

DR S. MOUINY
CHIRURGIEN DENTISTE

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 10/03/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE : 05314

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : P19-0041559

Nom et Prénom de l'assuré(e) : OUAD ABDERAHIM

Personne traitée : OUAD ABDERAHIM

Coordonnée téléphonique :0662652833

22657

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 48----38 /14----18/24-----28

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : NEANT

DENTS COURONNEES : NEANT

ETAT DE GENCIVE :

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

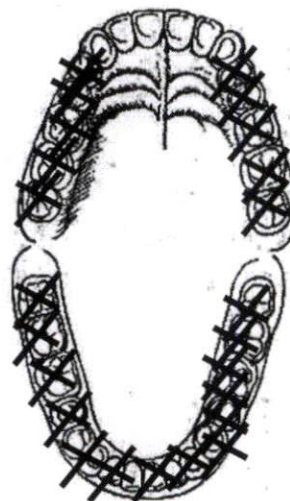
Observations et conclusions :

ACCORD 6 CCM 13----23

ST HT

PAT BAS

TC 13-----23



Fait à : ...casablanca Le 10/03/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

Monsieur OUAD ABDERAHIM
Matricule 05314
Casablanca

Casablanca, le 02-03-2020

Objet : Contre Visite: OUAD ABDERAHIM

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
P19-0041559	ADHERENT	05/02/2020	PROTHESES DENTAIRES	24 000,00

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.

