

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 : 16 / 08 / 2025

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré(e) - bénéficiaire

Organisme d'affiliation

assuré(e) : OHANIAN SOPHIE

042 CPAM 13

NIR 2 7 9 0 3 1 3 0 5 5 5 7 5 9 7

CPAM 13

bénéficiaire : OHANIAN ARMAND

13421 MARSEILLE CEDEX 20

date de naissance 1 6 0 8 2 0 1 2 RG 1

13 1 /C 0421

Identification du praticien

et

Identification de la structure

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

Dr DOMBARD 221 Rex

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

05/12/2024

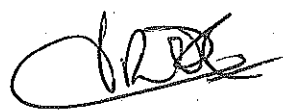
signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

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

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) : OHANIAN SOPHIE

042 CPAM 13

NIR 2 7 9 0 3 1 3 0 5 5 5 7 5 9 7

CPAM 13

bénéficiaire : OHANIAN ARMAND

13421 MARSEILLE CEDEX 20

date de naissance 1 6 0 8 2 0 1 2 RG 1

13 1 /C 0421