



155695





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 01/04/2023

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUAZZAoui
Medecin Directrice
25, Lot. Chabab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / INP: 061172813
ICE: 001684899000048



Fait à BERRECHID, le :01/04/2023

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
04/2023	Lundi	03 10 17 24	12	10200 DHS
	Mercredi	05 12 19 26		
	Vendredi	07 14 21 28		
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

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI
Medecin Directrice
25, Lot. Chabab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / INP: 061172813
ICE: 001684899000048