



FEUILLE DE SOINS DENTAIRES NON SOUMIS A ACCORD PREALABLE

LE BENEFCIAIRE DES SOINS Assuré Conjoint Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

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

L'ASSURE

Matricule : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

LE BENEFCIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident du travail (A.T) <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 de l'acte	N° dent	Codification des actes	Date de l'acte	N° dent	Codification des actes

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

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