

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

Identification du praticien

22

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

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 22102024

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

[illegible]

↳ état parodontal

■ parodontopathie : oui ☐ non ☐

 **besoins de soins dans le cadre du dispositif :** oui ☐ non ☐

si omi :

15 détartrage ☐

scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :

■ dent(s) à soigner

besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui ☐ non ☐

si qui :

■ ODF ☐ ■ prothèse(s) ☐

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

date de réalisation de l'examen 72102024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : DARIETTO VALERIE	MGP
NIR 2 7 4 1 0 3 4 1 7 2 3 4 1 0 6	
bénéficiaire : DARIETTO ZOE	94027 CRETEIL CEDEX
date de naissance 1 7 1 1 2 0 0 9 RG 1	78 9 /C 0131