

# 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

assuré(e) : FOKOU I SAA LILIANE

NIR 2 75 08 99 322 072 50

bénéficiaire : KOUGOU MARINE

date de naissance 16/08/2005 RG 2

## Organisme d'affiliation

042 CPAM 13

CPAM 13

13421 MARSEILLE CEDEX 20

13 1 /C 0421

## Identification du praticien

et

## Identification de la structure

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

19-Chirurgien Dentiste C

78, Bd Mireille Lauze 13010

Marseille Tel: 04.91.79.85.82

F:13 40 20 55 1 - 0 1 20 1

## Praticien remplaçant

identifiant

nom et prénom :

n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

## Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

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

pas de radiographie réalisée ☒

1 ou 2 radiographies réalisées ☐

3 ou 4 radiographies réalisées ☐

montant des honoraires 30 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                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                          | 55                       | 54                       | 53                       | 52                       | 51                       | 61                       | 62                       | 63                       | 64                       | 65                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | 85                       | 84                       | 83                       | 82                       | 81                       | 71                       | 72                       | 73                       | 74                       | 75                       |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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

assuré(e) : FOKOU I SAA LILIANE

NIR 2 75 08 99 322 072 50

bénéficiaire : KOUGOU MARINE

date de naissance 16/08/2005 RG 2

## Organisme d'affiliation

042 CPAM 13

CPAM 13

13421 MARSEILLE CEDEX 20

13 1 /C 0421