

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 : 07 / 09 / 2025

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NACIMENTO ANGELIQUE NIR 2 6 8 0 6 9 9 3 4 1 1 0 0 5 4 bénéficiaire : CORNEVIN HUGO date de naissance 0 7 0 9 2 0 0 9 RG 1	007 CPAM 13 CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20 13 1 /C 0071
Identification du praticien	et Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)

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 : 14/11/2024
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 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 ☐

date de réalisation de l'examen : _____

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NACIMENTO ANGELIQUE NIR 2 6 8 0 6 9 9 3 4 1 1 0 0 5 4 bénéficiaire : CORNEVIN HUGO date de naissance 0 7 0 9 2 0 0 9 RG 1	007 CPAM 13 CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20 13 1 /C 0071