

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné (e), Docteur...SAID MOUINY..... certifie avoir effectué une contre-visite
pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 06229

Sté Contractante :

DECLARATION N° : W21-826845

Nom et Prénom de l'assuré(e) : SEBTI MOHAMED KAMAL

Personne traitée : SEBTI MOHAMED KAMAL

Coordonnée téléphonique : 06006310210

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

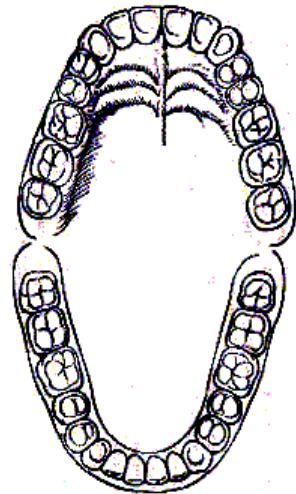
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD SD : D 75

PD : 8 CCM

Fait à : CASABLANCA LE 16/12/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur