

# DEVIS OPTIQUE

**N° Indigo FAX 0 825 000 321**

**N° Indigo 0 825 843 022**

(0,15 € la minute)

Type de demande :  Réponse à Devis  Prise en Charge

**Copie de l'ordonnance À JOINDRE OBLIGATOIREMENT - Date d'ordonnance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

<b>N° de Télétransmission CPAM</b> <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> <td style="width:10%"> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>2</td> <td>6</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>													2	6							<b>N° Téléphone</b> ..... <b>N° Fax</b> .....
		2	6																		

<b>Nom de l'assuré :</b> .....	<b>Prénom de l'assuré :</b> .....
<b>N° de Sécurité sociale :</b> .....	<b>Date de naissance :</b> .....
Si le bénéficiaire n'est pas l'assuré :	
<b>Nom :</b> .....	<b>Prénom :</b> .....
<b>N°SS (si différent) :</b> .....	<b>Date de naissance :</b> .....

**Bénéficiaire d'une prise en charge à 100% par le régime obligatoire :**  Oui  Non

## ÉQUIPEMENT LUNETTES

**MONTURE** Matière :  Métal  Plastique  Titane  Autres à préciser: .....  
 Montage :  Percé  Nylon  Cerclé .....

Fournisseur	Marque	Modèle	Coloris	Taille	LPP 100 %	Prix net Remises déduites

**VERRES**  Vision de Loin (VL)  Vision de Près (VP)  Intermédiaire  Bifocaux  Progressifs  VL + VP\*  
 \* Si 2 équipements VL + VP sont notés sur l'ordonnance, remplissez un deuxième devis pour la VP.

	Sph	Cyl(+)	Axe	Add	Prisme	N° LPP	LPP 100%	Prix net Remises déduites
OD								
OG								

**Total (équipement + suppléments) :**

**Indice :** [  1  ] Matière :  Organique  Minéral  Polycarbonate  Autres à préciser: .....

**Intitulé COMPLET du verre + suppléments éventuels :** Ex : Essilor - Airwear - supra Ø 65  
Ne pas utiliser de termes génériques - Ne pas oublier le fournisseur

OD : .....

OG : .....

## ÉQUIPEMENT LENTILLES

Type :  Rigides  Souples  Traditionnelles  Jetables : fréquence .....

Port :  Journalier  Permanent, si oui préciser la durée .....

	Sph	Cyl(-)	Axe	Add	Nombre de lentilles par boîtes	Nombre de boîtes facturées	PU	Prix TOTAL Remises déduites
OD								
OG								

**Laboratoire et nom de la lentille :** .....

J'autorise la communication du présent devis et de son ordonnance, dans le respect du secret professionnel, à l'opticien conseil de mon assureur. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « Informatique et Libertés », je dispose d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition. Ces droits peuvent être exercés par courrier (en joignant la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité) auprès de **Terciane - Informatique & Libertés - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 Paris Cedex 8.**

**Signature de l'assuré :**

Réponse destinée à l'assuré : Fax : .....

**Cachet et signature de l'opticien :**

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_