

شهادة تحمل مصاريف الأدوية ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS

Nom et prénom de l'assuré :	
Nom et prénom du bénéficiaire :	
N° d'affiliation (pour assurés CNOPS) : / _ / _ / _ / _ / _ / N° d'immatriculation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
N° de prise en charge :	
Médecin traitant :	INPE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

L'Organisme Gestionnaire s'engage à prendre en charge conformément à la convention nationale en vigueur les médicaments suivants :

الأدوية مصاريف بتحمل المديرية الهيئة تلتزم
الوطنية للإتفاقية وفقاً ذلك و التالية
العمل بها الجاري :

الاسم التجاري للدواء Médicament (Nom commercial)	العدد Quantité	التمن العمومي للبيع PPV	التمن المرجعي PBR	نسبة التحمل Taux de prise en charge	المبلغ المتحمل من طرف المديرية الهيئة Montant pris en charge par l'OG (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 .../.../.... ...إلى... صلاحية التحمل من... إلى...

Aussi, nous signalons que cette attestation de prise en charge و أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة و أن
est à usage unique et que le dépassement du délai de validité عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه
de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation يفقد هذه الشهادة صلاحيتها : sans
effet.

Fait à : Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ / Signature et cachet de l'Organisme Gestionnaire	Fait à : Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ / Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie d'officine
--	---