

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 13/07/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 13321

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W19-545007

Nom et Prénom de l'assuré(e) : AROUSS ZINEB

Personne traitée : AROUSS ZINEB

Coordonnée téléphonique : 0660093471

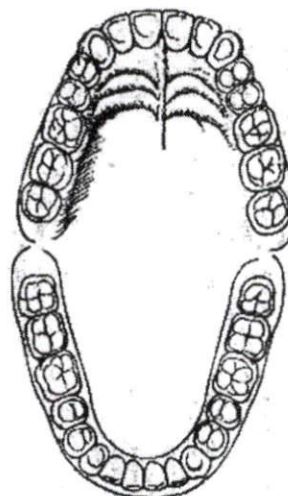
31253

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 :

**PARODONTITE AGRESSIVE
ACCORD D 20 X 6 = D 120**



Fait à : ...casablanca Le 13/07/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

N° Dossier: 31253 
N° Dossier externe: ACC-13321-03/07/2020
Type de dossier: DENTAIRE ▼
Bénéficiaire: AROUSS ZINEB
Situation: Notifié ▼
Sous-situation: — ▼
Date de début: 03-07-2020 
Date de fin: 07-07-2020 
Date de saisie: 03-07-2020
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
07-07-2020	Manuel	ACC D 100 GINGIVECTOMIE S/R CV POST OP LE MEME JOUR DE L'INTERVENTION OU 1 J APRES OU SI NON PAS DE REMBOURSEMENT DR BAITE MED