

مركز تصفية الدم ببرشيد

CENTRE D'HÉMODIALYSE BERRECHID

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

INPE Centre : 060062189



190919

Fait à BERRECHID, le :15/01/2024

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

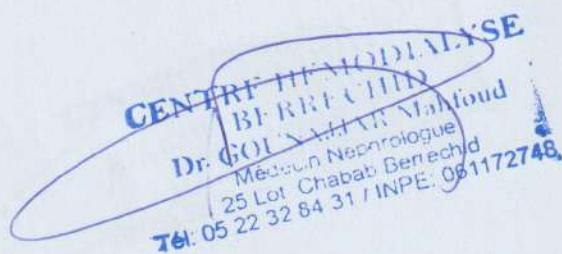
NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : ASSAL MUSTAPHA

CIN :W69035

| Mois | Jours des séances | Dates des séances | | | | | Nombre Total | Prix Total | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|----|----|----|--|--------------|------------|--|
| 02/2024 | Lundi | 05 | 12 | 19 | 26 | | 12 | 10200 DHS | |
| | Mercredi | 07 | 14 | 21 | 28 | | | | |
| | Vendredi | 02 | 09 | 16 | 23 | | | | |
| 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





Certificat Médical

Je soussigne , Dr Mahfoud GOUNAJJAR , certifie que Mr 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 15/01/2024

