

Nom 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

Mois	Jours des séances	Dates des séances	Nombre Total	Prix Total
11/2023	Lundi	06 13 20 27	13	11050 DHS
	Mercredi	01 08 15 22 29		
	Vendredi	03 10 17 24		
DESIGNATION		NOMBRE	MONTANT	
Frais d'une séance de dialyse			850.00	
Nombre de séances			13	
TOTAL			11050	

rété le présent devis à la somme de: ONZE MILLE CINQUANTE DIRHAMS

SIGNATURE ET CACHET





Certificat Médical

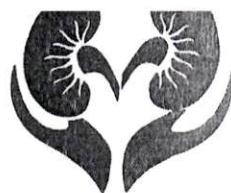
Je soussignée , Dr MEKOUAR SOFIA , certifie que Mr CHEDDAD BDELMAJID présente une insuffisance rénale chronique terminale, nécessitant une hémodialyse périodique à raison de 3 séances par semaine à vie.

Ce certificat est remis à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à CASABLANCA, Le 31/10/2023



مرن امراضي التي
وتصفية الدم
الأمين



CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE AL AMINE

INPE Centre : 090062720



INP Medecin : 091179929

Fait à CASABLANCA, le :31/10/2023

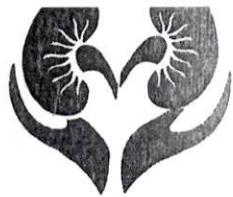
DEVIS

MR CHEDDAD ABDELMAJID

Désignation	Montant
Frais d'une séance de dialyse	# 850,00 DHS #
Nombre de séances du 01/11/2023 AU 30/11/2023	# 13 #
Total	# 11 050,00 DHS #

**Le présent devis est arrêté à la somme de :
ONZE MILLE CINQUANTE DIRHAMS**





NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Jom & Prénom : Mr/Mme CHEDDAD ABDELMAJID

)Date de la consultation : 31/10/2023

!)Renseignement Clinique Sommaire: Insuffisance Rénale Chronique Terminal

1) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la carte de soins

- Novembre 2023 : 06, 13, 20, 27, 01, 08, 15, 22, 29, 03, 10, 17, 24

→ Durée prévisible du traitement

AVIE

A CASABLANCA, Le 31/10/2023

SIGNATURE

