

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)

date limite de réalisation de l'examen : 25 / 09 / 2025

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : FAHEM NASSER	403 CPAM 13
NIR 1 0 3 0 9 1 3 2 1 2 1 6 4 5 6	CPAM 13
bénéficiaire : FAHEM NASSER	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 2 5 0 9 2 0 0 3 RG 1	13 1 / C 0403

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
DR Durand Sophie 78 bis Tiraille lauze 13010 Marseille		
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 02/12/2024
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 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
		C	C										C	C	
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
													C	C	
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 02/12/2024

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : FAHEM NASSER	403 CPAM 13
NIR 1 0 3 0 9 1 3 2 1 2 1 6 4 5 6	CPAM 13
bénéficiaire : FAHEM NASSER	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 2 5 0 9 2 0 0 3 RG 1	13 1 / C 0403