FEUILLE POUR AUXILIAIRE MEDICAL
JOINDRE LA PRESCRIPTION

LE BENEFICIAIRE DES SOINS	❒ Assuré	❒ Conjoint	❒ Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

L'ASSURE

Matricule : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

LE BENEFICIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)	□ En tant que victime d'un accident du travail (A.T)
	□ En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C)
	□ En tant que bénéficiaire des prestations médicales

Cadre réservé au Service Médical

Sur demande du docteur _____ En date du _____

AP. du _____ Par _____

Date	Codification des actes	Date	Codification des actes

COTATION GLOBALE		Honoraires payés par l'assuré	Signature de l'auxiliaire médical	Cachet de l'auxiliaire médical
Nombre d'actes				
Nombre de déplacements				
Nombre de majorations nuit				
Nombre de majorations dimanche				
Signature de l'assuré :				

23, avenue Albert II - B.P. 679
MC 98014 MONACO CEDEX
Tél. : (+377) 98 98 81 39
Fax : (+377) 98 98 41 67