :

En matière d'hygiène bucco-dentaire et technique de brossage ☐

En matière de nutrition ☐ Sur les méfaits du tabac, de l'alcool et autres substances ☐

Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant oui ☐ non ☐ si oui, complétez ci-dessous :

Syndrôme du biberon ☐ Risque de contamination croisée ☐

Fluor ☐ Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant ☐

date de réalisation de l'examen

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : BONOMO SAVANAH	007 CPAM 13
NIR : 2 9 8 0 8 1 3 2 5 5 1 0 1 2 5	CPAM 13
bénéficiaire : BONOMO SAVANAH (si différent de l'assuré)	13421 MARSEILLE CEDEX 20
Date de naissance :	13 1 / C 0071