

**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	
Lentilles jetables mensuelles Par boîtes de 6				FORFAIT ANNUEL
Autres lentilles				
Suppléments				
<b>TOTAL FACTURE</b>				<b>79,27 €</b>

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.**