Assurance Maladie Obligatoire
Officine Conventionnée

Réf ANAM : 1.3.72.01

Convention tiers payant médicament

FACTURE MEDICAMENTS

Nom de l'officine :

N° de la facture :

N° de prise en charge :

Nom et prénom du bénéficiaire :

Organisme Gestionnaire : CNOPS ☐ **CNSS** ☐

N° d'immatriculation de l'assuré : /___/____/____/____/____/____/____/____/____/

INPE du pharmacien : /____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/

Médicament (Nom commercial)	Quantité	PPM	PBR	Taux de prise en charge	Montant pris en charge par l'O.G (en DH)	Montant restant à la charge de l'assuré (en DH)
				Total :		

Arrêté la présente facture à la somme de (en DH et en toutes lettres) :

Montant pris en charge par l'Organisme Gestionnaire :

Montant restant à la charge de l'assuré :

Fait à :

Date d'établissement de la facture correspondant à la délivrance des médicaments : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Signature de l'assuré ou du bénéficiaire :	**Signature du pharmacien et cachet de l'officine :**

Pour le déboursement des frais, veuillez 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 :

- L'original de l'attestation de prise en charge des médicaments
- L'original de l'ordonnasse (sous réserve des disposition de l'article 4 de la convention)
- Les Prix Public Maroc et les codes des médicaments (à détacher et coller sur la présente facture)

Patente: RC: IF:
CNSS: RIB:
Adresse:
Tél: Fax: