OPTIQUE

☐ Devis ☐ Demande de prise en charge

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)
Oeil droit (traitements inclus)				_____ €
Oeil gauche (traitements inclus)				_____ €
Monture				_____ €
Prisme droit				_____ €
Prisme gauche				_____ €
TOTAL				_____ €

Monture

Fabriquant : _____ Modèle : _____ **Prix monture :** _____

Type de monture : ☐ Cerclée ☐ Nylor ☐ Percée Matériau : ☐ Métal ☐ Plastique ☐ Titane ☐ Autre

Verres

Fabriquant : _____ Modèle : _____

Type de verres : ☐ Unifocal ☐ Bifocal ☐ Trifocal ☐ Mi-distance ☐ Progressif-génération : _____

Matériau : ☐ Organique ☐ Minéral ☐ Polycarbonate

Surface des verres : ☐ Sphérique ☐ Asphérique

Indices des verres : _____

Diamètre : _____

Traitements	O	N
Durci	☐	☐
Super anti-reflet	☐	☐
Combiné (durci + SAR)	☐	☐
Photocromique	☐	☐
Teinte	☐	☐
Précalibrage	☐	☐

Pour l'adhérent

Si nous devions 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 : _____

Durée de validité : _____

Signature et cachet de l'opticien (obligatoire) :

Toute correspondance est à adresser à SMI/Adocys - 11, place Bellecour 69288 Lyon Cedex 02 - Tél. : 0 820 029 019 (0,12 €/min. depuis un poste fixe) **Fax : 04 78 85 74 61**
Mail : adocys@mutuelle-smi.com - Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.