

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 1014

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : M22-0056158

Nom et Prénom de l'assuré(e) : BENAISSE ABDELKADER

Personne traitée : BENAISSE ABDELKADER

Coordonnée téléphonique : 0668744052

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 47/46/45/44/21/22/23/24/25/26/27

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

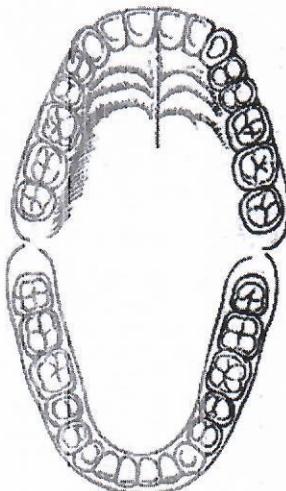
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : 17/16/15/14/13/11/35/36/37

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : STELLITE HAUT



Observations et conclusions :

ACCOUD STELLITE BAS 45/45/47 D 165

Fait à : CASABLANCA LE 08/07/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

Dr. MOUINY Saïd
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
22, Bts Rue Oussema Ibnoou Zaïd
(Ex Jura) 1er Etage Maârif - Casa
Tél.: 0522 23 20 77