

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

**MATRICULE : 05102**

**Sté Contractante : RAM**

**DECLARATION N° : M21-833935**

**Nom et Prénom de l'assuré(e) : EL KHAZRAJI MOHAMED**

**Personne traitée : EL KHAZRAJI MOHAMED**

**Coordonnée téléphonique : 0661878316**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : 13/14/15/17 44/45/46/47/41/31/3/36

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES :

ETAT DE GENCIVE : NEANT

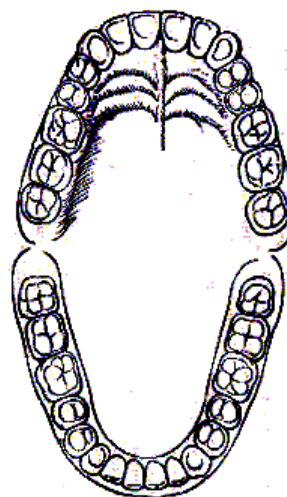
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

**Observations et conclusions :**

**ACCORD POUR :**

**5 CCM D 180\***

**STELLITE HAUT D 165 + STELLITE D 185**



**Fait à : CASABLANCA LE 09/01/24**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**