

DR S. MOUINY
CHIRURGIEN DENTISTE

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

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

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

MATRICULE :11133

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : W19-469440

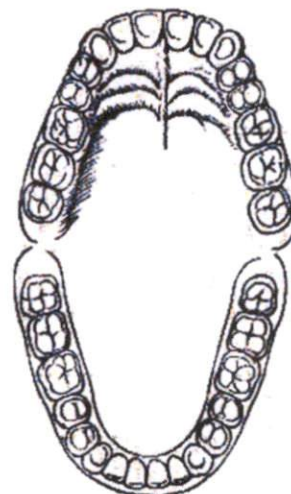
Nom et Prénom de l'assuré(e) : SABIHI HIND

Personne traitée : SABIHI HIND

Coordonnée téléphonique : 0662782903

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 7 CCM : CCM 43/44/45/46
CCM 24/25
CCM 34

**NB/ PATIENTE A SUBIT UN TRAITEMENT PAR RADIOS ET CHIMIOOTHERAPIE
LES DENTS FRAGILES**

Fait à : ...casablanca Le 03/03/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

Madame SABIHI HIND
Matricule 11133
Casablanca

Casablanca, le 03- 03 -2020

Objet : Contre Visite

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie
W19-469440	ADHERENT	19/02/2020	SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Nous faisons suite au dossier visé en marge et vous prions de se présenter muni de votre CII

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