

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Nature de la maladie

(Joindre si nécessaire le pli confidentiel)

Prescription médicale
(éventuellement
cotations des actes)

(Joindre si nécessaire le pli confidentiel)

Visa et signature du
médecin traitant

Fait à :
le :

Lieu où doit être suivi le traitement

Partie réservée à la MPSC

La présente demande (page 1 et 4) pourra être
faxée à la MPSC au N° 037 70 43 64

AVIS DU MEDECIN CONSEIL

MUTUELLE DE PREVOYANCE
SOCIALE DES CHEMINOTS

تعاوضية الاحتياط الاجتماعي للسككيين



N° d'affiliation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LC

DIS N°

PEC N°

FEUILLE INDIVIDUELLE DE SOINS

Etat déclaratif réservé à l'usage exclusif des adhérents de la MPSC

Prénom et Nom de l'Affilié

(en lettres capitales)

Adresse domiciliaire

Qui est malade ?

Affilié Conjoint Enfant

Prénom :

Nom :

Date de Naissance

Nombre des Pièces jointes :

Prospectus :

PPM :

Autres :

Maladie Dentaire

Maternité Optique

Accident Autres

Avis important :

- les prestations sont accordées sur présentation d'une feuille individuelle de soins, dûment renseignée par l'affilié et accompagnée de toutes les pièces justificatives.
- Les prestations de la pharmacie sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le prénom et le nom du malade, inscrits par le médecin traitant et accompagnée des prospectus et des PPM (prix public Maroc) des médicaments prescrits.
- Tout médicament coûteux nécessite l'accord préalable de la MPSC.
- les remboursements sont effectués systématiquement sur la base du PPM du générique valable.
- L'envoi d'un médicament périmé ou d'un EMG constitue une fraude aux prestations de la MPSC (Article23).
- Toutes les pièces concernant le malade doivent être adressées à la MPSC dans un délai n'excédant pas 3 mois après la date de fin de soins, et portant le N° d'affiliation.
- Tout acte dont la cotation est supérieur ou égale à k25. Bilans biologiques, Explorations Radiologiques, Scanner, IRM, Séances de kinésithérapie, Orthopédie...nécessite l'accord préalable de la MPSC.
- La demande de prise en charge (Page4) doit être établie avant l'exécution de l'acte ou au plus tard dans les **3 jours qui suivent pour les cas d'urgence**.
- les soins dentaires : l'accord de la MPSC est obligatoire pour :
 - *Des extractions et obturations multiples (Nombres supérieur à 8).
 - * La prothèse mobile ou fixe.
 - * Orthodontie dento faciale (ODF) - (chaque semestre).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document .

Le . . / . . / 200 .

Signature de l'Affilié :

Siège MPSC : 42, Rue ALMANSOUR EDDAHBI – RABAT – Tél: 037 70 43 35 – Fax: 037 70 43 64

Site web : www.mpsc.ma

Renseignements relatifs aux actes effectués

Praticien	Date	Nature	Cotations	Honoraires	Signature et cachet
Médecin traitant					
Explorations : Biologie / Radio.					
Actes paramédicaux					
Optique et Articles Orthopédiques					

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le Praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient

Devis Reçu (rayer la mention inutile)

Soins / Proth. dentaires	Date	Nature de l'acte	Dent traitée	Coef.	Honoraire

PROPOSITION

DECISION MPSC :

Total honoraires :

EXECUTION

Du :

- Accord N° :
- Total Cotation :
- Montant PEC (DH) _____

Date :

Cachet et visa du Praticien

Cachet et visa du Praticien

ORDONNANCE

Date : _____

Prénom et nom du malade : _____ Age : _____

Diagnostic si nécessaire sous pli confidentiel : _____

PRESCRIPTION MEDICALE AVEC POSOLOGIE	Qte	PRIX UNIT	PRIX TOTAL
<i>DUREE TRAITEMENT (3 Mois au maximum) :</i>			
<i>Signature et cachet du Médecin</i>			
		TOTAL PHARMACIE	

Signature et cachet du Pharmacien