

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 1409

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : M21-0051397

Nom et Prénom de l'assuré(e) : M HAMDI MUSTAPHA

Personne traitée : JAWHARI JAMILA

Coordonnée téléphonique : 0670642860

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

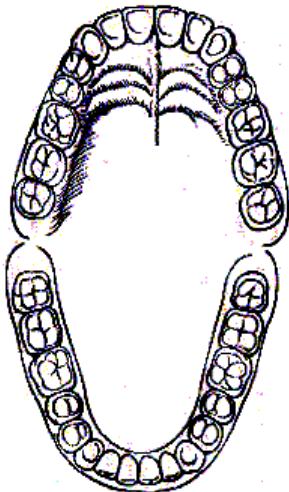
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD 8 CCM 14---24

Fait à : CASABLANCA LE 29/08/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur