

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions 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.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie 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.

### Optique :

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

### Rééducation :

- 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.

### Dentaire :

- 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.

### Maladie 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

La 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° W21-803273

175792

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01690			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : ROYAL AIR MAROC	
Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE			
Date de naissance : 07.08.1944			
Adresse : Rue Fakir & résidence TOUANAR INAS ALLAL BEN ABDELLAH, STAY Ryad, RABAT			
Tél. : 06 64 17 14 44 Total des frais engagés : 2141,- Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : SEMMAR JAOUHARA Age: 68 Ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : RABAT Le : 08.09.2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-803273	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 01690  
 Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL  
 Total des frais engagés : 2141,- Dhs  
 Date de dépôt : 08.09.2023

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

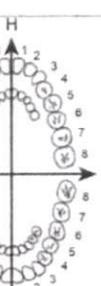
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

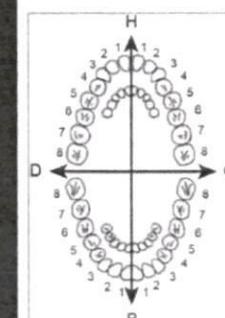
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INR : <input type="text"/> e
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
---	--	--	---

**(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

MME SEMMAR JAOUHARA

NO 3 SECTEUR 8 IMM B RES

JOULANAR HAY RYAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

82130669

Date et heure : 24/07/2023 12:50

Nom et prénom Assuré :

SEMMAR JAOUHARA

Immatriculation :

55250303 / 050137956

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SEMMAR JAOUHARA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT RYAD 50661

Valeur en Dirhams :

2.141,10

Nombre de pièces :

8

Code Etablissement :

Agent de réception :

5MTR244

Nom Etablissement :



AMMO

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	EN COURS DE TRAITEMENT <span style="color: red;">1</span>	PAYE	NON PAYE <span style="color: red;">1</span>
-------------	---	------	---

ⓘ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	06/09/2023	Virement	-	2 141,10	300,00	17,00	317,00
	82130669	24/07/2023	Payé en : 44 jours	SEMMAR JAOUHARA	2 141,10	300,00	17,00	317,00
- 1	-	05/09/2023	Virement	-	602,00	262,85	42,08	304,93
	82130640	24/07/2023	Payé en : 43 jours	SEMMAR JAOUHARA	602,00	262,85	42,08	304,93
■ 1	-	03/08/2023	Virement	-	624,80	120,00	5,00	125,00
■ 1	-	28/06/2023	Virement	-	2 183,80	1 673,30	0,00	1 673,30
■ 3	-	23/03/2023	Virement	-	6 910,90	2 858,58	637,42	3 496,00
■ 1	-	21/01/2023	Virement	-	559,00	218,90	3,00	221,90

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	EN COURS DE TRAITEMENT <span style="color: red;">1</span>	PAYE	NON PAYE <span style="color: red;">1</span>
-------------	---	------	---

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

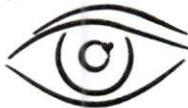
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	06/09/2023	Virement	-	2 141,10	300,00	17,00	317,00
	82130669	24/07/2023	Payé en : 44 jours	SEMMAR JAOUHARA	2 141,10	300,00	17,00	317,00
- 1	-	05/09/2023	Virement	-	602,00	262,85	42,08	304,93
	82130640	24/07/2023	Payé en : 43 jours	SEMMAR JAOUHARA	602,00	262,85	42,08	304,93
- 1	-	03/08/2023	Virement	-	624,80	120,00	5,00	125,00
	81533721	16/06/2023	Payé en : 48 jours	SEMMAR JAOUHARA	624,80	120,00	5,00	125,00
■ 1	-	28/06/2023	Virement	-	2 183,80	1 673,30	0,00	1 673,30
■ 3	-	23/03/2023	Virement	-	6 910,90	2 858,58	637,42	3 496,00
■ 1	-	21/01/2023	Virement	-	559,00	218,90	3,00	221,90

# Centre d'Ophtalmologie de Rabat

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE

## Dr Yasser RIFAY

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة الماء البيضاء - تصحيح البصر بالليزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية



مركز طب العيون  
الرباط

القرنية المخروطية  
تصحيح البصر بالليزر

## الدكتور ياسر الرفاعي

12 juillet 2023

Mme SEMMAR Jaouhara

١٤٨.٠٠

### CATIONORM

٤٤.١٥ ١ GOUTTE 4 FOIS / JOUR , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

### DEXA FREE

1 goute 3x / j x 5 j puis

1 goute 2x / j x 5 j puis

1 goute 1x / j x 5 j puis arret, dans les deux yeux

١٨٩.٠٠

### BLEFARETTE

Mettre la lingette dans son sachet dans l'eau tiède pdt 5 minutes puis application sur les paupières fermées.

١٦٤.٠٠

### BLEPHAGEL

1 APPLICATION 2 FOTS / JOUR

Il est formellement interdit de changer les dates

Dr. RIFAY Yasser  
Ophthalmologist

Centre d'Ophtalmologie, pendant 3 Mois  
沿途 ٣٠٢٥٣٧٣٤٧٥٢٣٦٨٥٤  
للمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع  
www.rifayyasser.com



Angle de l'avenue de France et de  
l'avenue Ibn Sina, 2ème étage,  
Rabat, Agdal

التقاطع بين ساحة فوتولينا وشارع ابن  
سيينا. الطابق الثاني، أكدال الرباط



05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06

**Centre  
d'Ophtalmologie  
de Rabat**

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE

**Dr Yasser RIFAY**

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hyperméropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر بالليزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية



**مركز طب العيون  
الرباط**

القرنية المخروطية  
تصحيح البصر بالليزر

**الدكتور ياسر الرفاعي**

**mercredi 12 juillet 2023**

**Note d'honoraires**

Nom et prénom : Mme.SEMMAR Jaouhara

Acte : test des larmes .

Mode de paiement :

- Espèce

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de mille deux cent 1200.00 dhs.

Dr. RIFAY  
Ophtalmologiste  
1 Avenue de France Zénith Stage  
Bâtiment n° 4, Rabat - Avenue  
Av. de France n° 54 / 06 23 68 25 14  
Tél. : 05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14  
Fax : 05 37 68 68 25 14

**Dr.Rifay**

\* INPE : 101168276. \* ICE : 001658290000012. \* IF : 14482367. \* CNSS : 96241321.

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ

Angle de l'avenue de France et de  
l'avenue Ibn Sina, 2ème étage,  
Rabat, Agdal

التقاطع بين شارع فرنسا وشارع ابن  
سينا، الطابق الثاني، أكدال الرباط

05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06



### Instructions à suivre

### تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.  
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60) يوماً من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع التغاضية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

1



### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

### Feuille de Soins Maladie

Réf ANAM 1.1.01.01  
مربع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها) \_\_\_\_\_

الاسم العائلي والشخصي : SEMMAR JAOUHARA  
نوع الائتمان : 099836  
رقم الاتصال :

N° Affiliation : ٠٩٩٨٣٦  
رقم التسجيل : ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
رقم بطاقة التعرف الوطنية : A-129074  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

N° Immatriculation : ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
N° CIN : ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresss : Secteur 8 FESSENNE RUE ALI BEN HASSAN 3ème étage  
العنوان : A.M.C ADDOLE, ٣٣١ رياض راشد

Montant des frais : ٢١٤١,١٠ درهم Dhs.  
مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : ١٧ عدد الوثائق المرفقة :

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : SEMMAR JAOUHARA  
الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : ١٩٦٥  
تاريخ الازدياد :

N° CIN : A-129074  
رقم بطاقة التعرف الوطنية :

Sexe\* : M ♂ F ♀ امرأة الجنس :

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 101168276  
الرقم الوظيفي لاستدلالي للممارس :

### نوع العلاجات

Maladie\*  مرض Pli confidentiel remis\*: Oui Non تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité\*  امومة Date de grossesse: ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
تاريخ الحمل :

Hospitalisation\*  استشفاء Date d'hospitalisation: ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
تاريخ الاستشفاء :

Accident\*  حادث Date d'accident: ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
تاريخ الحادث :

Causes : أسباب الحادث :

أشهده بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : ٢٠١٤٣٥٣٥٣  
في : ٢٠١٤٣٥٣  
Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou du personnel de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* اشطب الخانة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و طابع الصيدلي أو ممتن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux*	العنوان المختار Prix facturé	التاريخ Dates d'exécution
<b>PHARMACIE SAFIYA</b> <b>Dr. Sanaa EL GHARBI</b> <b>EP. KADIRI</b> <b>AV. Annakhil, Hay Riwayat, Rabat</b> <b>Tél : 0537 71 34 13 - 0537 71 77 3</b>	591.10	11/05/23
INP : <b>iNPE / 102051620</b>		
INP : <b>                  </b>		
INP : <b>                  </b>		
INP : <b>                  </b>		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INP : |

Actes Paramédicaux

JNP:1

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXÉ

**F**

DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

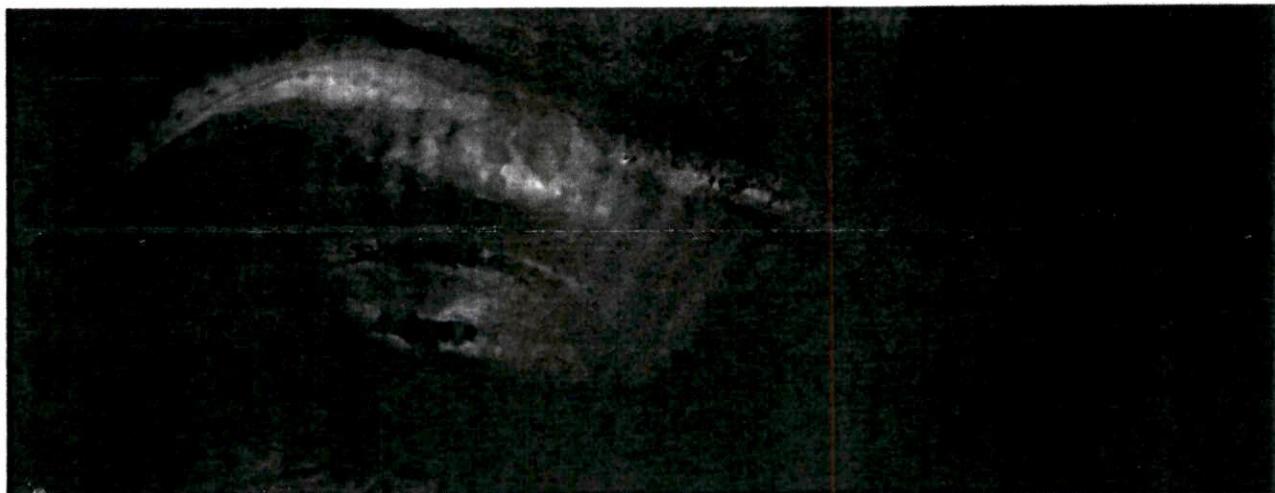
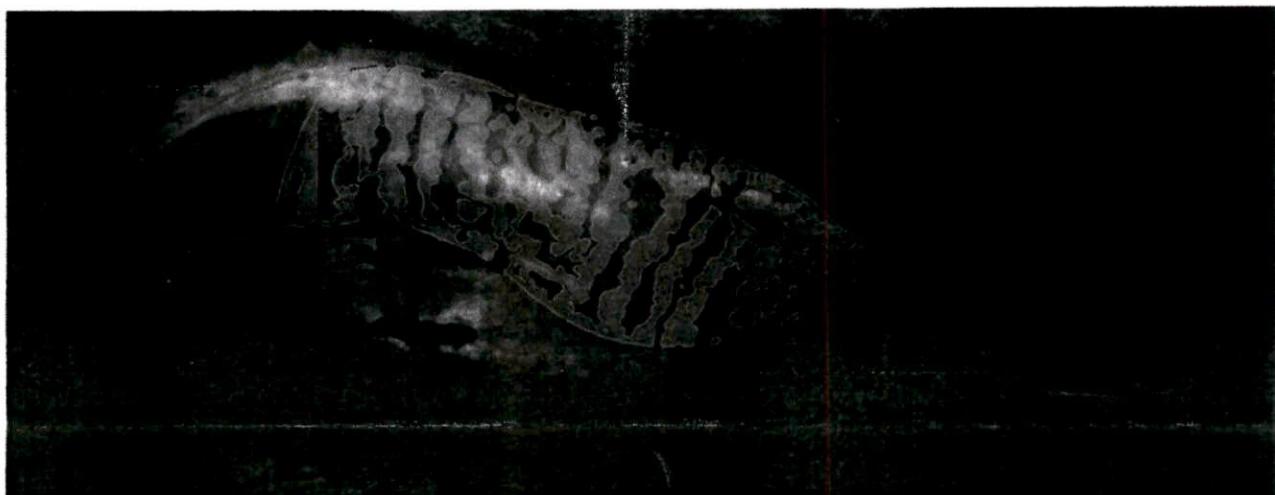
DESCRIPTION  
**Meibographie**

DATE  
**2023/07/12 14:55**

Note:



**OS UL**



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 15%

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

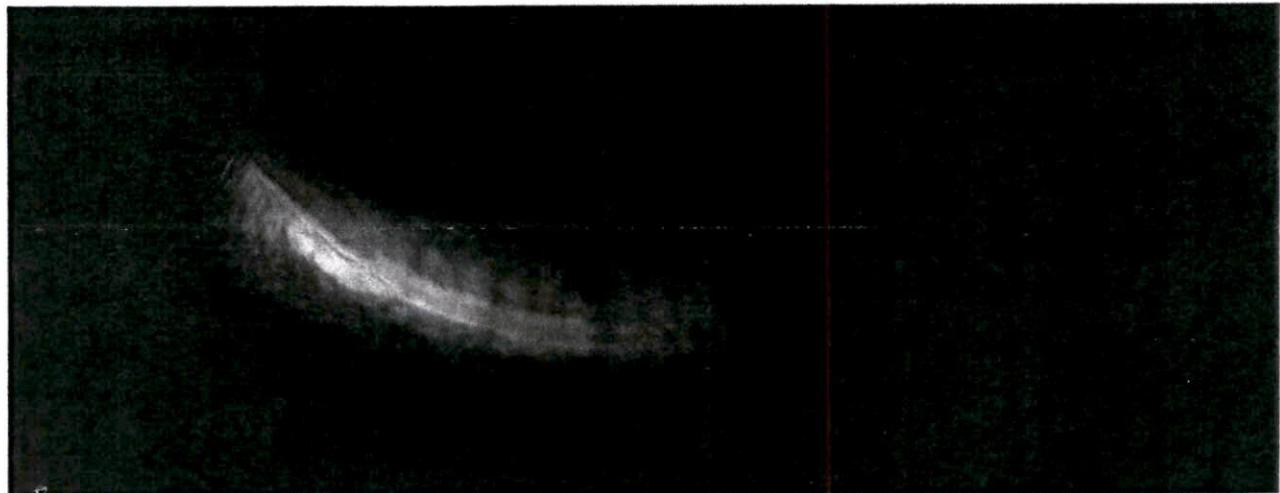
DESCRIPTION  
**Meibographie**

DATE  
**2023/07/12 14:52**

Note:



**OS LL**



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 13%

NOM, PRÉNOM

CODE DE SÉCURITÉ

SEX

DATE DE NAISSANCE  
1955/02/14 (68)

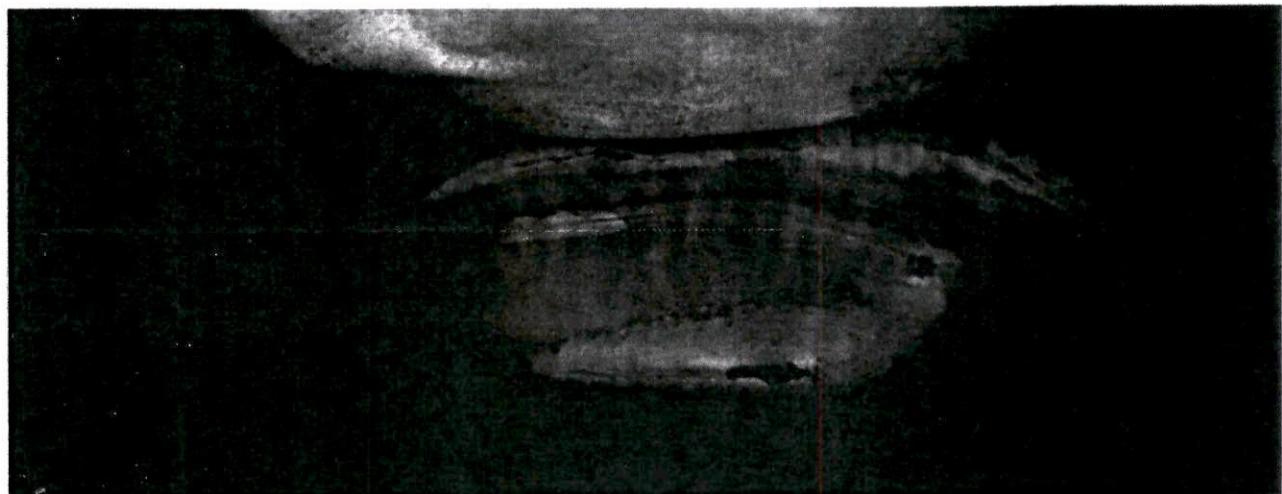
**DESCRIPTION**  
**Meibographie**

DATE  
2023/07/12 14:54

**Note:**



OD UL



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 10%

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

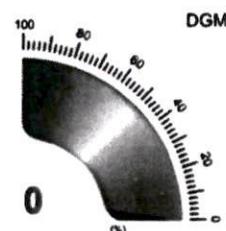
DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

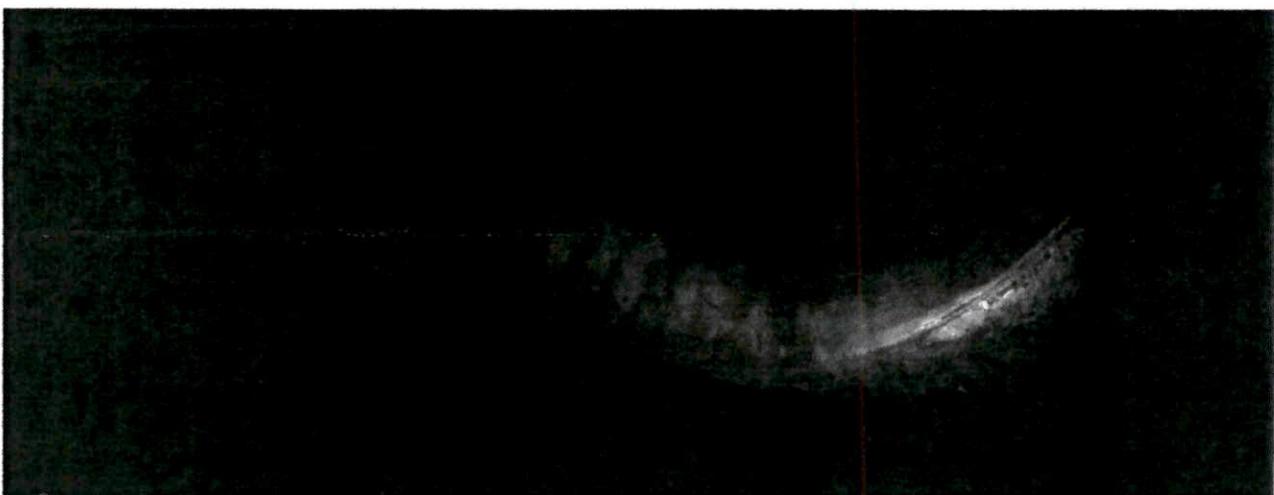
DESCRIPTION  
**Meibographie**

DATE  
**2023/07/12 14:52**

Note:



**OD LL**



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 0%

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

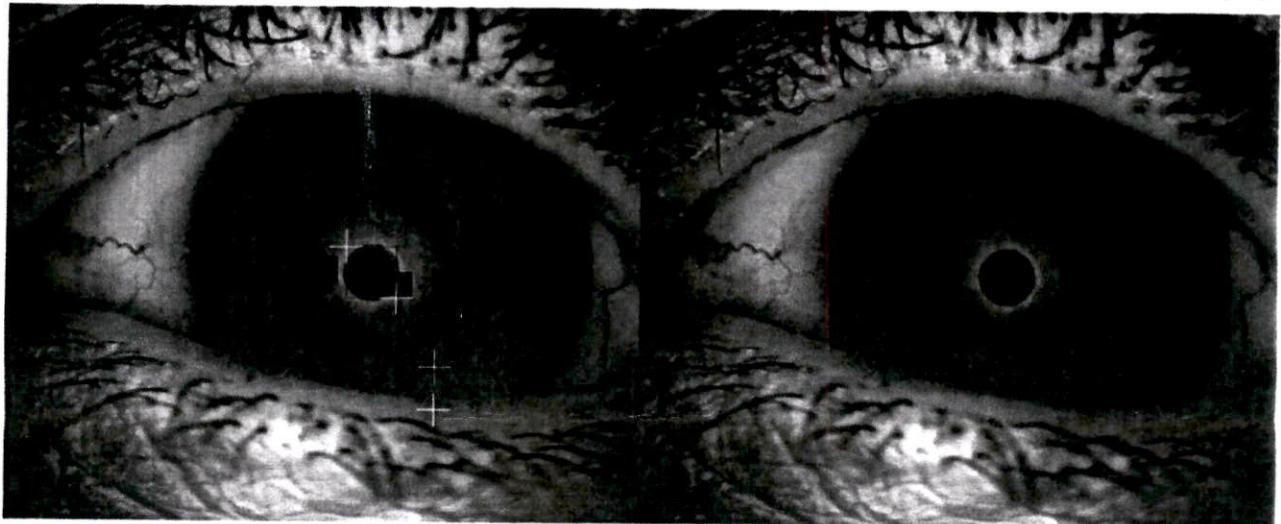
DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

DESCRIPTION  
**Ménisque lacrymal**

DATE  
**2023/07/12 14:49**

Note:



Hauteur du ménisque lacrymal (mm): 0,22mm

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

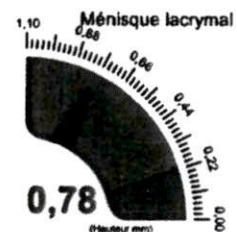
DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

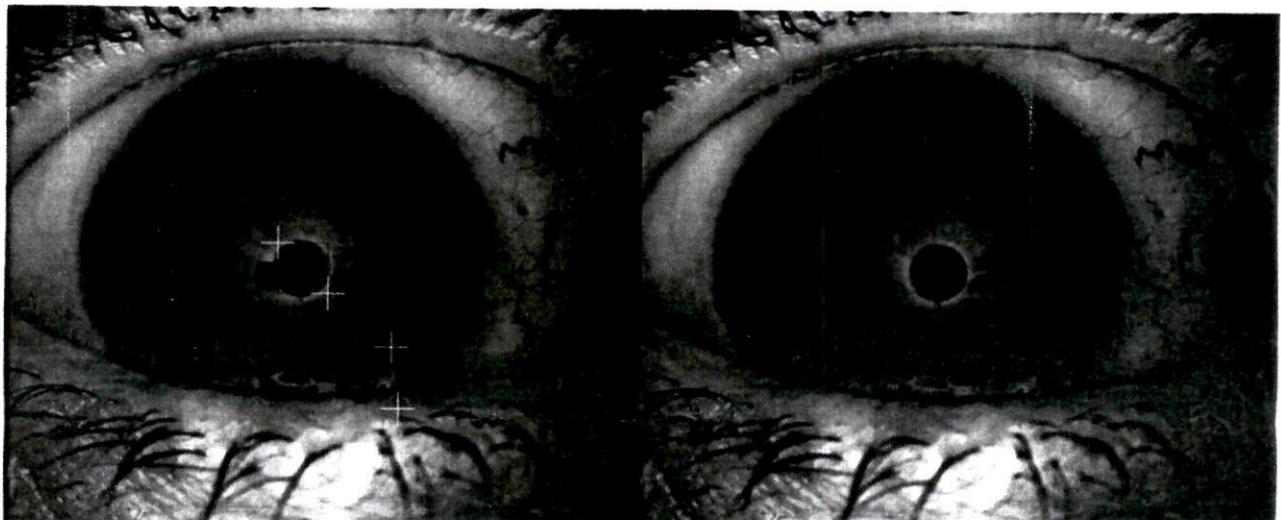
DESCRIPTION  
**Ménisque lacrymal**

DATE  
**2023/07/12 14:49**

Note:



**OD**



Hauteur du ménisque lacrymal (mm): 0,78mm

**Quantel Medical**  
11 rue du Bois Joli  
Courmon d'Auvergne, 63808  
+33473745745

 Quantel  
medical

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

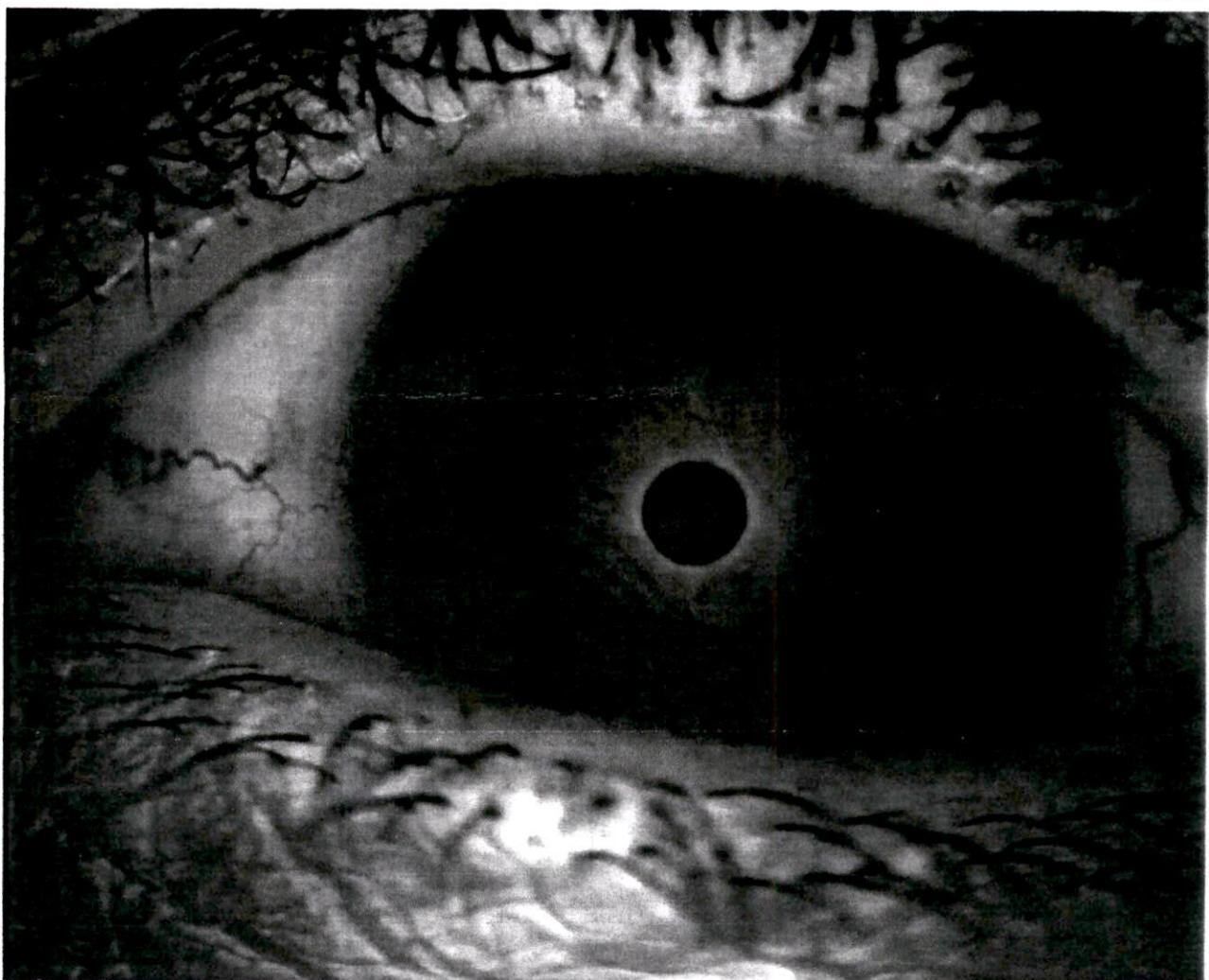
DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

DESCRIPTION  
**2023/07/12 14:49**

DATE  
**2023/07/12 14:49**

ADRESSE

Note:



Type couche lipi.: B ~30 nm Maillage fermé

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

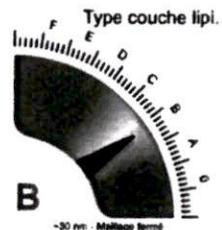
DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

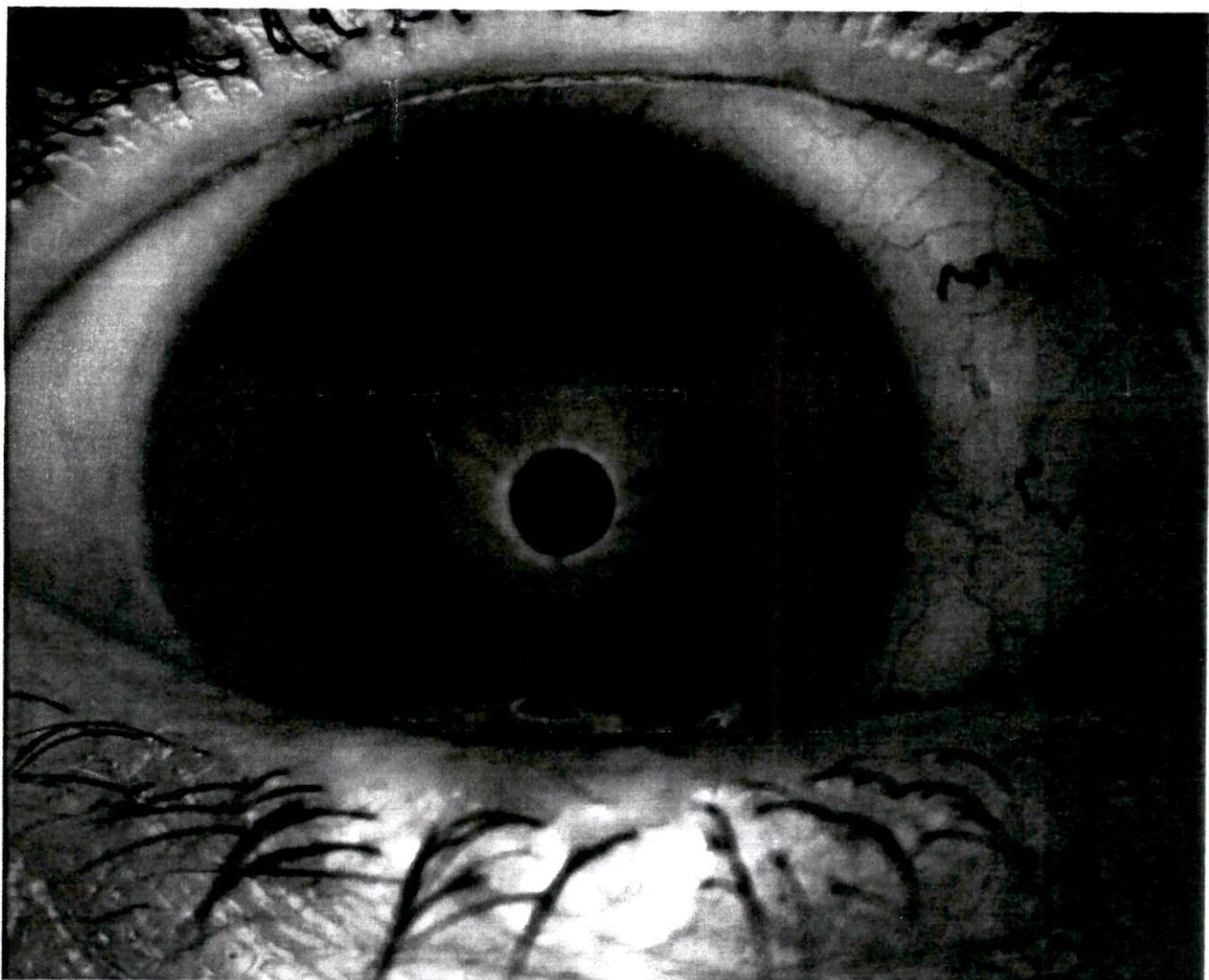
DESCRIPTION

DATE  
**2023/07/12 14:49**

Note:



**OD**



Type couche lipi.: B ~30 nm Maillage fermé

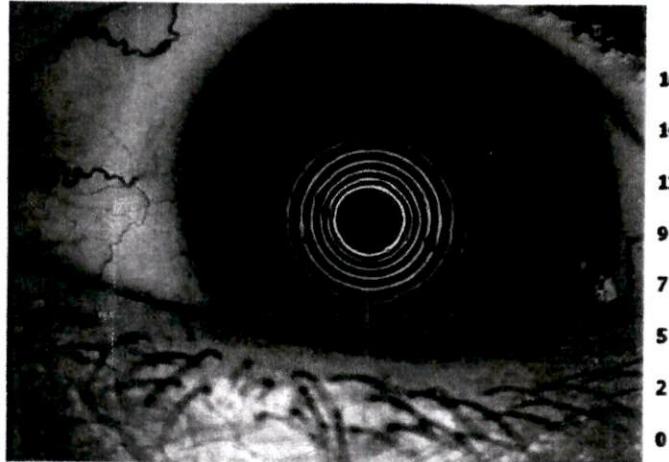
NOM, PRÉNOM  
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

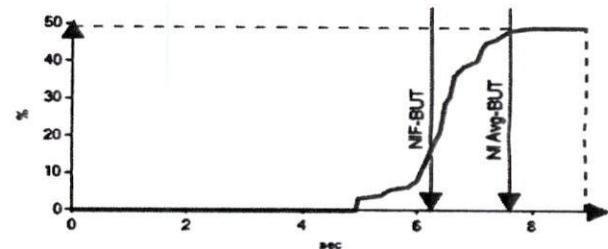
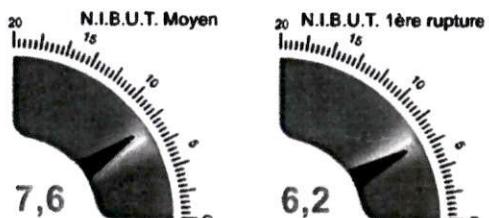
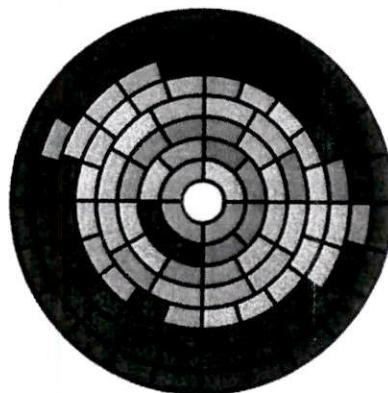
SEXE  
F  
DESCRIPTION  
DATE DE NAISSANCE  
1955/02/14 (68)  
DATE  
2023/07/12 14:48

ADRESSE

OS



16  
14  
11  
9  
7  
5  
2  
0



N.I.B.U.T.: 7,6s

Note:

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE  
**F**

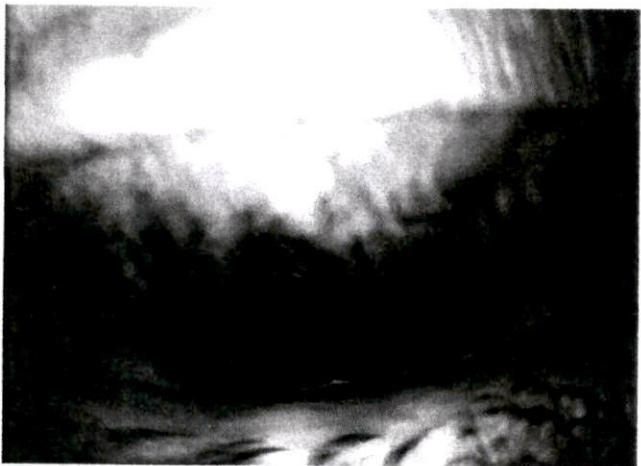
DATE DE NAISSANCE  
**1955/02/14 (68)**

ADRESSE

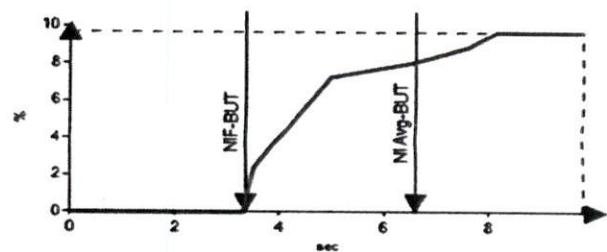
DESCRIPTION

DATE  
**2023/07/12 14:48**

**OD**



16  
14  
11  
9  
7  
5  
2  
0



Note:

NOM, PRÉNOM  
**Semmar, Jaouhara**

CODE DE SÉCURITÉ

SEX  
F

DATE DE NAISSANCE  
1955/02/14 (68)

**DESCRIPTION**  
Rapport par date

DATE  
2023/07/12

## ADRESSE

### Oeil Droit (O.D.)

Oeil Gauche (O.S.)

