

**RAPPORT DE CONTRE-VISITE**

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

Le 28/02/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

**MATRICULE :08956**

**Sté Contractante : MUPRAS**

**DECLARATION N° : W19-454016**

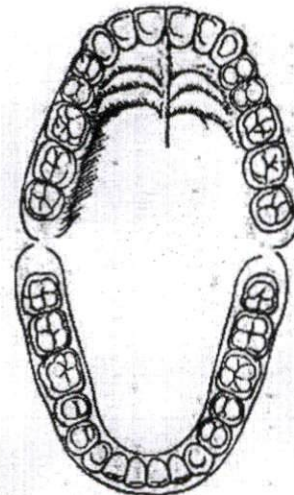
**Nom et Prénom de l'assuré(e) : MOUSTADRAF MOHAMMED**

**Personne traitée : FOUSI FATIMA ZOHRA**

**Coordonnée téléphonique :0602010510**

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : NEANT  
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT  
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT  
DENTS DEVITALISEES : NEANT  
DENTS COURONNEES : NEANT  
ETAT DE GENCIVE :  
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :



**Observations et conclusions :**

**ACCORD POUR : 4 CCM 13/14/15/16  
3 CCM 45/46/47  
3 IC 13/45/47**

**Fait à : ...casablanca Le 28/02/2020**

**Cachet et Signature du Médecin Contrôleur**

Monsieur MOUSTADRAF MOHAMMED  
Matricule 08956  
Casablanca

Casablanca, le 21-02-2020

Objet : Contre Visite /CONJOINT : FOUSI FATIMA ZOHRA

| Référence dossier | Bénéficiaire | Date de soins | Nature<br>Actes / Maladie    | Frais Engagés |
|-------------------|--------------|---------------|------------------------------|---------------|
| W19-454016        | CONJOINT     | 05/02/2020    | SOINS ET PROTHESES DENTAIRES | 18.637,50     |

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.

