

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

**MATRICULE : 10220**

**Sté Contractante : MUPRAS**

**DECLARATION N° : W21-654802**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : EZZAHAF RACHID**

**Personne traitée : EZZAHAF ZOUBAIR**

**Coordonnée téléphonique : 0659784901**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE :

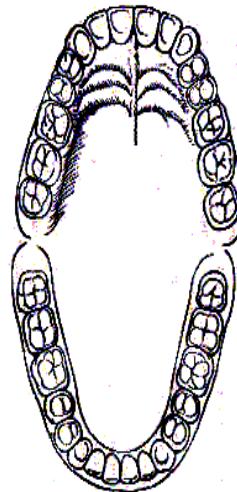
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME :

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



**Observations et conclusions**

**ACCORD 2 IC + 2CCM 36 ET 46**

**+ 2CCM 11 ET 21**

**D 920**

Fait à : CASABLANCA LE 07/06/2023

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur