

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

MATRICULE : 08912

Sté Contractante :

DECLARATION N° : M22-0014843

Nom et Prénom de l'assuré(e) : CHRIFI DRISS

Personne traitée : CHRIFI DRISS

Coordonnée téléphonique : 0674730200

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 46/45/34/36/37

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

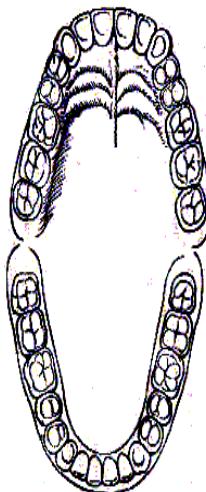
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : CCM 23/24/25/26/27/12/13/14/15/16

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : CCM 23/24/25/26/27/12/13/14/15/16



Observations et conclusions :

**ACCORD CCM 22 D 180 + 5 CCM 34—38 D 900= D 1080
SD D 120**

Fait à : CASABLANCA LE 01/11/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur