

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

date limite de réalisation de l'examen : 18/08/2025

assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : LACHKHAB NADA

NIR : 2030813205153 17

bénéficiaire : LACHKHAB NADA

date de naissance : 18/08/2003

organisme d'affiliation

Caisse d'assurance maladie des Bouches-
du-Rhône

null

13421 MARSEILLE CEDEX 20

identification du praticien

praticien titulaire ☒ ou collaborateur libéral

nom et prénom DURAND Sophie

adresse 78 bd Mirabeau lauze
13020 Marseille

praticien salarié

nom et prénom

adresse

ou remplaçant

n° d'identification

n° d'identification

examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées

date de l'examen 14/11/2024

pas de radiographie réalisée

1 ou 2 radiographies réalisées

3 ou 4 radiographies réalisées ☒

montant des honoraires :

euros

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

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

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

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

assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : LACHKHAB NADA

NIR : 2030813205153 17

bénéficiaire : LACHKHAB NADA

date de naissance : 18/08/2003

organisme d'affiliation

Caisse d'assurance maladie des Bouches-
du-Rhône

null

13421 MARSEILLE CEDEX 20