

DR S. MOUINY  
CHIRURGIEN DENTISTE

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

Je soussigné (e), Docteur...SAID MOUINY..... certifie avoir effectué une contre-visite

Le 07/02/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

**MATRICULE :00552**

**Sté Contractante : MUPRAS**

**DECLARATION N° : P19-0035190**

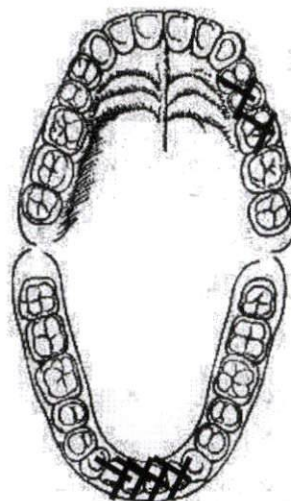
**Nom et Prénom de l'assuré(e) : CHERRADI ABDERRAHMANE**

**Personne traitée : CHERRADI ABDERRAHMANE**

**Coordonnée téléphonique :0661802718**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 25/26/42/41/31/32  
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT  
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT  
DENTS DEVITALISEES : NEANT  
DENTS COURONNEES : NEANT  
ETAT DE GENCIVE :  
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



**Observations et conclusions :**

**ACCORD POUR 6 CCM 43-----33 D 1080**

Fait à : ...casablanca Le 07/02/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur