

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 05675**

**Sté Contractante : RAM**

**DECLARATION N° : M22-0059845**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : AZIZI FATIHA**

**Personne traitée : AZIZI FATIHA**

**Coordonnée téléphonique : 0661642860**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

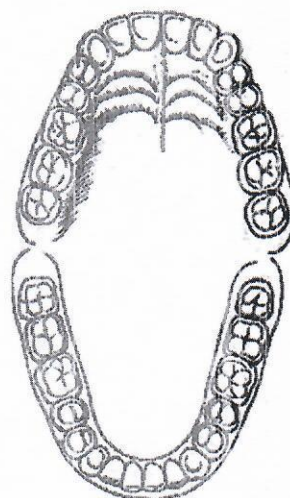
DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD 8 CCM 17/16/15/14/12/11/21/22**



**Fait à : CASABLANCA LE 29/08/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**

**Dr. MOUINY Saïd**  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
22, Bis Rue Chayma Ibnou Zaid  
(Ex Jura) 1er Etage Maarif - Casa  
Tél.: 0522 23 20 77