

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 08/08/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 06820

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : P19-047360

Nom et Prénom de l'assuré(e) : KHEDROUF

Personne traitée : KHEDROUF OMAR

Coordonnée téléphonique : 0661530934

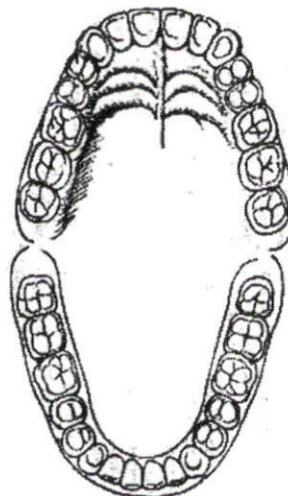
32947

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 :

**ACCORD D 306
TC 14 +TC 37 + TC 47 +TC 45 NON JUSTIFIES**



Fait à : ...casablanca Le 08/08/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur