

**RAPPORT DE CONTRÔLE MÉDICAL**

Réf : CV011/20

Date : 18.09.2020

Lieu Du Contrôle : Cabinet du Médecin Dentiste

Nom et Prénom de l'adhérent : LAAQIRA RACHIDA

Personne traitée : LAAQIRA RACHIDA

Lien de parenté : Elle-même

Matricule / CIN : 07050

Déclaration N° : P17/0065854

38824

Suite à ma désignation pour procéder à une contre visite dossier réf : P17/0065854 personne traitée LAAQIRA RACHIDA examiné le 18.09.2020 à 17h 30:

**Examen Clinique :**

Dent	
16	Racine
17	Déchaussement
34	RAS
35	Restauration
36	Absente
45	Absente
46	Implant
47	Implant

**Conclusion****Soins dentaire**

	Détartrage 02 séance	D24
35	Traitement Canalaire	D15
16	Extraction	D10
17	Extraction	D10
		D59

**Prothèse dentaire**

45-46-47	Bridge 03 CCM	D180x03=	D540.
34-35-36	Bridge 03 CCM	D180x03=	D540.
16	CCM		D180.
16	Implant		D100.
	(Tarification convention MUPRAS-ONMD)		D1360.