

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 01494**

**Sté Contractante :**

**DECLARATION N° : W21-823846**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : BENKADMIR MOSTAPHA**

**Personne traitée : BENKADMIR MOSTAPHA**

**Coordonnée téléphonique : 0633303363**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 17/16/15/14/13/24/25/26/27

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

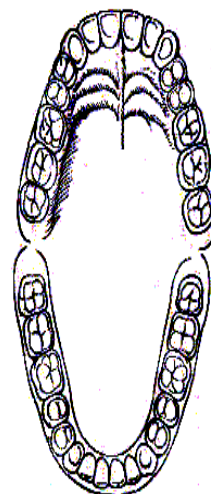
ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD SD: D 30 +Z 24**

**PD: 5 IC D 400 + 5 CCM D 900 + STELLITE HAUT D 190**



**Fait à : CASABLANCA LE 20/12/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**