

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 08112**

**Sté Contractante :**

**DECLARATION N° : M23-020080**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : AZTOTA MUSTAPHA**

**Personne traitée : SAADOUNI RQUIA**

**Coordonnée téléphonique : 0676559761**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 23/24/25

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

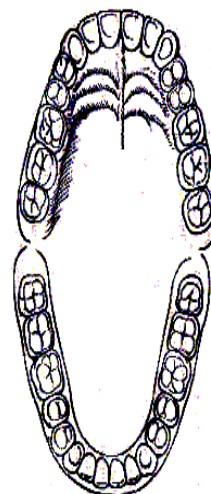
DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**BRIDGE REALISEE 11/12/13/14/15/16**



**Fait à : CASABLANCA LE 27/12/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**