

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 3505

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : M22-0047818 N D 183326

Nom et Prénom de l'assuré(e) : MARJANI RACHIDA

Personne traitée : ELLE-MEME

Coordonnée téléphonique : 0631634822

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 23.26.27.

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : ANCIENNESCCM 22.23.24

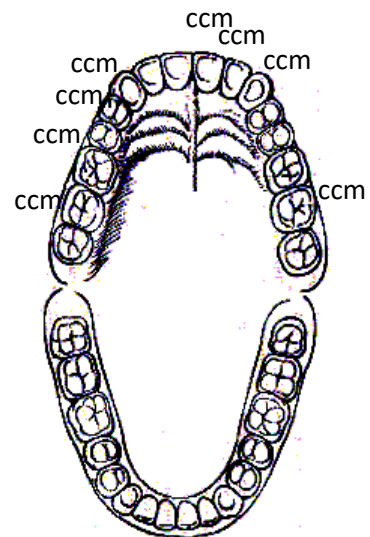
CCM 13.14.15 CCM 17 CCM 27

Observations et conclusions :

ACCORD 8 CCM 21.22.23.24.25.26.27.28 D180X8

NB/ ANCIEN BRIDGE DEFFECTUEUX

ACCORD SD : D57



Fait à : CASABLANCA

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur