

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
 DES MEDICAMENTS**
شهادة تحمل مصاريف الأدوية

Nom et prénom de l'assuré :

Nom et prénom du bénéficiaire :

N° d'affiliation : /_/_/_/_/_/_/

N° d'immatriculation : /_/_/_/_/_/_/_/

N° de prise En charge :

Médecin traitant :

INPE : /_/_/_/_/_/_/_/

La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance
 Sociale s'engage à prendre en charge conformément
 à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتحمل
 مصاريف الأدوية التالية و ذلك وفقا للاتفاقية الوطنية الجاري
 بها العمل :

الاسم التجاري للدواء Médicament (Nom commercial)	العدد Quantité	الثلث العمومي للبيع PPV	الثلث المرجعي PBR	نسبة التحمل Taux de prise en charge	المبلغ المتحمل من طرف ص.و.م.ح.ج Montant pris en charge par la CNOPS (en DH)	المبلغ المؤدى من طرف المؤمن Montant à la charge de l'assuré (en DH)
Total :						

Pour un montant global de prise en chargeDhs

المبلغ الإجمالي للتحمل

La validité de prise en charge : du .../.../.... Au .../.../....

صلاحية التحمل من .../.../... إلى .../.../...

Aussi, nous signalons que cette attestation de prise en charge
 est à usage unique et que le dépassement du délai de validité
 de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation
 sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة و أن
 عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه
 يفقد هذه الشهادة صلاحيتها :

Fait à :

Le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/

Signature et cachet de l'Organisme Gestionnaire :

Fait à :

Le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/

Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie
d'officine :

Assurance Maladie Obligatoire
1.1.73.02



Réf ANAM :