



FEUILLE POUR PROTHESES DENTAIRE ET AUTRES ACTES DENTAIRES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

LE BENEFICIAIRE DES SOINS Assuré Conjoint Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

L'ASSURE

Matricule : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Schéma dentaire avant traitement à compléter		LE BENEFICIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)	
<small>Barrer les dents absentes, Entourer les dents à coiffer Indiquer par une flèche les dents à extraire</small>			
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident du travail (A.T)	
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C)	
		<input type="checkbox"/> En tant que bénéficiaire des prestations médicales	

Date	N° dent	Codification des actes proposés	CADRE RESERVE AU DENTISTE CONSEIL		
			Avis du Dentiste Conseil	N° dent	Cotation globale

- Joindre les radiographies avant traitement pour les demandes de couronnes

ACTES REALISES (Cotation globale)	Date	MONTANT DES HONORAIRES PERÇUS	SIGNATURE DU PRATICIEN TRAITANT	CACHET DU PRATICIEN TRAITANT
Signature de l'assuré :				

- Les prestations payables à la fin du traitement ne seront versées qu'après accord du Dentiste Conseil et dans la mesure où l'accord préalable a été demandé avant l'exécution des travaux. (Accord valable 6 mois)
- Pour tous renseignements, appeler le Service des Prestations Médicales de l'Etat, Secrétariat du Contrôle dentaire, de 9h30 à 17h00 au (+377) 98 98 87 54 – Email : spme@gouv.mc