

DR S. MOUINY  
CHIRURGIEN DENTISTE

8195

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné (e), Docteur...SAID MOUINY..... certifie avoir effectué une contre-visite

Le 29/11/2019, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE :07705

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W19-416614

Nom et Prénom de l'assuré(e) : OUDRHIRI AZZEDDINE

Personne traitée : OUDRHIRI AZZEDDINE

Coordonnée téléphonique : 0661156764

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 15---18/25---28/45----48/35-----38

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : 14----24

DENTS COURONNEES : 14----24

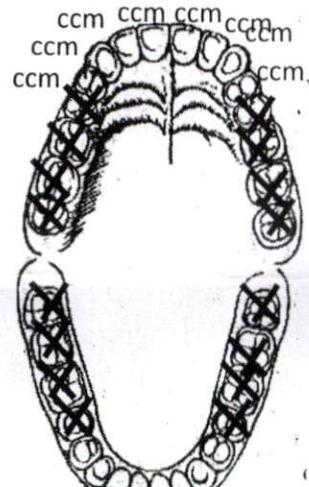
ETAT DE GENCIVE :

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

CCM 14----24

**Observations et conclusions :**

ACCORD POUR 8 CCM 44 ---- 34 D 180 X 8



provisoire

Fait à : ...casablanca Le 29/11/2019

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur





DRS

Monsieur OUDRHIRI AZZEDDINE  
Matricule 07705  
Casablanca

Casablanca, le 19-11-2019

Objet : Contre Visite

| Référence dossier | Bénéficiaire | Date de soins | Nature<br>Actes / Maladie    | Frais Engagés |
|-------------------|--------------|---------------|------------------------------|---------------|
| W19-416614        | ADHERENT     | 04/11/2019    | SOINS ET PROTHESES DENTAIRES | 32.000,00     |

Nous faisons suite au dossier visé en marge et vous prions de se présenter muni de votre CIN chez :

DR. SAID MOUINY  
Bd, BRAHIM ROUDANNI 22 BIS , RUE OUSSAMA IBNOU ZAID 1ER ETAGE  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 23 20 77

Aux fins d'une contre-visite en prenant rendez-vous au préalable

Prière nous retourner cette lettre dûment datée et cachetée par le médecin contrôleur.

Veuillez croire en l'assurance de nos sentiments distingués.

