

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 03526**

**Sté Contractante :**

**DECLARATION N° : W21-765167**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : DAHHANI ABDELKABIR**

**Personne traitée : DAHHANI ABDELKABIR**

**Coordonnée téléphonique : 0627654763**

**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 :

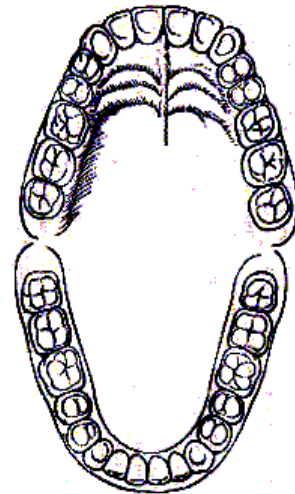
**Observations et conclusions :**

ACCORD : 8 CCM D 180\*8

PAP 16/17/27 D40

PAT BAS D 120

NB/REVOIR HISTORIQUE



**Fait à : CASABLANCA LE 29/03/24**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**