

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**  
**REMPLACEMENT DE LUNETTES**  
(perdus ou cassés moins de six mois après l'achat)

LE BENEFICIAIRE DES SOINS       Assuré       Conjoint       Enfant

Nom (1) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Nom d'usage : \_\_\_\_\_

(1) Nom de jeune fille pour les dames

**L'ASSURE**

Matricule : \_\_\_\_\_ Nom (1) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

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

<b>LE BENEFICIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)</b>	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident du travail (A.T)
	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C)
	<input type="checkbox"/> En tant que bénéficiaire des prestations médicales

- Le remplacement de lunettes perdues ou cassées, ne peut se faire que dans les six mois suivant l'achat de la paire initiale, au-delà une nouvelle prescription sera demandée.
- Ce présent document sert de prescription.
- Ne pas oublier de joindre la facture de la nouvelle paire de lunettes.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Les lunettes initiales avaient-elles été remboursées par le Service des Prestations Médicales de l'Etat ? :  
OUI      NON

Dans l'affirmative, à quelle date ? : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nom du Medecin prescripteur : \_\_\_\_\_

Date, lieu et circonstances de la perte ou du bris : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ Le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature de l'assuré :