

Demande de prise en charge des médicaments

N° du dossier :

Pharmacie d'officine

Nom de la pharmacie :

INPE et code à barres * : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Tél : Fax :

Adresse :
.....

Assuré(e)

Nom et prénom :

N° Affiliation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

N° Immatriculation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

N° CNIE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / Tél :

Adresse :
.....

Médecin traitant

Nom et prénom :
.....

Spécialité :
.....

Bénéficiaire (autre que l'assuré (e))

Nom et prénom :

N° CNIE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Date de naissance : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Sexe : Féminin Masculin

Lien de parenté : Conjoint (e) Enfant

Médicament (nom commercial)	Dosage	Forme pharmaceutique	Quantité	PPV	Total
Total Général :					

Demande de prise en charge pour un montant

de : Dhs.

Fait à :

Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Signature et cachet du pharmacien :

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.
Veuillez dûment remplir le formulaire de demande, y joindre les pièces justificatives suivantes et les transmettre par fax ou par courrier:
1-Copie carte d'immatriculation de l'assuré (e) 2- Copie CNIE du bénéficiaire 3- Ordonnance médicale