

Raison sociale : .....

<b>FACTURE MEDICAMENTS</b>
----------------------------

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

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)
<b>Total :</b>								

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