

**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 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 الجاري
بها العمل :

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