

**BON DE COMMANDE DE LUNETTES
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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom d'usage : _____

(1) Nom de jeune fille pour les dames

L'ASSURE

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

Nom d'usage : _____

Adresse : _____

DEVIS

Nom du médecin prescripteur : _____

Date de prescription : _____

FOURNITURES		Code LPP ou TIPS	PRIX DE VENTE CONVENTIONNEL	BASE DE REMBOURSEMENT
Verre œil droit	VL			
	VP			
Verre œil gauche	VL			
	VP			
Suppléments remboursables				
Monture				
Suppléments non remboursables				
TOTAL FACTURE				

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 lunettes.