

**Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019**



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.02.2023	G3		350,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/23	938,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

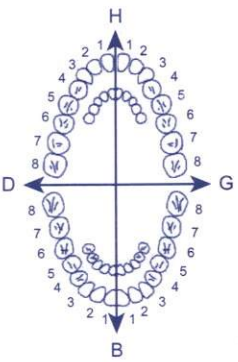
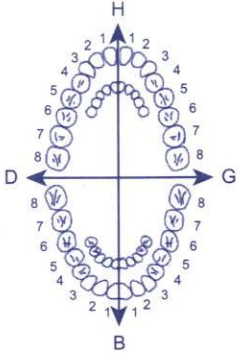
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
 CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur TADLI Abdeljalil**

Casablanca le 01.02.2023

82.10x4

1- INEXIUM 20MG CPR 28

1 comprimé le soir pendant 3 mois.



185.70

2- CRESTOR 10 MG

1 CP LE SOIR SANS ARRET



58.10

3- CARDENSIEL 5 MG :

1 / 2 CP PAR JOUR



127.70x2

4- ATACAND 8MG:

1 / 2 CP PAR JOUR SANS ARRET



27.70x4

5- CARDIOASPIRINE 100 MG :

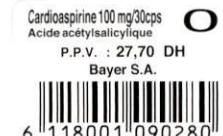
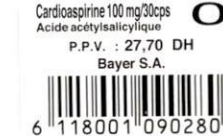
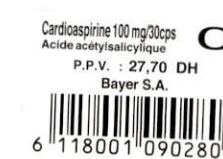
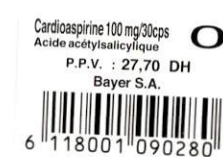
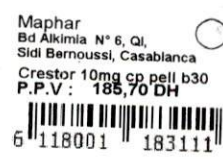
1 cp A MIDI TOUS LES JOURS SANS ARRET



T. 938.40

Ru 3 mois

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
 Professeur Agrégé Cardiologie  
 5, Rue Med. Abdou - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89



**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**  
**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**  
**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**



ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: ABDELJALIL TADLI

ID :

Genre : Femme

Age : 69

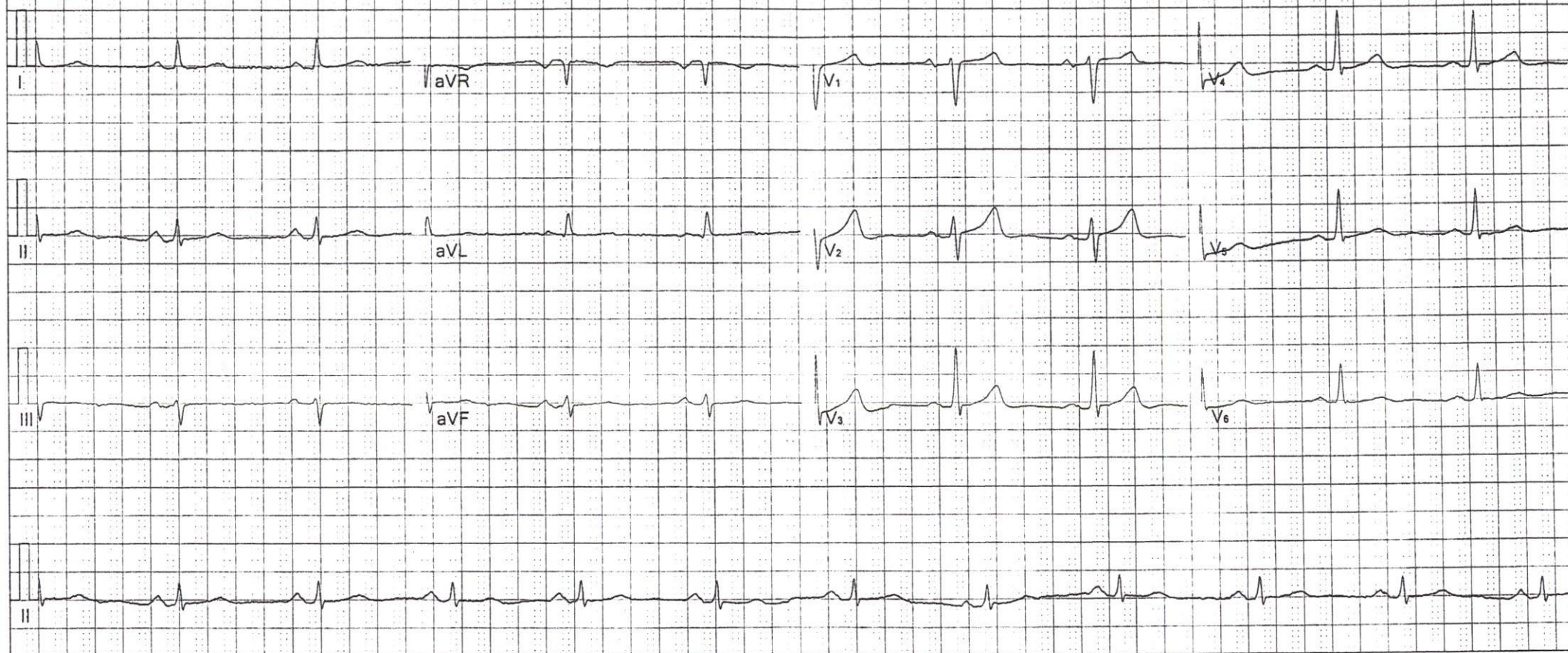
DDN : 24-09-1953

Date Test : 01-02-2023 09:44

Case #: Investigation #: Médecin Référent:.

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Interval. QT :	403 ms
Durée ECG :	23 s	Interval. QTc :	403 ms
FC :	60 bpm	Axe P :	59.1°
Durée P :	114 ms	Axe QRS :	-0.1°
Durée QRS :	79 ms	Axe T :	34.5°
Durée T :	294 ms	RV5/SV1:	0.85/0.72mV
Interval. PQ :	177 ms	RV5+SV1:	1.57mV

Suggestion :

TA: 139/81  
p: 80kg

Signature Médecin: