Devis pour la fourniture de lentilles de contact correctrices

à adresser par Fax : 01 40 77 49 49 ou par courrier au comité ou à la SLI / SRI

Nom et prénom de l'adhérent : ..... **Nom et prénom du bénéficiaire :** .....

Numéro INSEE : ⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋⌊⌋. ⌊⌋⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ **(si différent de l'adhérent)**

Date de naissance : ..... **Numéro INSEE :** ⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋⌊⌋. ⌊⌋⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋

Nom de la Mutuelle : ..... **Date de naissance :** .....

SLI/SRI d'appartenance : ..... **Comité d'appartenance :** .....

Concernant ce devis, l'adhérent souhaite être joint par MUT'Santé :

à l'adresse suivante : .....

par téléphone : ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ **Fax :** .⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ **E-mail :** ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋.

A remplir par l'opticien

Nom et prénom de l'opticien : ..... **Numéro d'identification :** .....

Dénomination ou enseigne..... **Code postal du lieu d'exercice :** .....

L'équipement est-il réalisé sur prescription médicale :

si OUI, Nom et prénom du praticien ..... **Numéro d'identification :** .....

ordonnance en date du : ____/____/_____ **Si NON, motif de l'équipement :** _____

D'autres devis ont-ils été proposés ? ☐ OUI ☐ NON

Correction	**lentilles**			
	Sphère	**Cylindre**	**Axe**	**Add**
Œil droit				
Œil gauche				

Prise en charge par la Sécurité Sociale :
- ❍ Oui
- ❍ Non

Port :
- ❍ intermittent
- ❍ journalier
- ❍ prolongé
- ❍ permanent

Lentilles :
- ❍ rigides perméables à l'oxygène
- ❍ souples jetables journalières
- ❍ souples à renouvellement fréquent : toutes les _____ semaines
- ❍ autres : _____

Lentilles prescrites	**Laboratoire**	**Produit**	**Géométrie**	**Diamètre**	**Ro**
Lentille œil droit					
Lentille oeil gauche					

- ❍ **Première adaptation**
- ❍ apprentissage pose – retrait
- ❍ conseil hygiène -entretien
- ❍ **Modification de l'adaptation**
- ❍ **Renouvellement de lentilles**

Entretien préconisé : **Coût annuel estimé :**	Lentilles + entretien			
DETAIL DU DEVIS	Boîte de	Prix boîte	Quantité	Total
LENTILLES				
Lentille cornéenne de l'œil droit	Lentille(s)			
Lentille cornéenne de l'œil gauche	Lentille(s)			
PRODUITS D'ENTRETIEN				
Nom commercial	ml			
Nom commercial	ml			
Nom commercial	ml			
Nom commercial	ml			
PACK LENTILLES + PRODUITS				
Nom commercial				
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES				
Garantie : ❍ adaptation		**Forfait adaptation**		_____
Durée : ❍ casse		**Forfait apprentissage manipulation**		_____
Franchise : ❍ autre : _____		**Coût de la garantie**		_____
		MONTANT TOTAL DU DEVIS :		

Cachet et signature de l'opticien

Offre valable jusqu'au : ____/____/_____

A_____, le : ____/____/_____

"Conformément à la loi informatique, fichiers et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous informons que vos réponses à ce questionnaire sont facultatives. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant sur simple demande écrite de votre part. Elles nous permettrons de renseigner le bénéficiaire et de lui faire connaître le montant de sa prise en charge. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant sur simple demande écrite de votre part auprès du directeur de la section locale à laquelle dont vous dépendez. "