

42686
RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 09/10/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 05164

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : P19-0041631

Nom et Prénom de l'assuré(e) : SAMIH ABDERRAHMANE

Personne traitée : FATHALLAH SAADIA

Coordonnée téléphonique : 0661950331

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 46/47/36

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : NEANT

ETAT DE GENCIVE :

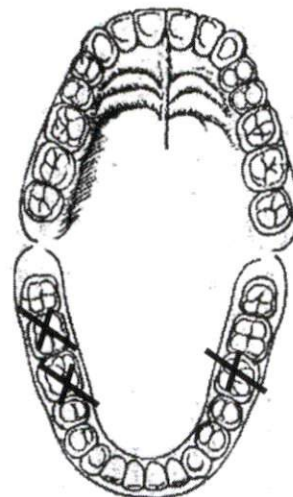
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions :

ACCORD CCM 15 + 4 CCM 23----26 D 720

S D D 59

NB / STELLITE BAS + 3 CCM 35/36/37 + CCM 13 NON JUSTIFIE



Fait à : ...casablanca Le 09/10/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur