

مركز تصفية الدم ببرشيد

CENTRE D'HÉMODIALYSE BERRECHID

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

INPE Centre : 060062189



147559

Fait à BERRECHID, le :01/01/2023

Devis des séances de dialyse

Nom de l'établissement : Centre d'hémodialyse Berrechid

INPE : 060062189

N° IMMATRICULATION : 0005934

ADHERANT : ASSAL MUSTAPHA CIN : W69035

BENEFICIAIRE : Adhérent

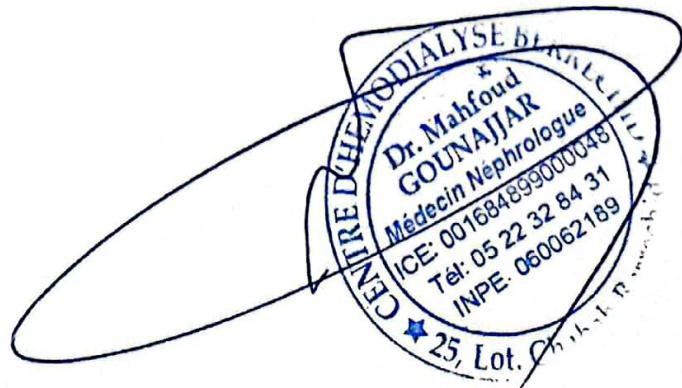
NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : ASSAL MUSTAPHA

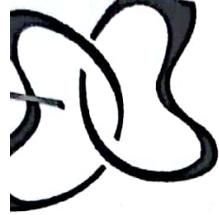
CIN :W69035

Mois	Jours des séances	Dates des séances	Nombre Total	Prix Total
01/2023	Lundi Mercredi Vendredi	02 09 16 23 30 04 11 18 25 06 13 20 27	13	11050 DHS
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





مركز تهوية الدم ببرشيد

CENTRE D'HÉMODIALYSE BERRECHID

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

INPE Centre : 060062189

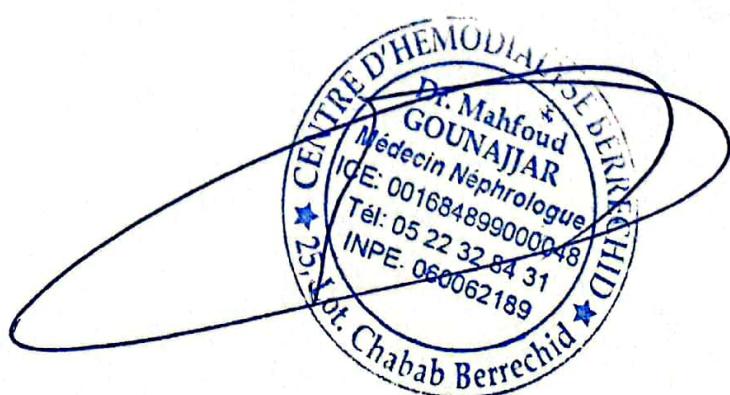


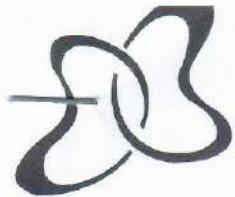
Certificat Médical

Je soussigne , Dr Mahfoud GOUNAJJAR , certifie que Mr/Mme ASSAL MUSTAPHA 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 01/01/2023





مركز تصفية الدم ببرشيد

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

INPE Centre : 060062189



Certificat Médical

Je soussigne , Dr Mahfoud GOUNAJJAR , certifie que Mr/Mme ASSAL MUSTAPHA 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 01/01/2023

