

201235

Fait à BERRECHID, le :01/04/2024

Planning des séance hémodialyse

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

N° IMMATRICULATION : 02023

ADHERANT : ZEROUAL ABDERRAHIM CIN : W10135

BENEFICIAIRE : Conjoint

NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : BETTIOUI FATIHA

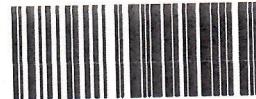
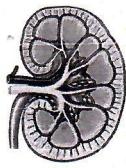
CIN : WA31568

Mois	Jours des séances	Dates des séances					Nombre Total	Prix Total
04/2024	Lundi	01	08	15	22	29	13	11050 DHS
	Mercredi	03	10	17	24			
	Vendredi	05	12	19	26			
	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 Mme BETTIOUI FATIHA 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 01/04/2024

