

185319

Fait à BERRECHID, le :01/12/2023

Planning des séance hémodialyse

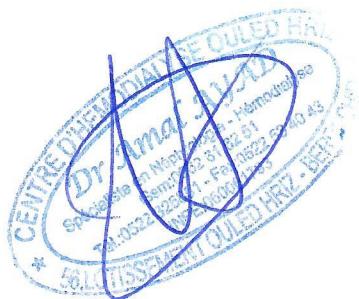
Nom de l'établissement : Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz
INPE : 060061793

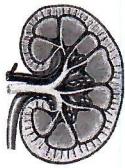
N° IMMATRICULATION : 0010296
ADHERANT : CHAKIK ABDERRAHIM CIN : B352218
BENEFICIAIRE : Adhérent
NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : CHAKIK ABDERRAHIM
CIN : B352218

Mois	Jours des séances	Dates des séances					Nombre	Prix Total	
		04	11	18	25		Total		
12/2023	Lundi						13	11050 DHS	
	Mercredi		06	13	20	27			
	Vendredi	01	08	15	22	29			
DESIGNATION		NOMBRE					MONTANT		
Frais d'une séance de dialyse							850.00		
Nombre de séances							13		
TOTAL							11050		

Arrêté le présent devis à la somme de: ONZE MILLE CINQUANTE DIRHAMS

SIGNATURE ET CACHET





Certificat Médical

Je soussignée , Dr Amal AYAD , certifie que Mr CHAKIK ABDERRAHIM présente une insuffisance rénale chronique terminale, nécessitant une hémodialyse périodique à raison de 3 séances par semaine à vie.

Ce certificat est remis à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à BERRECHID, Le 01/12/2023

