

## Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4
---	---	---	---

N° du sinistre		
		CP

Ordonnancement			
I.C.			
	D.D		
		D	
			C.C



RMA WATANYA

Type de declaration

☐ Devis

☐ Execution

N° d'affiliation

Souscripteur : .....

Cachet du souscripteur : .....

N° de police : .....

.....

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Nom et Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Montant des frais engagés : DHS.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à ..... , le ..... Signature de l'assuré(e)

## ODF & Prothèses dentaires

	Date	Coefficient des travaux	Honoraires	Cachet du praticien	Avis du médecin conseil
Proposition					
Exécution					

## Pharmacie

[illegible]

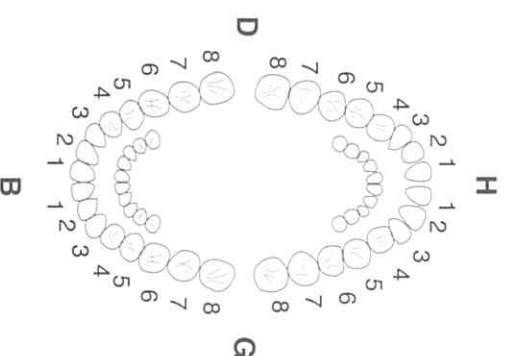
### Recommandations importantes

- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie etc...).
  - Les prothèses dentaires sont soumises à l'accord préalable de l'assureur.
  - Les extractions multiples au dessus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses sont soumises à l'accord préalable de l'assureur.
  - L'orthopédie dento-faciale (ODF) est prise en charge pour les enfants âgés de moins de 12 ans.
  - Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n° 17- 99 portant code des assurances.

→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

## Partie réservée au praticien

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.



## Soins dentaires

[illegible]