

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 20/02/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE :01952

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : P19-0043697

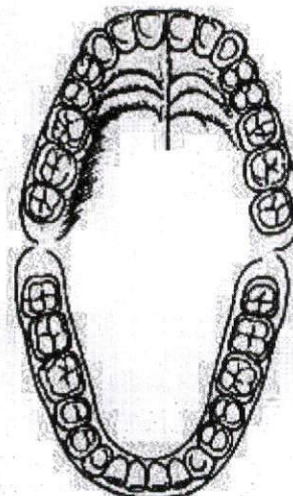
Nom et Prénom de l'assuré(e) : SAYOUTI DRIS

Personne traitée : BOUGLIA FATIMA

Coordonnée téléphonique :0670762754

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 2 IC 21/22 + IC 13 + 4 CCM 13-----16 D 240 + D 720
NB/ 2 CCM 21/22 TOUJOURS EN BON ETAT**

Fait à : ...casablanca Le 20/02/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

Monsieur SAYOUTI DRIS
Matricule 01952
Casablanca

18918

Casablanca, le 11-02-2020

Objet : Contre Visite /CONJOINT :BOUGLIA FATIMA

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
P19-0043697	CONJOINT	30/01/2020	SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	21.400,00

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.

