

CONVENTION OPTIQUE MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

MODELE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE OPTIQUE numéro :		du	Mutuelle :
(à renseigner par la mutuelle)			
Identification de l'Opticien (Nom et N° FINESS) :		Tel :	
		Fax :	
Code Postal :	Ville :	E-mail :	
Assuré : (Nom-Prénom) :		N° Sécurité Sociale :	
Date de Naissance :			
Bénéficiaire : (Nom-Prénom) :		N° Sécurité Sociale :	
Date de Naissance :			
Prescription médicale en date du :		Prescripteur :	N° agrément :
Sinon :	RI <input type="checkbox"/>	RA <input type="checkbox"/>	

	Sphère	Cylindre (+)	Axe	Addition	Code LPP
Verre Droit					
Verre Gauche					

Vision de Loin Vision de Près Vision Progressive

OFFRE DE REFERENCE MFP

VERRES	Type des Verres	Supplément	Coloration
	ex : A1, B2, C3	Durci, Précal	Blanc, Teinte A
Verre Droit			
Verre Gauche			

Verre Droit	Fournisseur	Marque	Prix Nets
Verre Gauche			
Monture			

Montant net de l'équipement : _____

OFFRE PERSONNALISEE

VERRES	Matériau	Géométrie verre Droit	Géométrie verre Gauche	Coloration	Traitement de surface
	<input type="checkbox"/> Organique Indice : 1, ___	<input type="checkbox"/> Unifocal	<input type="checkbox"/> Unifocal	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Durci
	<input type="checkbox"/> Polycarbonate	<input type="checkbox"/> Unifocal asphérique	<input type="checkbox"/> Unifocal asphérique	<input type="checkbox"/> Teinte unie Classe :	<input type="checkbox"/> Durci + antireflet :
	<input type="checkbox"/> Minéral Indice : 1, __	<input type="checkbox"/> Progressif	<input type="checkbox"/> Progressif	<input type="checkbox"/> Photochromique	<input type="checkbox"/> Antireflet sur minéral
	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Antisalissure	
	<input type="checkbox"/> Précalibrage ("sur mesure")	<input type="checkbox"/> Précalibrage ("sur mesure")		<input type="checkbox"/> Autre :	

MONTURE Cerclée Nylon Perçée

Verre Droit	Fournisseur	Marque	Prix nets
Verre Gauche			
Monture			

Montant de l'équipement : _____
Montant de la remise : _____
Montant net de l'équipement : _____

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS : Part SS et MUT Part MUT seul

Cachet et signature de l'Opticien	Accord de l'Assuré	Signature du Client
	<p>Je reconnais avoir pris connaissance :</p> <p><input type="checkbox"/> de l'offre de référence</p> <p><input type="checkbox"/> des conditions de garantie associées à l'offre que j'ai sélectionnée</p> <p><input type="checkbox"/> de l'effort pédagogique de l'opticien</p> <p>J'ai sélectionné :</p> <p><input type="checkbox"/> l'offre de référence MFP (verres et monture)</p> <p><input type="checkbox"/> l'offre de référence MFP (verres uniquement)</p> <p><input type="checkbox"/> l'offre de référence MFP (monture uniquement)</p> <p><input type="checkbox"/> l'offre personnalisée</p> <p>(dans ce cas, pourquoi n'avez-vous pas sélectionné l'offre de référence) ? : <input type="checkbox"/> j'ai choisi un équipement solaire <input type="checkbox"/> j'ai choisi une monture percée</p>	

Conformément à la Loi CNIL n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Ces droits peuvent être exercés auprès de la section mutualiste gestionnaire.