

Demande à faire remplir par votre professionnel de santé

## Identification de l'adhérent et du bénéficiaire

### Adhérent

N° Adhérent \_\_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé | | |

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Bénéficiaire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | | | | | | | | | | | |

Régime :  Régime général  Alsace-Moselle  Autre : \_\_\_\_\_

## Identification de l'opticien

N°FINESS : \_\_\_\_\_ Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Correction visuelle

	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Prisme
Oeil droit					
Oeil gauche					

Si l'adhérent est atteint d'une des pathologies mentionnées ci-dessous, cochez cette case :

conjonctivite intense, kératite, iritis, cataracte centrale ou congénitale, rétinopathie, myopie forte s'accompagnant de photophobie.

Date de la prescription médicale : \_\_\_\_\_

## Équipement

	Code TIPS ou LPP	Base SS (TIPS)	Remboursement SS 60 % ou 90 %	Dépense réelle (remise déduite)
Lentille oeil droit				_____ €
Lentille oeil gauche				_____ €
<b>TOTAL</b>				_____ €

## Caractéristiques

	Oeil droit	Oeil gauche
Marque		
Modèle		
Type de lentilles		
Famille (hebdomadaire, mensuelle, rigide, souple...)		
Nombre de boîtes de lentilles		
Nombre de lentilles par boîte		
Diamètre		
Rayon		

### Pour l'adhérent

Si nous devons vous joindre :

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Heures de disponibilité :  9h-11h  11h-13h  13h-15h  15h-17h  17h-19h

J'autorise le recueil, l'analyse et le traitement par ADOCYS des données de santé figurant sur ce devis, en vue du calcul et de la prise en charge de mes dépenses de santé.

Signature (obligatoire) :

### Pour l'opticien

Date du devis : \_\_\_\_\_

Durée de validité : \_\_\_\_\_

Signature et cachet de l'opticien (obligatoire) :