

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 02045

Sté Contractante :

DECLARATION N° : W19-546027

Nom et Prénom de l'assuré(e) : LARAKI FATIMA

Personne traitée : LARAKI FATIMA

Coordonnée téléphonique : 0678268283

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

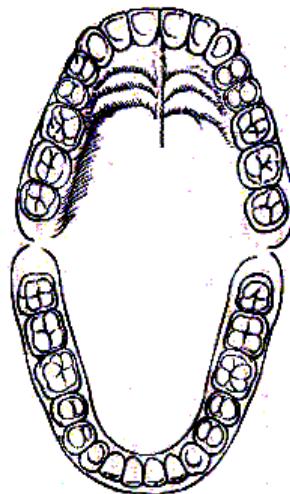
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD SD : D 84

PD : 7 CCM 35/36/37/45/46/47/14

Fait à : CASABLANCA LE 26/07/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur