

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 01409

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : P19-0025944

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

Personne traitée : MHAMDI MUSTAPHA

Coordonnée téléphonique : 0670642860

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 12/48/47/46

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

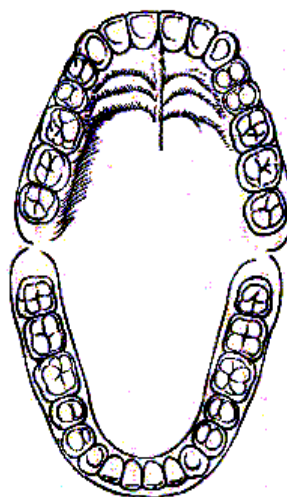
DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

Observations et conclusions :

ACCORD 5 CCM D 180*5 + PAP 7 DENT D 60



Fait à : CASABLANCA LE 04/11/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur