

**La partie haute de l'imprimé**

correspond à la feuille de soins papier. En télétransmission SESAM-Vitale, il n'est pas nécessaire de la compléter, ni de la transmettre à l'Assurance Maladie. La FSE (Feuille de Soins Electronique) suffit.

# 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 : 14/05/2007

partie à adresser à l'organisme d'affiliation

assuré(e) - bénéficiaire		organisme d'affiliation	
assuré(e) :	PINHAL UGO 1 69 12 42 052 207 35	CENTRE ROANNE-254 26 PLACE DES PROMENADES 42321 ROANNE CEDEX	
bénéficiaire :	PINHAL UGO		
date de naissance :	27/02/1997 RG 1	42 1 / C. 2541	
identification du praticien			
praticien titulaire <input type="checkbox"/>	ou collaborateur libéral <input type="checkbox"/>	praticien salarié <input type="checkbox"/>	ou remplaçant <input type="checkbox"/>
nom et prénom		nom et prénom	
adresse		adresse	
n° d'identification		n° d'identification	
examen de prévention - radiographies intrabucales réalisées			
date de l'examen		signature du praticien attestant la réalisation de l'examen	
pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/>			
1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>		3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>	
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	71	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36		

**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 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) :	PINHAL UGO 1 69 12 42 052 287 35	CENTRE ROANNE-254 26 PLACE DES PROMENADES 42321 ROANNE CEDEX	
bénéficiaire :	PINHAL UGO		
date de naissance :	27/02/1997 RG 1	42 1 / C. 2541	

705.EBD CNAMTS exp.XI-2006

**La partie inférieure de l'imprimé**

est réservée aux renseignements médicaux. Elle doit :  
- être conservée dans le dossier patient  
- toutes les cases doivent être renseignées  
- être communiquée au service médical à sa demande.