

DR S. MOUINY
CHIRURGIEN DENTISTE

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 03526

Sté Contractante :

DECLARATION N° : W21-765167

Nom et Prénom de l'assuré(e) : DAHHANI ABDELKABIR

Personne traitée : DAHHANI ABDELKABIR

Coordonnée téléphonique : 0627654763

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

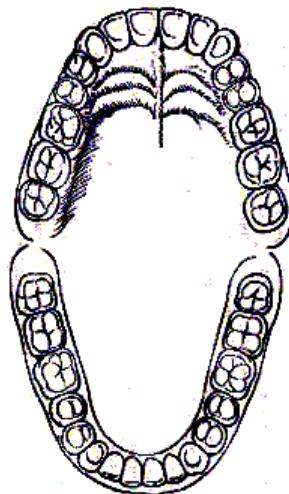
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



Observations et conclusions :

ACCORD : 8 CCM D 180*8

PAP 16/17/27 D40

PAT BAS D 120

NB/REVOIR HISTORIQUE

Fait à : CASABLANCA LE 29/03/24

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur