الصنـدوق الوطنـي لمنظمـات الاحتيـاط الاجتماعـي
ⵜⴰⵙⴷⴰⵡⵉⵜ ⵜⴰⵏⴰⵎⵓⵔⵜ ⵏ ⵓⵙⵉⵡⴰⵍ ⵏ ⵓⵖⵔⵓⵙ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ
Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - MÉDICAMENTS طلب تحمل الأدوية

N° DE DOSSIER ..... رقم الملف

PHARMACIE D'OFFICINE الصيدلية

Nom de la pharmacie اسم الصيدلية

INPE / Code barres الرمز المهني الاستدلالي الوطني و الرقم التسلسلي

N° de Tél.: رقم الهاتف

Adresse : ..... العنوان

.....

Identité du médecin traitant هوية الطبيب المعالج

INPE الرمز المهني الاستدلالي الوطني

Spécialité ..... التخصص

.....

Assuré(e) المؤمن (ة)

Nom & prénom الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation رقم الإنخراط

N° Immatriculation رقم التسجيل

N° de la CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية

N° de Tél.: رقم الهاتف

Adresse : ..... العنوان

.....

BENEFICIAIRE (AUTRE QUE L'ASSURE (E)) المستفيد

Nom & prénom الاسم العائلي والشخصي

N° de la CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية

Date de naissance تاريخ الازدياد

sexe: H F الجنس

lien avec l'assuré Conjoint زوج(ة) Enfant إبن صلة القرابة

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

Demande de prise en charge pour un montant de:

..... Dh

Fait à ..... Le

Signature
et cachet du pharmacien

- Accoler l'étiquette portant l'INPE, ainsi que le code à barres.
- Veuillez dûment remplir le formulaire de demande et y joindre les pièces justificatives suivantes :
  1-Copie carte d'immatriculation de l'assuré (e) 2- Copie CIN du bénéficiaire 3- Ordonnance médicale
- Transmettre par fax ou par courrier au Département du contôle médical ou délégations régionales
- Documents de diagnostic
  Bilan biologique etc en cas d'admission

4, Rue Al Khalil B.P. 209 - Rabat • Maroc Tél.: 05 37 70 92 66 /05 37 70 06 13 / 0538002020 Fax : 05 37 73 12 60
Site Web : www.cnops.org.ma