



Lieu de l'établissement : CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE AL AMINE  
NPE : 090062720

N° IMMATRICULATION : 0003150

ADHERANT : CHEDDAD ABDELMAJID CIN : B214941

BENEFICIAIRE : Adhérent

NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : CHEDDAD ABDELMAJID

CIN : B214941

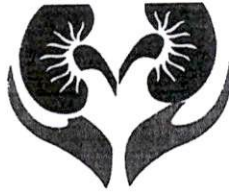
MD  
295229

Mois	Jours des séances	Dates des séances	Nombre Total	Prix Total
01/2024	Lundi	01 08 15 22 29	14	11900 DHS
	Mercredi	03 10 17 24 31		
	Vendredi	05 12 19 26		
DESIGNATION		NOMBRE	MONTANT	
Frais d'une séance de dialyse			850.00	
Nombre de séances			14	
TOTAL			11900	

Le présent devis à la somme de: ONZE MILLE NEUF CENT DIRHAMS

SIGNATURE ET CACHET



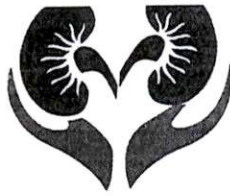


## Certificat Médical

Je soussignée , Dr MEKOUAR SOFIA , certifie que Mr CHEDDAD BDELMAJID 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 CASABLANCA, Le 01/01/2024



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom : Mr/Mme CHEDDAD ABDELMAJID

Date de la consultation : 01/01/2024

Renseignement Clinique Sommaire: Insuffisance Rénale Chronique Terminale

Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf:

- Janvier 2024 : 01, 08, 15, 22, 29, 03, 10, 17, 24, 31, 05, 12, 19, 26,

Durée prévisible du traitement

AVIE

A CASABLANCA, Le 01/01/2024

SIGNATURE

ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف

ABDELMAJID

عبد المجيد

CHEDDAD

شعاع

N°

26.09.1949

مريد بنوع  
ب أسلي

SAFI

المستقر المولد في الرباط

عبد اللطيف حموشي



CAN 334701

N° B214941

رقم

Valable jusqu'au 26.02.2031  
صالحة إلى غاية 26.02.2031



RETRAITE

CHEDDAD ABDELMAJID

0003150

