

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 06052**

**Sté Contractante : RAM**

**DECLARATION N° : M22-0009389**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : EL BESSALI RAKIA**

**Personne traitée : EL BESSALI RAKIA**

**Coordonnée téléphonique : 06.62.41.98.62**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 12

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

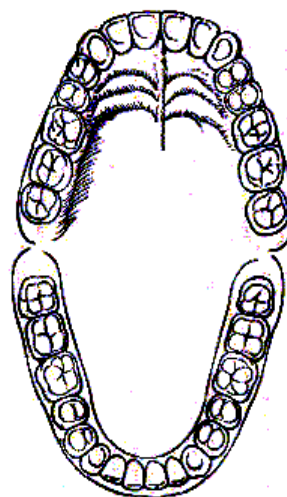
DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**DEVIS A VERIFEZ**



**Fait à : CASABLANCA LE 28/02/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**