

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

Je soussigné (e), Docteur...SAID MOUINY..... certifie avoir effectué une contre-visite

Le 12/10/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

**MATRICULE : 02708**

**Sté Contractante : MUPRAS**

**DECLARATION N° : P19-0027262**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : KHATMI ABDALLAH**

**Personne traitée : KHATMI ABDALLAH**

**Coordonnée téléphonique : 0661166222**

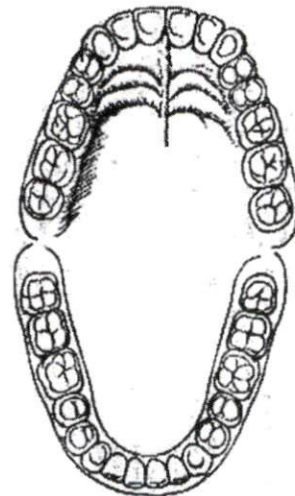
40618

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : NEANT  
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT  
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT  
DENTS DEVITALISEES : NEANT  
DENTS COURONNEES : NEANT  
ETAT DE GENCIVE :  
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD 5 CCM D 180 X 5**



Fait à : ...casablanca Le 12/10/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur