

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES MEDICAMENTS**
شهادة تحمل مصاريف الأدوية
Nom et prénom de l'assuré :
Nom et prénom du bénéficiaire :
N° d'immatriculation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

N° de Prise En Charge :
Médecin traitant :
INPE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

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

يلتزم الصندوق الوطني للضمان 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 CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ض.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 نثير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة و أن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها :

Agence CNSS :
وكالة ص.و.ض.ج
Fait à :
Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Signature et cachet de l'Organisme Gestionnaire :
Fait à :
Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

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