

Ceci est un seul résultat papier fait pour الباحث
LIAB
 LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

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
 Prélisé : au labo le 17-05-2021
 à 14:34

Analyses	Résultats	Intervales 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 IDRISI LARBI

Page 1 sur 1

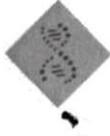
Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés :

7h30-13h00

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

Site Web : www.lab.co.ma-IF : 40432071 -ICE : 001663876000025-CNSS : 8844103-Patente : 34702187-INPI : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

الختير الدولي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

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 Sérologie SARS-COV19 IgG quantitatif	0	
		-	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 Biogiste :** 097167290 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , **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 التوفيق حسن
الطب العام
طب المستعجلات
طبيب معتمد للفحص الطبي
لرخصة السياقة

Casablanca, Le 17.05.2022

Tawfiq Essi Ni

توفيق
إسي ني

Dr DRIFI HASSAN
Médecin Généraliste
Médecin Urgentiste

RELEVE 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
11.11.2021	C	1500.-		Docteur UNILYME Médecin généraliste agentiste

attestant le Paiement des A
Docteur JIN HAN SONG
Médecin Généraliste
Urgentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/05/2011		200 Dh



AUXILIAIRES MEDICAUX

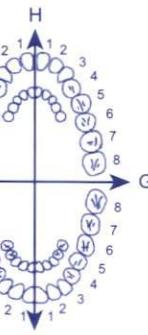
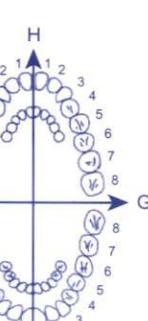
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, 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 ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 mèdicale, 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.

ducation :

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

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8792 Société :

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : ESSINI TAWFIK

Date de naissance : 30/08/66

Adresse : 4 Bis Rue Ali BEN HRAZ BM Laqz Bougaghe Casablanca

Tél. : 0669758578 Total des frais engagés : 150 = 350 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DRIFI HASSAN
Médecin Généraliste
Urgentiste

Date de consultation : 17/05/2021

Nom et prénom du malade : TAWFIK ESSINI Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : WIT

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) : [Signature]

