

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 09692

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : P19-060322

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

Personne traitée : MERMER LAHCEN

Coordonnée téléphonique : 0658194964

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : 17/16/15/14/13/12/11/21/22/23/24/25
43/42/41/31/32/33

ETAT DE GENCIVE : NEANT

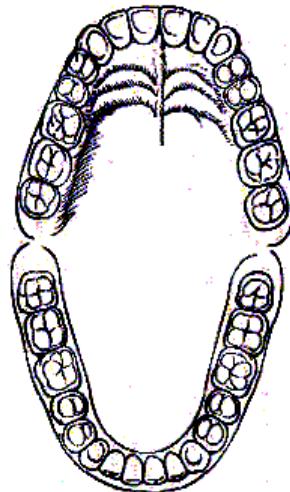
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions :

ACCORD SD : D 114

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

STELLITE 16/26/27



Fait à : CASABLANCA LE 29/07/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur