

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**référence du dossier : M22-0049598**

**Matricule : 03622**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : CHAABI MOHAMED**

**Personne traitée : EL KHADIRI FATIMA**

**Coordonnée téléphonique :**

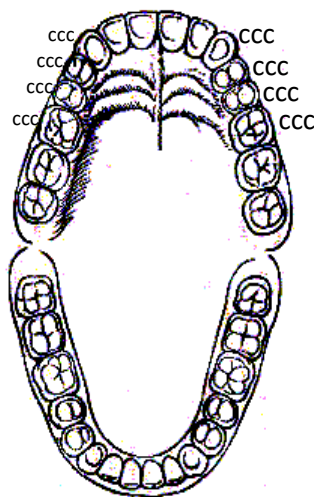
**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : NEANT  
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT  
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT  
DENTS DEVITALISEES : NEANT  
DENTS COURONNEES : NEANT  
ETAT DE GENCIVE : NEANT  
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :8CCC

**Observations et conclusions :**

**PROTHESE REALISEE : 8CCC 13-16 / 23-26**

**A REGLER SI ACCORD DONNE'**



**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**