

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 24/09/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 02603

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W19-513143

Nom et Prénom de l'assuré(e) : DOUMA ABDELLAH

Personne traitée : DOUMA ABDELLAH

Coordonnée téléphonique : 0670275722

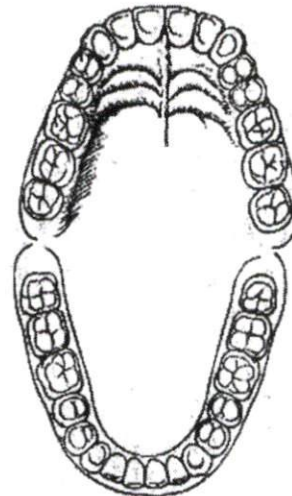
22753

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : NEANT
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT
DENTS DEVITALISEES : NEANT
DENTS COURONNEES : NEANT
ETAT DE GENCIVE :
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions :

**ACCORD 2 CCM 16/17
6 CCM 43----33**



Fait à : ...casablanca Le 24/09/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur