

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé    Votre N° de contrat/sociétaire    Nom de votre entreprise

..... | ..... | .....

---

Nom    Prénom    Date de naissance

Assuré ..... | ..... | .....  
Patient ..... | ..... | .....

Adresse : .....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    Ville .....

Téléphone fixe (en journée) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    Téléphone portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Mail : ..... @ .....    J'accepte de recevoir des informations par mail  par SMS

**DEVIS POUR LUNETTES (à remplir par le professionnel de santé)**

Date de la prescription : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    Verres prescrits (si ordonnance) :    VL    VP    VL/VP  
Verres choisis :    VL    VP    VL/VP

**ŒIL DROIT**

Sphère	Cylindre	Axe	Addition
	+		+

**ŒIL GAUCHE**

Sphère	Cylindre	Axe	Addition
	+		+

**VERRE DROIT & TRAITEMENTS (Références indispensables)**

Fabricant : ..... Indice : .....  
Dénomination du verre : .....

- VERRE DROIT** ..... €
- Durci ..... €
  - SAR ..... €
  - Coloration ..... €
  - Coloration spéciale ..... €
  - Photochromique ..... €
  - Préal / Ep. spéciale ..... €
  - Prisme ..... €
  - Base spéciale ..... €
  - Autre ..... €
- Total Verre Droit :** ..... € (1)

**VERRE GAUCHE & TRAITEMENTS (Références indispensables)**

Fabricant : ..... Indice : .....  
Dénomination du verre : .....

- VERRE GAUCHE** ..... €
- Durci ..... €
  - SAR ..... €
  - Coloration ..... €
  - Coloration spéciale ..... €
  - Photochromique ..... €
  - Préal / Ep. spéciale ..... €
  - Prisme ..... €
  - Base spéciale ..... €
  - Autre ..... €
- Total Verre Gauche :** ..... € (2)

**Monture**

Marque : ..... Montage :  Cerclé     Nylon     Percé     Autres .....

Prix de la Monture : ..... € (3)    **Total Equipement (1) + (2) + (3) :** ..... €

OFFRE PROMOTIONNELLE				COUT	
Détail	GARANTIE	NATURE (préciser)	DUREE	FRANCHISE	COUT
Verres					
Monture					
Adaptation					

Cachet du professionnel de santé

**TOTAL DEVIS  
LUNETTE**

**Date et signature de l'opticien**

Fait à : .....  
Le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé  Votre N° de contrat / sociétaire

Nom de votre entreprise

Nom  Prénom  Date de naissance

**Assuré**

**Patient**

Adresse :

Code postal  Ville

Téléphone fixe (en journée)  Téléphone portable

Mail :  @  J'accepte de recevoir des informations par mail  par SMS

**DEVIS POUR LENTILLES (à remplir par le professionnel de santé)**

CORRECTION					ÉQUIPEMENT	
ŒIL	SPH	CYL	AXE	ADD	RO	DIAM
OD						
OG						
LENTILLES	CARACTÉRISTIQUES				TARIF	
	OD		OG		OD	OG
Traditionnelles	<input type="checkbox"/> semi-flexibles	<input type="checkbox"/> souples	<input type="checkbox"/> semi-flexibles	<input type="checkbox"/> souples		
Remplacement Fréquent					Prix par boîte :	
Laboratoire					Remise	
Référence					Total Lentilles	
Entretien	Type :	Type :		Forfait adaptation		
Produits					Total produits	
					<b>MONTANT TOTAL</b>	

GARANTIE	NATURE (préciser)	DURÉE	FRANCHISE	COÛT
Prise en charge SS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**DEVIS POUR CHIRURGIE RÉFRACTIVE À REMPLIR PAR LE CHIRURGIEN**

ŒIL	Acuité visuelle avant intervention	Formule de correction sous cyclopégique			Stabilité réfractive
		Sph	Cyl	Axe	
OD					ans
OG					ans

	TYPE DE CHIRURGIE ENVISAGÉE			OD	OG
	OD	OG			
Laser EXIMER de surface	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant sur œil phake : - Chambre antérieure - Clipé sur Iris - Chambre postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LASIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anneaux intra-conéens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Extraction du cristallin clair		
			Autre technique		
			Préciser :		
				Montant en €	OD OG

Honoraires		
Prothèse éventuelle (Marque et Fabricant) :		
Frais d'hospitalisation et d'anesthésie		
<b>TOTAL DE L'INTERVENTION</b>		

**ÉTABLISSEMENT DANS LEQUEL SERA RÉALISÉE L'INTERVENTION**

Nom du Chirurgien Opérateur :  Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Cachet du professionnel de santé

**Date et signature de l'opticien ou du chirurgien**

Fait à :

Le :