

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 09692**

**Sté Contractante : RAM**

**DECLARATION N° : P19-060322**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : MERMER LAHCEN**

**Personne traitée : MERMER LAHCEN**

**Coordonnée téléphonique : 0658194964**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES :

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : 17/16/15/14/13/12/11/21/22/23/24/25  
43/42/41/31/32/33

ETAT DE GENCIVE : NEANT

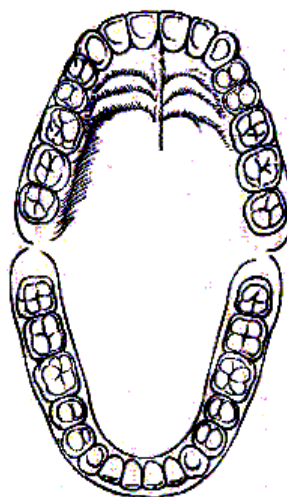
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD SD : D 114**

**PD : 8 CCM 13/12/11/21/22/23/24/25**

**STELLITE 16/26/27**



**Fait à : CASABLANCA LE 29/07/2023**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**