

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 HAMDY 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

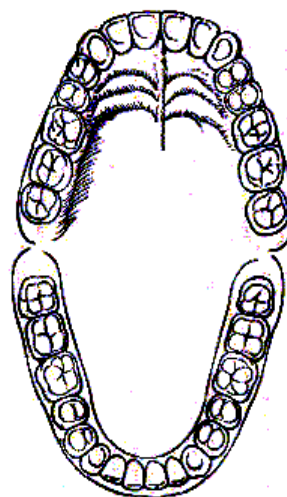
DENTS COURONNEES :

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