

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

**Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux**

**Hypertension Artérielle, ECG (tracé du coeur)**

**Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

**Diplômé d'Echocardiographie Doppler**

**BORDEAUX**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابين**

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....**

**التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر**

**الفحص بالصدى**

**جامعة بوردو**

PC : 03400932709069

SN : 108483001037  
EXP : 09-2020  
Lot : R034199



ablanca, le .....

*h- ch... EL Bourbani*

PC : 03400932709069

SN : 161023233456  
EXP : 09-2020  
Lot : R034199

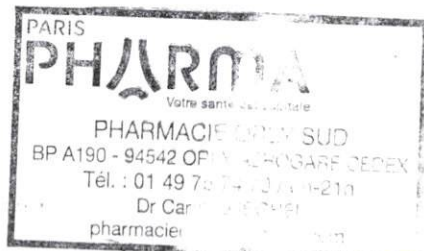


PC : 03400932709069

SN : 150019543664  
EXP : 09-2020  
Lot : R034199



*Kenitac 20*



PC : 03400932709069

SN : 182924701037  
EXP : 09-2020  
Lot : R034199



*1 - 20*

*27,51€  
6 conts*

PC : 03400932709069

SN : 152595452010  
EXP : 09-2020  
Lot : R034199



*1 h 6 min*

PC : 03400932709069

SN : 130773718747  
EXP : 09-2020  
Lot : R034199



*Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim*

**Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 - 0522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com**

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>															
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>															
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000	G	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
00000000	00000000	G																
35533411	11433553																	
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																



P 17/0058502

DATE DE DEPOT

12 / 06 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6609
Nom & Prénom <b>ECH-CHADLI Elhoussein</b>		
Fonction <b>retaille</b>	Phones <b>0661350255</b>	
Mail <b>eechadli@hotmail.com</b>		
MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>67 ans</b>	Date <b>18/03/19</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
<b>consultation</b>		<b>1</b>
Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date <b>26/05/19</b>
Montant de la facture		
<b>6609 27,51€</b>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

