



Devis optique

[www.prevadies.fr](http://www.prevadies.fr)



**Prévadiès**  
Harmonie Mutuelles

PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES

# Demande de prise en charge sur devis optique n°

« Conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés n° 7817 du 6 janvier 1978, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour permettre la prise en charge. Elles sont destinées à la mutuelle Prévadiès et à l'opticien ainsi qu'aux partenaires contractuellement associés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. L'adhérent autorise la communication de ce document à la mutuelle Prévadiès, aux fins de lui permettre de procéder au traitement de la prise en charge et donc des données de santé. »

# Demande d'information

« Conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés n° 7817 du 6 janvier 1978, nous vous informons que pour la demande d'informations, les réponses à ce questionnaire sont facultatives. Elles sont destinées à votre opticien et à la mutuelle Prévadiès ainsi qu'aux partenaires associés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. L'adhérent autorise la mutuelle Prévadiès à procéder au traitement des données de santé qui figurent sur ce document. »

## ► Identification de l'opticien

N° de l'opticien ..... Adresse .....  
Nom du groupement ou de la chaîne ..... Code Postal ..... Ville .....  
Nom et prénom ou raison sociale ..... Tél. .... Fax .....  
Conventionné en Tiers payant avec la mutuelle  Oui  Non E-mail .....

## ► Identification de la demande d'information / de prise en charge

Date ..... Date de l'ordonnance ..... Référence de la demande .....

## ► Identification de l'adhérent

## ► Identification de la monture

Nom et prénom ..... LPP .....  
N° d'adhérent à la mutuelle ..... Base Sécurité sociale .....  
100 % Sécurité sociale  Oui  Non Prix de vente TTC

## ► Identification des verres

Nom du fabricant .....  
Marque commerciale .....  
**Caractéristiques des verres**  
Unifocal  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération A  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération B  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération C  sphérique  sphéro-cylindrique  
Traitement anti-reflet multicouches   
Traitement durci   
Amincissement   
Pré-calibrage   
Autres traitements .....  
Verre asphérique   
Verre progressif à grand champ   
Indice du verre .....  
Autre .....  
LPP .....  
Sphère .....  
Cylindre .....  
Base Sécurité sociale .....

### Œil droit

### Œil gauche

œil droit

œil gauche

Total verres

## Opticiens conventionnés engagés sur l'offre conventionnelle Prévadiès

Proposition conforme à l'offre tarifaire : monture  verre  Proposition hors offre tarifaire : monture  verre

Modifications pour convenance personnelle de l'adhérent .....  
 Modifications pour raison d'exigence médicale .....

**TOTAL**

J'autorise la mutuelle à conserver les informations notamment tarifaires nécessaires au traitement de ce dossier.

Signature et cachet de l'opticien

J'autorise la communication par mon opticien de ce document à la mutuelle et demande la délivrance d'une prise en charge.

Signature de l'Adhérent

1<sup>er</sup> exemplaire à conserver par la mutuelle  
2<sup>e</sup> exemplaire à conserver par l'adhérent  
3<sup>e</sup> exemplaire à conserver par l'opticien

Pour en savoir plus sur votre prise en charge, vous pouvez également consulter le guide optique Prévadiès. Cette demande de prise en charge est issue d'une collaboration entre les opticiens et la mutuelle. Elle nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet une meilleure prise en charge de vos prestations optiques.



# Demande de prise en charge sur devis optique n°

« Conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés n° 7817 du 6 janvier 1978, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour permettre la prise en charge. Elles sont destinées à la mutuelle Prévadiès et à l'opticien ainsi qu'aux partenaires contractuellement associés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. L'adhérent autorise la communication de ce document à la mutuelle Prévadiès, aux fins de lui permettre de procéder au traitement de la prise en charge et donc des données de santé. »

# Demande d'information

« Conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés n° 7817 du 6 janvier 1978, nous vous informons que pour la demande d'informations, les réponses à ce questionnaire sont facultatives. Elles sont destinées à votre opticien et à la mutuelle Prévadiès ainsi qu'aux partenaires associés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. L'adhérent autorise la mutuelle Prévadiès à procéder au traitement des données de santé qui figurent sur ce document. »

## ► Identification de l'opticien

N° de l'opticien ..... Adresse .....  
Nom du groupement ou de la chaîne ..... Code Postal ..... Ville .....  
Nom et prénom ou raison sociale ..... Tél. .... Fax .....  
Conventionné en Tiers payant avec la mutuelle  Oui  Non E-mail .....

## ► Identification de la demande d'information / de prise en charge

Date ..... Date de l'ordonnance ..... Référence de la demande .....

## ► Identification de l'adhérent

## ► Identification de la monture

Nom et prénom ..... LPP .....  
N° d'adhérent à la mutuelle ..... Base Sécurité sociale .....  
100 % Sécurité sociale  Oui  Non Prix de vente TTC

## ► Identification des verres

Nom du fabricant .....  
Marque commerciale .....  
**Caractéristiques des verres**  
Unifocal  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération A  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération B  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération C  sphérique  sphéro-cylindrique  
Traitement anti-reflet multicouches   
Traitement durci   
Amincissement   
Pré-calibrage   
Autres traitements .....  
Verre asphérique   
Verre progressif à grand champ   
Indice du verre .....  
Autre .....  
LPP .....  
Sphère .....  
Cylindre .....  
Base Sécurité sociale .....

### Œil droit

### Œil gauche

œil droit

œil gauche

Total verres

## Opticiens conventionnés engagés sur l'offre conventionnelle Prévadiès

Proposition conforme à l'offre tarifaire : monture  verre  Proposition hors offre tarifaire : monture  verre

Modifications pour convenance personnelle de l'adhérent .....  
 Modifications pour raison d'exigence médicale .....

**TOTAL**

J'autorise la mutuelle à conserver les informations notamment tarifaires nécessaires au traitement de ce dossier.

Signature et cachet de l'opticien

J'autorise la communication par mon opticien de ce document à la mutuelle et demande la délivrance d'une prise en charge.

Signature de l'Adhérent

1<sup>er</sup> exemplaire à conserver par la mutuelle  
2<sup>e</sup> exemplaire à conserver par l'adhérent  
3<sup>e</sup> exemplaire à conserver par l'opticien

Pour en savoir plus sur votre prise en charge, vous pouvez également consulter le guide optique Prévadiès. Cette demande de prise en charge est issue d'une collaboration entre les opticiens et la mutuelle. Elle nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet une meilleure prise en charge de vos prestations optiques.



# Demande de prise en charge sur devis optique n°

« Conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés n° 7817 du 6 janvier 1978, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour permettre la prise en charge. Elles sont destinées à la mutuelle Prévadiès et à l'opticien ainsi qu'aux partenaires contractuellement associés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. L'adhérent autorise la communication de ce document à la mutuelle Prévadiès, aux fins de lui permettre de procéder au traitement de la prise en charge et donc des données de santé. »

# Demande d'information

« Conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés n° 7817 du 6 janvier 1978, nous vous informons que pour la demande d'informations, les réponses à ce questionnaire sont facultatives. Elles sont destinées à votre opticien et à la mutuelle Prévadiès ainsi qu'aux partenaires associés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. L'adhérent autorise la mutuelle Prévadiès à procéder au traitement des données de santé qui figurent sur ce document. »

## ► Identification de l'opticien

N° de l'opticien ..... Adresse .....  
Nom du groupement ou de la chaîne ..... Code Postal ..... Ville .....  
Nom et prénom ou raison sociale ..... Tél. .... Fax .....  
Conventionné en Tiers payant avec la mutuelle  Oui  Non E-mail .....

## ► Identification de la demande d'information / de prise en charge

Date ..... Date de l'ordonnance ..... Référence de la demande .....

## ► Identification de l'adhérent

## ► Identification de la monture

Nom et prénom ..... LPP .....  
N° d'adhérent à la mutuelle ..... Base Sécurité sociale .....  
100 % Sécurité sociale  Oui  Non Prix de vente TTC

## ► Identification des verres

Nom du fabricant .....  
Marque commerciale .....  
**Caractéristiques des verres**  
Unifocal  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération A  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération B  sphérique  sphéro-cylindrique  
Multifocal ou progressif, génération C  sphérique  sphéro-cylindrique  
Traitement anti-reflet multicouches   
Traitement durci   
Amincissement   
Pré-calibrage   
Autres traitements .....  
Verre asphérique   
Verre progressif à grand champ   
Indice du verre .....  
Autre .....  
LPP .....  
Sphère .....  
Cylindre .....  
Base Sécurité sociale .....

### Œil droit

### Œil gauche

Prix de vente TTC

œil droit

œil gauche

Total verres

## Opticiens conventionnés engagés sur l'offre conventionnelle Prévadiès

Proposition conforme à l'offre tarifaire : monture  verre  Proposition hors offre tarifaire : monture  verre

Modifications pour convenance personnelle de l'adhérent .....  
 Modifications pour raison d'exigence médicale .....

**TOTAL**

J'autorise la mutuelle à conserver les informations notamment tarifaires nécessaires au traitement de ce dossier.

Signature et cachet de l'opticien

J'autorise la communication par mon opticien de ce document à la mutuelle et demande la délivrance d'une prise en charge.

Signature de l'Adhérent

1<sup>er</sup> exemplaire à conserver par la mutuelle  
2<sup>e</sup> exemplaire à conserver par l'adhérent  
3<sup>e</sup> exemplaire à conserver par l'opticien

Pour en savoir plus sur votre prise en charge, vous pouvez également consulter le guide optique Prévadiès. Cette demande de prise en charge est issue d'une collaboration entre les opticiens et la mutuelle. Elle nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet une meilleure prise en charge de vos prestations optiques.

