

## 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 :.....

## Médecin traitant

Nom et prénom :

Spécialité :

---

Assuré(e)

Nom et prénom : .....

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

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

N° CNIE : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / Tél : .....

Adresse : .....

### **Bénéficiaire (autre que l'assuré (e))**

Nom et prénom : .....

Nº CNIE: / / / / / / / /

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

Sexe : Féminin  Masculin

Lien de parenté : Conjoint (e)  Enfant

Médicament (nom commercial)	Dosage	Forme pharmaceutique	Quantité	PPV	Total
<b>Total Général :</b>					

## 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