

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 08871

Sté Contractante :

DECLARATION N° : W21-814081

Nom et Prénom de l'assuré(e) : CHERKAOUI AMINA

Personne traitée : BOUSSELHAM SAAD JAMAL

Coordonnée téléphonique : 0660143414

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 17/16/15/14/25/26/27/28/37/36/35

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

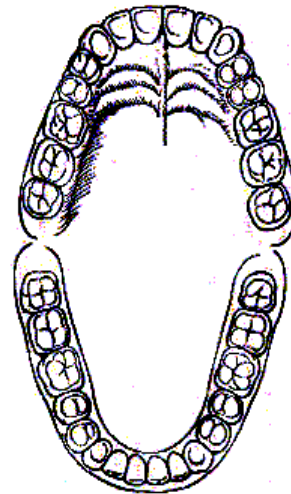
DENTS COURONNEES : CCM 47/46/45/44/33/34

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : CCM 47/46/45/44/33/34

Observations et conclusions :

ACCORD D 1680



Fait à : CASABLANCA LE 24/04/24

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur