

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 01008

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : M23-012792

Nom et Prénom de l'assuré(e) : BAGAS LAHCEN

Personne traitée : BAGAS LAHCEN

Coordonnée téléphonique : 0666896646

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

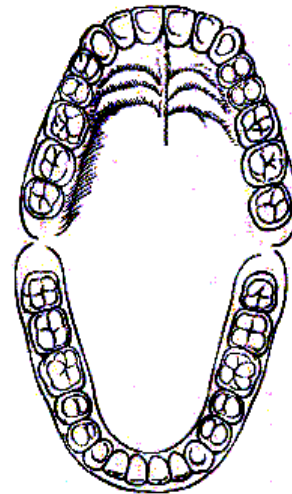
ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions :

ACCORD SD : D 117

PD : 8 CCM 14/13/12/11/21/22/23/24/25



Fait à : CASABLANCA LE 25/07/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur