

**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.

