

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 08871**

**Sté Contractante :**

**DECLARATION N° : W21-814081**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : CHERKAOUI AMINA**

**Personne traitée : BOUSSELHAM SAAD JAMAL**

**Coordonnée téléphonique : 0660143414**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 17/16/15/14/25/26/27/28/37/36/35

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

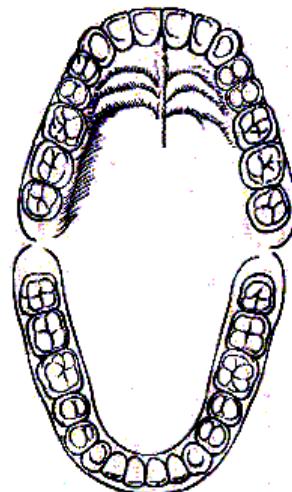
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : CCM 47/46/45/44/33/34

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : CCM 47/46/45/44/33/34



**Observations et conclusions :**

ACCORD D 1680

Fait à : CASABLANCA LE 24/04/24

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**