



164196

Fait à BERRECHID, le :01/06/2023

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

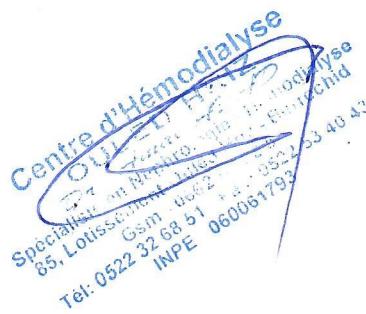
NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : BETTIOUI FATIHA

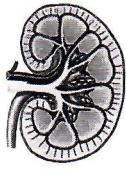
CIN :WA31568

Mois	Jours des séances	Dates des séances	Nombre Total	Prix Total
06/2023	Lundi	05 12 19 26	13	11050 DHS
	Mercredi	07 14 21 28		
	Vendredi	02 09 16 23 30		
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 Mr/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 01/06/2023

