

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 02647

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : M23-002023

Nom et Prénom de l'assuré(e) : RHAREF ELMOSTAFA

Personne traitée : IMANSOURA SOUAD

Coordonnée téléphonique : 0619551154

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 35
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT
DENTS DEVITALISEES : NEANT
DENTS COURONNEES :
ETAT DE GENCIVE : NEANT
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

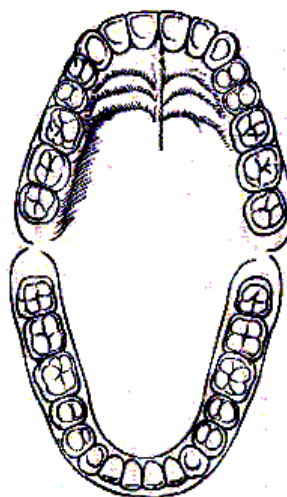
Observations et conclusions :

ACCOURD 7 CCM D180*7

23/24/25/26/27

35/36

SD : D 40 (TG HN)



Fait à : CASABLANCA LE 20/07/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur