

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 1146**

**Sté Contractante : MUPRAS**

**DECLARATION N° : P19-048071**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : OUHMI MOHA**

**Personne traitée : OUHMI MOHA**

**Coordonnée téléphonique : 0611892751**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : NEANT

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : 17/16/15/14/34/35/36/37/38/47/46/45

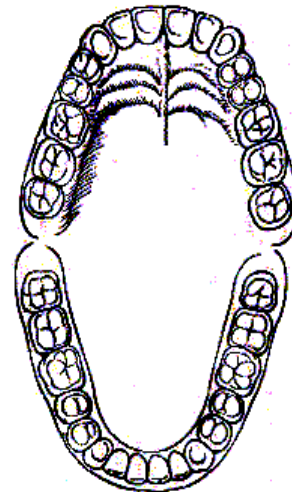
ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD SD : D 68**

**PD : 8 CCM 14/15/35/36/37/45/46/47 D 180\*8**



**Fait à : CASABLANCA LE 03/05/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**