part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

OPTIQUE

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

N° d'affiliation : ----------

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

CP et Localité : ----------

Apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR L'OPHTALMOLOGUE

Je soussigné(e), ophtalmologue, déclare avoir procédé pour le bénéficiaire dont les coordonnées sont reprises ci-dessus

☐ à une opération par chirurgie corrective au laser d'une malformation (*) *(pas d'intervention en assurance obligatoire)*

☐ de l'oeil droit ☐ de l'oeil gauche Date : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ à une implantation d'une lentille intra-oculaire pour (*) *(avec l'intervention en assurance obligatoire)*

☐ l'oeil droit ☐ l'oeil gauche Date : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(*) Cocher la case correspondante

Signature de l'ophtalmologue

Cachet de l'ophtalmologue

A COMPLETER PAR L'OPTICIEN(NE)

Je soussigné(e), opticien(ne), déclare avoir procuré au bénéficiaire 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

(*) Cocher la case correspondante

Montant payé : ☐☐☐☐ , ☐☐ € Date : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature de l'opticien(ne)

Cachet de l'opticien(ne)

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation ou fourniture.
Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages ou en scannant le QR-code.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT06310000000000000000000000A