

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

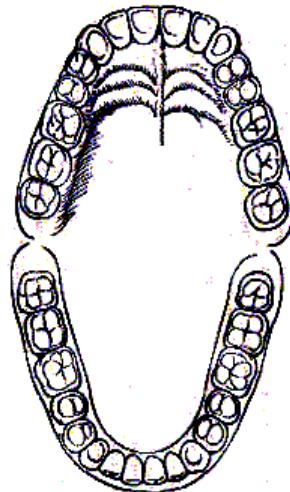
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

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