

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

**MATRICULE : 3505**

**Sté Contractante : RAM**

**DECLARATION N° : M22-0047818 N D 183326**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : MARJANI RACHIDA**

**Personne traitée : ELLE-MEME**

**Coordonnée téléphonique : 0631634822**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 23.26.27.

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

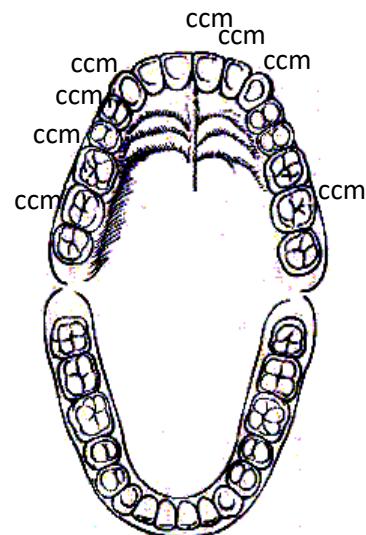
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : ANCIENNES CCM 22.23.24  
CCM 13.14.15 CCM 17 CCM 27



**Observations et conclusions :**

**ACCORD 8 CCM 21.22.23.24.25.26.27.28 D180X8**

**NB/ ANCIEN BRIDGE DEFFECTUEUX**

**ACCORD SD : D57**

**Fait à : CASABLANCA**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**