Gouvernement Princier
PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Direction des Prestations Médicales
et Familiales de l'État

FEUILLE DE SOINS DENTAIRES
NON SOUMIS A ACCORD PREALABLE

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

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 :				

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