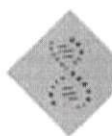




2105170160.pdf



LIAB

المختبر الدولي للمختبرات

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Ordonnance interne
Spécialité :
Adresse :
Correspondant :
Edition du: 17-05-2021 à 16:56

Dossier N° : 2105170160
MR TAWFIK ESSINI
Né(e) le : 30-08-1966
Prélevé : au labo le 17-05-2021
à 14:34

Analyses	Résultats	Intervalle de référence	Antériorités
----------	-----------	-------------------------	--------------

SEROLOGIE VIRALE**Sérologie SARS-COV19 IgG quantitatif**

Résultat :
(Sérum - CMIA - ARCHITECT ABBOTT)

POSITIF pour les anticorps IgG dirigés contre le domaine de fixation du récepteur (RBD) de la protéine Spike du Sars-CoV-2

Indice :

82.60 AU/ml

Interprétation :

< 50 AU/ml : Résultat négatif

> ou = 50 AU/ml : Résultat positif

La méthode utilisée permet la mesure quantitative d'anticorps neutralisants dirigés contre les protéines structurales (RDB, S et N), utilisé comme aide dans l'évaluation du statut immunitaire chez les patients atteint de COVID-19 ou vacciné contre COVID-19. La production d'anticorps peut être retardée chez les patients immunodéprimés atteints par COVID-19 et le taux d'anticorps produit est susceptible de ne pas être détecté comme positif par le dosage. Des résultats négatifs peuvent aussi être observés en raison d'une baisse de titre dans le temps.

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.

Demande validée biologiquement par : PROF IDRISSE LARBI

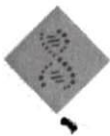
Page 1 sur 1

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés :

7h30-13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; -GSM : 06 61 85 78 48 Email: contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma-IF : 40432071-ICE : 001663876000025-CNSS : 8844103-Patente : 34702187-INPE : 107159782
Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 17-05-2021

FACTURE N° 000187769

Nom, Prénom du patient : Mme Nadia JABRI

Date de l'examen : 17-05-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2105170162

Médecin demandeur : Ordonnance interne

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
	Sérologie SARS-COV19 IgG quantitatif	-	HN

Total des BHN : 200

Montant total en chiffre : 200DHS

Montant Total en lettres : deux cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma **-site Web :** www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 34702187 ; **N°ICE :** 001663876000025 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , **R.I.B :** 007 780 0002385000302818 20

Docteur DRIFI Hassan

Médecine Générale

Médecine des Urgences

Médecin Agrée pour la

Visite de Permis de Conduire



الدكتور (الضريفي) حسن

الطب العام

طب المستعجلات

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

Casablanca, Le 17.05.2021

TAWFIK ESSINI

Signature of Tawfik Essini

Signature of Docteur DRIFI Hassan
Docteur DRIFI HASSAN
Médecin Généraliste

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17.05.2021		1	100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

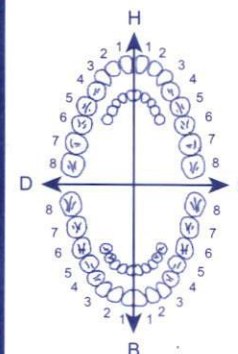
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 G

35533411 11433553

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

die et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21-0030839

80664

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8792 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSIMI TAWFIK

Date de naissance : 30/08/66

Adresse : 4 Bis Rue ALI BEN HRAZEM, L'Hay Bougachene

Casablanca

Tél. : 0669758578 Total des frais engagés : 200 - 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2021

Nom et prénom du malade : TAWFIK ESSIMI Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Wri D

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

