Devis de produits d'optique médicale

Conforme à l'arrêté du 23 juillet 1996 relatif à l'information des consommateurs sur les produits d'optique médicale

Nom et Cachet de l'opticien : M. …….. Date du Devis : ……./ …/ 20..	Ce devis est la propriété de l'assuré. Il est valable ……. mois Nom et prénom du patient : …….. .. Date de Naissance : ……/…../……..

Coordonnées de la MGCORSE	Coordonnées du Mutualiste
MGCORSE 8 avenue Maréchal SEBASTIANI - BP 277 20296 BASTIA Cedex Tel : 04. 95.34.95.34 Fax: 04.95.32.52.29. Email : mgc@mgcorse.fr	Nom: …….. Prénom : ……. N° SS : |..|….|….|….|……|……|….| Ou N° d'Adhérent : …….

Date de Prescription Médicale : …/ …/ 200. à joindre au présent devis
Si absence de prescription : ☐ Perte ☐ Bris ☐ Vol ☐ Renouvellement moins 3 ans.

Description des équipements proposés dans le cadre de : ☐ l'offre de base ☐ l'offre personnalisée

Verres
Type : ☐ Unifocal ☐ Bifocal ☐ Trifocal ☐ Proximité ☐ Progressif
Matière : ☐ Minéral ☐ Organique ☐ Polycarbonate
Traitements : ☐ Durcis ☐ Antireflets ☐ Photochromiques ☐ Teintés ☐ ……
Garanties : ☐ Casse 1 an ☐ Franchise .....% (<30%) du prix de vente
☐ Adaptation 3 mois sur verres progressifs

Monture
Type ☐ Cerclée ☐ Fil Nylon ☐ Percée
Matériaux : ☐ Métal ☐ Plastique ☐ Titane ☐ ……
Garanties 2 ans dans des conditions normales d'utilisation

Lentilles
Famille : ☐ Rigides ☐ Souples traditionnelles ☐ ……
Renouvellement : ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuel ☐ Quotidien ☐ autres ……..
Garanties : ☐ Déchirure/casse : …. mois ☐ Adaptation : …. mois

Nature	Marque	Modèle	N° TIPS	Prix de Vente (1)	Base de remboursement R.O.	Part RO (2)	Réservé MGCorse Part Mutuelle
Verre droit			202A……				
Verre gauche			202A……				
Monture			202A01				
Lentilles & divers							
			Totaux	(1)		(2)	(3)
				Forfait supplémentaire Optique MGCorse (4)			(4)
Demande de Prise en Charge* ☐ Oui ☐ Non				Total restant à charge de l'adhérent (=1-2-3-4)			

L'adhérent reconnaît avoir eu connaissance de l'offre de base pour un montant de ……..€ Date et signature de l'adhérent :	Signature de l'opticien :	Date et signature du représentant de MGCorse

* Joindre l'exemplaire revêtu des 3 signatures à la facturation

Formulaire à dupliquer ou à télécharger sur www.mgcorse.fr