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

*A509GT0631000000000000000000000000A*