

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 :03640

Sté Contractante : MUPRAS

DECLARATION N° : P19-062791

Nom et Prénom de l'assuré(e) : HDII MOHAMED

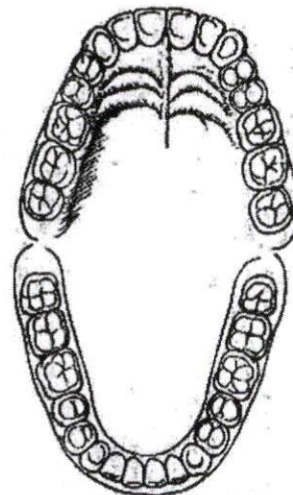
Personne traitée : HDII MOHAMED

Coordonnée téléphonique : 0663823667

23683

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 POUR 5 CCM : 14-----21 D 180 X 5
SD D 143 (TC+ RX 11 /TC+ RX 21 +TC +RX 12
+TC +RX 13 + CP 3F 16 + CP 26 +CP 43+ CP 44
+ CP 45 + DET X 2

Fait à : ...casablanca Le 10/03/2020

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur

Monsieur HDII MOHAMED
Matricule 03640
Casablanca

Casablanca, le 05-03-2020

Objet : Contre Visite

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
P19-062791	ADHERENT	04/03/2020	SOINS PROTHESES DENTAIRES	31.500,00

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.

