

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 01494

Sté Contractante :

DECLARATION N° : W21-823846

Nom et Prénom de l'assuré(e) : BENKADMIR MOSTAPHA

Personne traitée : BENKADMIR MOSTAPHA

Coordonnée téléphonique : 0633303363

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 17/16/15/14/13/24/25/26/27

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

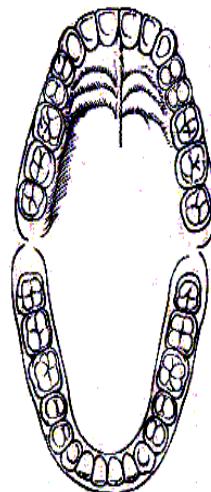
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD SD: D 30 +Z 24

PD: 5 IC D 400 + 5 CCM D 900 + STELLITE HAUT D 190

Fait à : CASABLANCA LE 20/12/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur