

BON DE COMMANDE DE LENTILLES
JOINDRE LA PRESCRIPTION

Cachet de l'opticien

LE BENEFICIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)

En tant que victime d'un accident du travail (A.T)

En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C)

En tant que bénéficiaire des prestations médicales

LE BENEFICIAIRE DES SOINS

☐ Assuré

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nom (1) : _____ Prénom : _____

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(1) Nom de jeune fille pour les dames

Nom d'usage : _____

L'ASSURE

Matricule : _____ Nom (1) : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Adresse : _____

DEVIS

Nom du médecin prescripteur : _____ Date de prescription : _____

FOURNITURES	PRIX DE VENTE CONVENTIONNEL			BASE DE REMBOURSEMENT
	Quantité	Prix Unitaire	Total	FORFAIT ANNUEL
Lentilles jetables mensuelles Par boîtes de 6				
Autres lentilles				
Suppléments				
TOTAL FACTURE				79,27 €

Monaco, le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de l'assuré : _____

FACTURE

L'opticien soussigné certifie que la fourniture effectuée est conforme à celle décrite ci-dessus et que le prix en a été intégralement acquitté par le bénéficiaire.

Monaco, le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature et cachet de l'opticien : _____

Important : Ne pas oublier de joindre la prescription concernant les lentilles.