

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné (e), Docteur...SAID MOUINY..... certifie avoir effectué une contre-visite

Le 12/09/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 04466

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W19-440241

Nom et Prénom de l'assuré(e) : RASSY ABDELAZIZ

Personne traitée : RASSY BOUCHRA

Coordonnée téléphonique : 0620766566

22977

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : NEANT

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : 15/16/17/24/25/44---47/34/35/36

DENTS COURONNEES : 15/16/17/24/25/44---47/34/35/36

ETAT DE GENCIVE :

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

CCM 15/16/17/24/25/44---47/34/35/36

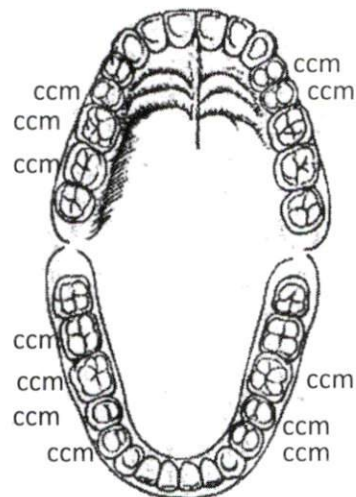
Observations et conclusions :

**PATIENTE PRESENTE UNE PARODONTITE AGRESSIVE
AVANCEE.**

ACTE REALISE : CURETAGE PARODONTAL HN + GINGIVECTOMIE

SECTEUR SUP GAUCHE REGION 24---27 AVEC SUTURES

COT : D 20



Fait à : ...casablanca Le 12/09/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur