

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 : 20/04/2025

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : DIALLO AICHATOU	Caisse d'assurance maladie des Bouches-
NIR : 2060499330050 45	du-Rhône
bénéficiaire : DIALLO AICHATOU	null
date de naissance : 20/04/2006	13421 MARSEILLE CEDEX 20

identification du praticien

praticien titulaire	ou collaborateur libéral	praticien salarié	ou remplaçant
nom et prénom	LOTBARD 204 ROK	nom et prénom	
adresse	Dr LOMBARDOZZI ROSE	adresse	
	FINESS : 134014836		
	78 BD MIREILLE LAUZE		
n° d'identification	13010 MARSEILLE	n° d'identification	
	TEL: 0491798582		

examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées

date de l'examen 13.12.2024

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée

1 ou 2 radiographies réalisées 3 ou 4 radiographies réalisées

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	C 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 X
- 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	organisme d'affiliation
assuré(e) : DIALLO AICHATOU	Caisse d'assurance maladie des Bouches-
NIR : 2060499330050 45	du-Rhône
bénéficiaire : DIALLO AICHATOU	null
date de naissance : 20/04/2006	13421 MARSEILLE CEDEX 20