

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 07449

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : W21-816043

Nom et Prénom de l'assuré(e) : LABSIR AMAL

Personne traitée : LAMHAYA KAMIL

Coordonnée téléphonique : 0661199593

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

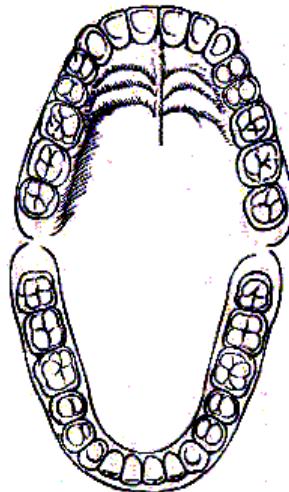
DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions :

ACCORD POUR GINGIVECTOMIE HAUT ET BAS D 120



Fait à : CASABLANCA LE 09/09/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur