

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 8189

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : W21-770644

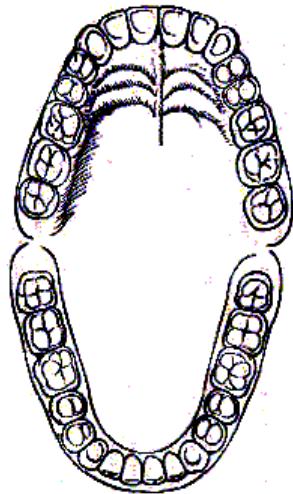
Nom et Prénom de l'assuré(e) : BEN M'KADDEM ABDELHADI

Personne traitée : BEN M'KADDEM ABDELHADI

Coordonnée téléphonique : 0652578014

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 47/46/45/35/36/37
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 POUR 8 CCM D 1440

Fait à : CASABLANCA LE 06/04/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur