

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 10220

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W21-654802

Nom et Prénom de l'assuré(e) : EZZAHAF RACHID

Personne traitée : EZZAHAF ZOUBAIR

Coordonnée téléphonique : 0659784901

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE :

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME :

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

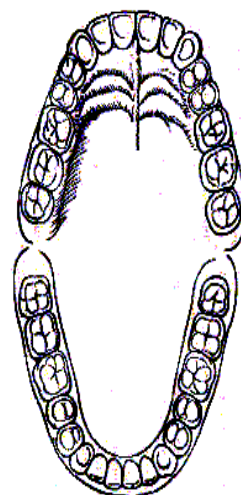
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions

ACCORD 2 IC + 2CCM 36 ET 46

+ 2CCM 11 ET 21

D 920



Fait à : CASABLANCA LE 07/06/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur