Gouvernement Princier
PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Direction des Prestations Médicales
et Familiales de l'État

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 **Barrer les dents absentes, Entourer les dents à coiffer** **Indiquer par une flèche les dents à extraire**		**LE BENEFICIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)**
		□ En tant que victime d'un accident du travail (A.T)
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	□ En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C)
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	□ 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)

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

Département des Affaires Sociales et de la Santé