



060061793

194348

Fait à BERRECHID, le :30/01/2024

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 Total | Prix Total |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|----|----|---------|--------------|------------|
| 02/2024 | Lundi | 05 | 12 | 19 | 26 | 12 | 10200 DHS |
| | Mercredi | 07 | 14 | 21 | 28 | | |
| | Vendredi | 02 | 09 | 16 | 23 | | |
| DESIGNATION | NOMBRE | | | | MONTANT | | |
| Frais d'une séance de dialyse | | | | | 850.00 | | |
| Nombre de séances | | | | | 12 | | |
| TOTAL | | | | | 10200 | | |

Arrêté le présent devis à la somme de: DIX MILLE DEUX CENT 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 30/01/2024

