



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)

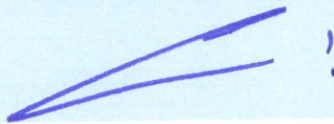
date limite de réalisation de l'examen : **20/10/2021**

000198/403

Partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré : COUDRET HERVE-MICHEL 1660175114033	CAISSE DE PREVOYANCE ET DE RETRAITE DU PERSONNEL DE LA SNCF Sous-Direction de l'Assurance Maladie 17, AVENUE GENERAL LECLERC 13347 MARSEILLE CEDEX 20
bénéficiaire : CHLOE	
date de naissance : 10/09/2005	

Identification du praticien	
Praticien titulaire ☐ ou collaborateur libéral ☐	Praticien salarié ☐ ou remplaçant ☐
nom et prénom	nom et prénom
adresse Dr Eskenazi Robert.	adresse
n° d'identification	n° d'identification

Examen de prévention - radiographies intrabuccales réalisées	
date de l'examen 10/03/21.	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 : 30 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 ☐

Assuré - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré : COUDRET HERVE-MICHEL 1660175114033	CAISSE DE PREVOYANCE ET DE RETRAITE DU PERSONNEL DE LA SNCF Sous-Direction de l'Assurance Maladie 17, AVENUE GENERAL LECLERC 13347 MARSEILLE CEDEX 20
bénéficiaire : CHLOE	
date de naissance : 10/09/2005	