

Raison sociale :

FACTURE MEDICAMENTS

N° Facture :		Date de la facture : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/	
Organisme Gestionnaire :	Dossier n° :	Dossier de prise en charge n°:	
Nom et prénom de l'assuré (e):			
Nom et prénom du bénéficiaire :			
N° affiliation (pour assurés CNOPS) : /_/_/_/_/_/_/		N° immatriculation : /_/_/_/_/_/_/_/_/	

Médicament (Nom commercial)	Dosage et forme pharmaceutique	PPV	PBR	Quantité	Taux de rembour sement	Montant facturé	A la charge de l'Organisme Gestionnaire	A la charge de l'assuré (e)
Total :								

Arrêtée la présente facture à la somme totale de
 en dirhams et en toutes lettres

Mode de paiement par l'assuré (e) : **Espèces** **Chèque** **Carte bancaire**

<p style="text-align: center;">Signature de l'assuré (e) ou de l'ayant droit</p> <p>Fait à : Le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/</p>	<p style="text-align: center;">Signature et cachet du pharmacien d'officine</p> <p>Fait à : Le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/</p>
--	---

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Pour le déboursement des frais, le pharmacien d'officine est invité à joindre à cette facture les pièces suivantes et les déposer au niveau de la représentation de l'Organisme Gestionnaire concerné dans un délai ne dépassant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments :

1- L'original de l'attestation de la prise en charge des médicaments **2-** L'original de l'ordonnance (sous réserve de l'article 37 de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie) **3-** Les Prix Public de Vente et les codes à barres des médicaments à détacher et coller sur la présente facture.

Patente : RC : IF :
 CNSS: RIB: ICE :
 Adresse :
 Tél. : Fax :