

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 <input type="checkbox"/> | Chèque <input type="checkbox"/> | Carte bancaire <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--|

| | |
|--|--|
| Signature de l'assuré (e) ou de l'ayant droit : Fait à : Le : /_/ / /_/ / /_/ /_/ / | Signature et cachet du pharmacien : Fait à : Le : /_/ / /_/ / /_/ /_/ / |
|--|--|

*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.