

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 06408**

**Sté Contractante :**

**DECLARATION N° : M22-0005133**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : LOUHIBI MOHAMMED**

**Personne traitée : RAFIK FATIHA**

**Coordonnée téléphonique : 0661396101**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

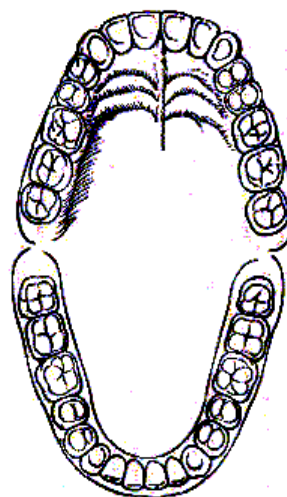
DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD 8 CCM + SD**



**Fait à : CASABLANCA LE 23/11/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**