

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

Le 25/02/2020, pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE :04537

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W19-485541

Nom et Prénom de l'assuré(e) : TAZI MOHAMMED FAYCAL

Personne traitée : TAZI MOHAMMED FAYCAL

Coordonnée téléphonique :0661326010

21424

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES : 17/18/44/45/46/47/48/35/38

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

DENTS DEVITALISEES : 11----26/43/36/37

DENTS COURONNEES : 11----26/43/36/37

ETAT DE GENCIVE :

PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE :

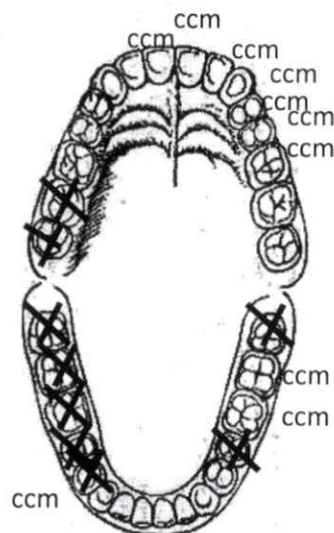
CCM 11----26/43/36/37

Observations et conclusions :

ACCORD DANS UN 1ERE TEMPS DE 7 CCM 11---26

SUR IMPLANTS + 3 CCM 44/45/46 SUR IMPLANTS

**REGLEMENT APRES PRESENTATION DE FACTURE ET DE RADIO
APRES POSE**



Fait à : ...casablanca Le 25/02/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

Monsieur TAZI MOHAMMED FAYCAL
Matricule 04537
Casablanca

Casablanca, le 19-02-2020

Objet : Contre Visite

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
W19-485541	ADHERENT	07/11/2019	SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	

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.

MUPRAS