

**COORDONNEES DU CLIENT** (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

**A COMPLETER PAR L'OPHTALMOLOGUE**

Je soussigné(e), ophtalmologue, déclare avoir procédé pour le bénéficiaire \_\_\_\_\_ à

une opération par chirurgie correctrice au laser d'une malformation (\*)

de l'oeil droit

de l'oeil gauche

Date:




une implantation d'une lentille intra-oculaire pour (\*\*)

l'oeil droit

l'oeil gauche

Date:




Signature ophtalmologue

Cachet ophtalmologue



**A COMPLETER PAR L'OPTICIEN**

Je soussigné(e), opticien, déclare avoir procuré à l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, la (les) fourniture(s) suivante(s):

une monture de lunettes destinée au port de verres correcteurs (\*\*\*)

lentilles ou verres correcteurs (\*\*\*)

Montant payé :  ,  €

Date

Signature

Cachet





(\*) L'intervention pour tous de maximum 100 €œil/vie est octroyée uniquement à défaut d'une intervention en Assurance Obligatoire.

(\*\*) Intervention forfaitaire de 50€œil/vie accordée après l'intervention de l'Assurance Obligatoire.

(\*\*\*) L'intervention est limitée à 75€pour tous les bénéficiaires, tous les 2 ans.

L'intervention est octroyée pour autant que le bénéficiaire soit en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2021.