

DR. S. MOUINY  
CHIRURGIEN DENTISTE

21720

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

D ENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

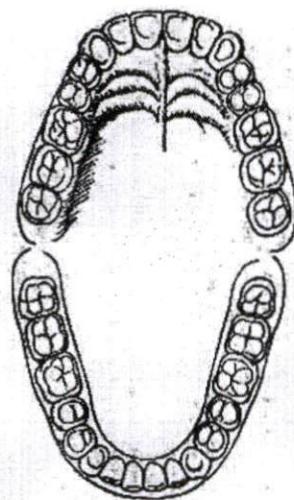
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : NEANT

ÉTAT 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 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.

