**CENTRE DE SANTE DENTAIRE ET POLYVALENT A FORTE ACTIVITE DENTAIRE**

**COORDINATION EXTERNE**

***Article 8.3.3.2 et 4***

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DU CENTRE** |  |
| **Numéro FINESS** |  |
| **NATURE DU CENTRE** |  |

|  |
| --- |
| **Année d’exercice concernée** |

Compléter l’année d’exercice : du 01/01/20………….au 31/12/20…………

**Synthèse annuelle du bilan bucco-dentaire**

**Contrat N°1 – année N**

Nom de l’établissement ayant contracté :

Type d’établissement : EHPAD □ Etablissement médico-social □

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre** |
| Nouveaux patients admis dans l’année dans l’établissement |  |
| Nouveaux patients admis dans l’année dans l’établissement et ayant bénéficié d’un bilan |  |
| Nouveaux patients admis dans l’année dans l’établissement et ayant bénéficié d’un bilan réalisé par le centre de santé |  |

*Le ou les contrats signés entre le centre et l’EHPAD ou l’établissement médico-social sont mis à la disposition de la caisse d’assurance maladie sur demande ;*

**Contrat N°2 – année N**

Nom de l’établissement ayant contracté :

Type d’établissement : EHPAD □ Etablissement médico-social □

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre** |
| Nouveaux patients admis dans l’année dans l’établissement |  |
| Nouveaux patients admis dans l’année dans l’établissement et ayant bénéficié d’un bilan |  |
| Nouveaux patients admis dans l’année dans l’établissement et ayant bénéficié d’un bilan réalisé par le centre de santé |  |

*Le ou les contrats signés entre le centre et l’EHPAD ou l’établissement médico-social sont mis à la disposition de la caisse d’assurance maladie sur demande ;*