

Fait à CASABLANCA, le :31/10/2023

180911

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

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	

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, écessitant 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 roit.

Fait à CASABLANCA, Le 31/10/2023





Fait à CASABLANCA, le :31/10/2023

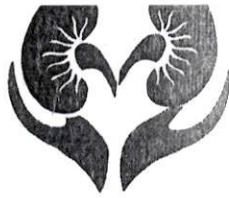
## DEVIS

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

Nom & Prénom : Mr/Mme CHEDDAD ABDELMAJID

Date de la consultation : 31/10/2023

Renseignements Cliniques Sommaire: Insuffisance Rénale Chronique Terminale

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

- 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

