

OPTICIEN

Raison sociale :

Adresse :

.....

Tél..... Fax.....

ASSURE

Nom : Prénom.....

N° d'assuré :

Adresse :

.....

BENEFICIAIRE (si différent de l'assuré)

Nom : Prénom.....

N° SS:

Date de naissance:

Date de la prescription : / /

Nom du prescripteur :

EQUIPEMENTVERRES : Vision de loin (VL) Vision de près (VP) Progressif

	CODE TIPS	PRIX	BASE TIPS	REMBOURSEMENT RO
<input type="checkbox"/> Monture				
<input type="checkbox"/> Verre OD				
<input type="checkbox"/> Verre OG				
<input type="checkbox"/> Lentilles acceptées				
<input type="checkbox"/> Lentilles jetables				
<input type="checkbox"/> Lentilles non prises en charge				
TOTAL				

Fait à.....le.....

Signature et cachet de l'Opticien

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
SOINS OPTIQUE****A remettre à votre opticien**A adresser dûment compléte sous enveloppe confidentielle
à l'adresse suivante

79H-A

-A A 9I 6@9 5DF -@H A

69439 LYON Cedex 03

Notre assuré, votre client, nous a demandé d'établir une prise en charge pour ses soins d'optiques en cours afin d'éviter l'avance de frais.

Aussi, m erci de co mpléter ce document. A réception de vo s propositions, nous serons en mesure d'étudier la prise en charge. Notre remboursement vous sera dire ctement adre ssé (pa r virement bancaire ou chèque). L'assuré ne pai era q ue la partie des frais restant à charge.

Notre dev is est é tabli sous r éserve d e l' intervention de la SECURITE SOCIALE ex cepté pour les lentilles j etables o u refusées.

Cette prise en charge ne sera valide que pendant une période de deux mois.