

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**

14754

**ETAT ACTUEL :**

DENTS ABSENTES : NEANT

DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT

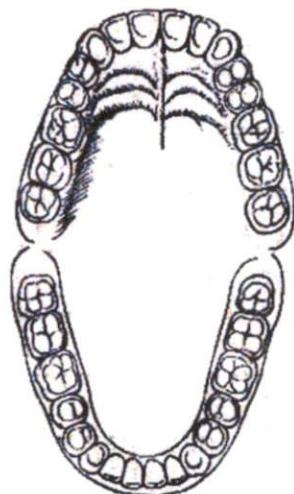
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT

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 CHIMIOTHERAPIE  
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**