Devis pour la fourniture d'un équipement optique correcteur

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 :** .....

L'équipement est-il réalisé sur prescription médicale :

Si OUI, Nom et prénom du praticien ..... **Ordonnance en date du :** ____/____/_____

Si NON, motif de l'équipement : _____

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

Correction	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Autres éléments
Œil droit					
Œil gauche					

INFORMATIONS SUR LES VERRES PROPOSES

Matériau	Géométrie Verre œil droit	Géométrie Verre œil gauche	Coloration	Traitement de surface
☐ Organique indice : _____ ☐ Polycarbonate ☐ Minéral indice: _____	☐ Simple foyer ☐ Asphérique ☐ Progressif ☐ Autre : _____ ☐ Epaisseur sur mesure	☐ Simple foyer ☐ Asphérique ☐ Progressif ☐ Autre : _____ ☐ Epaisseur sur mesure	☐ Blanc ☐ Teinte confort classe __ ☐ Teinte solaire classe ___ ☐ Photochromique ☐ Autre _____	☐ Durci ☐ Antireflet _____couches ☐ Combiné durci AR bicouche ☐ Combiné durci AR multicouche ☐ Autre : _____

DESCRIPTION DU PRIX

	Marque Ou fournisseur	Références des produits		Prix net
Monture		(modèle, coloris, taille) ☐ Nylor ☐ Percée		
Verre droit Code Sécu. ……		(nom commercial : exemple "Orma Crizal"…)		
Verre gauche Code Sécu. ……		(nom commercial : exemple "Orma Crizal"…)		
		Monture		
Suppléments inscrit à la nomenclature		**Verre droit**	……	
		Verre gauche	……	
Suppléments		**Amincissement sur verre correcteur > ± 6 dioptries OD ☐ OG ☐**		
		Antireflet sur verre correcteur > ± 6 dioptries OD ☐ OG ☐		
Prestations complémentaires		……..	**Montant total du devis**	

Cachet et signature de l'opticien

GARANTIE

☐ Casse ☐ Gratuite Durée : _____

☐ Autre : _____ ☐ Payante ☐ Franchise

Remarque : ……..

……

……

……

……

……

Offre valable jusqu'au : ____/____/_____

Délais de livraison : ____/____/_____

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. Elles nous permettront 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."