

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 06408

Sté Contractante :

DECLARATION N° : M22-0005133

Nom et Prénom de l'assuré(e) : LOUHIBI MOHAMMED

Personne traitée : RAFIK FATIHA

Coordonnée téléphonique : 0661396101

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

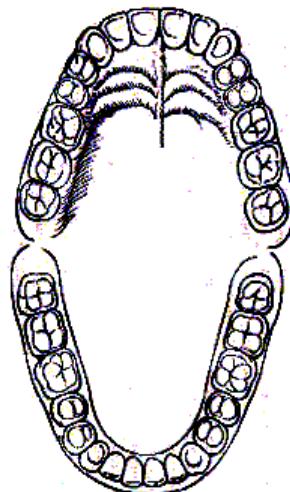
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD 8 CCM + SD

Fait à : CASABLANCA LE 23/11/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur