

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 05102

Sté Contractante : RAM

DECLARATION N° : M21-833935

Nom et Prénom de l'assuré(e) : EL KHAZRAJI MOHAMED

Personne traitée : EL KHAZRAJI MOHAMED

Coordonnée téléphonique : 0661878316

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 13/14/15/17 44/45/46/47/41/31/3/36

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

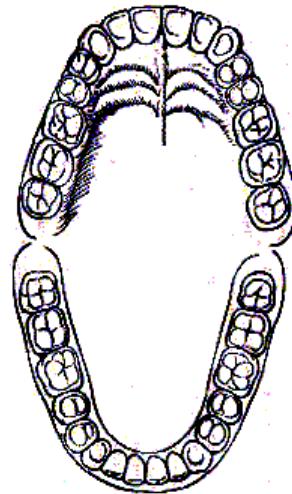
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD POUR :

5 CCM D 180*

STELLITE HAUT D 165 + STELLITE D 185

Fait à : CASABLANCA LE 09/01/24

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur