

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 7279**

**Sté Contractante : MUPRAS**

**DECLARATION N° : M22-0028912**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : MOURFIK HASSAN**

**Personne traitée : HAMER HANANE**

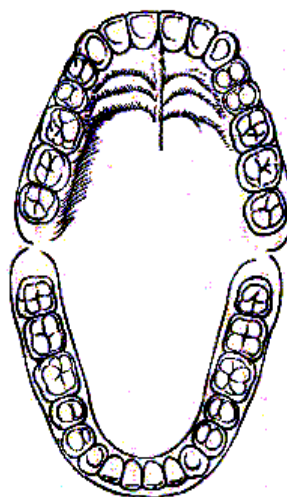
**Coordonnée téléphonique : 0666264930**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : NEANT  
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 SD : D 70  
PD : 8 CCM**



**Fait à : CASABLANCA LE 03/06/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**