

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/ 2021

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : FOKOU I SAA LILIANE	042 CPAM 13
NIR 2 75 08 99 322 072 50	CPAM 13
bénéficiaire : KOUGOU M CELIA	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 16/08/2005 RG 1	13 1 /C 0421

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
Praticien remplaçant		Docteur Eskenazi Robert
identifiant		19-Chirurgien Dentiste C
nom et prénom :		78, Bd Mireille Lauze 13010
		Marseille Tel: 04.91.79.85.82
		F: 13 4 0 20 55 1 - 0 1 20 1
		n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Praticien remplaçant

identifiant

nom et prénom :

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen 09/12/2020

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 ☐

date de réalisation de l'examen 09/12/2020

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : FOKOU I SAA LILIANE	042 CPAM 13
NIR 2 75 08 99 322 072 50	CPAM 13
bénéficiaire : KOUGOU M CELIA	13421 MARSEILLE CEDEX 20
date de naissance 16/08/2005 RG 1	13 1 /C 0421