

# 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 : **26 / 07 / 2023**

000216/431

## Assuré - bénéficiaire

assuré : COUDRET HERVE-MICHEL  
1660175114033

bénéficiaire : LUCAS  
date de naissance : 27/07/2010

## Organisme d'affiliation

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

## Identification du praticien

Praticien titulaire ☒ ou collaborateur libéral ☐

nom et prénom

adresse

Praticien salarié ☐ ou remplaçant ☐

nom et prénom

adresse

n° d'identification

n° d'identification

## Examen de prévention - radiographies intrabucales réalisées

date de l'examen

pas de radiographie réalisée ☒

1 ou 2 radiographies réalisées ☐ 3 ou 4 radiographies réalisées ☐

Montant des honoraires : euros

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

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

assuré : COUDRET HERVE-MICHEL  
1660175114033

bénéficiaire : LUCAS  
date de naissance : 27/07/2010

## Organisme d'affiliation

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