



DEVIS OPTIQUE

à remplir par le praticien pour information à la mutuelle de l'assuré
APICIL SANTE CONSEIL, 38 rue François Peissel -BP 119- 69646 Caluire-et-Cuire Cedex

Tél. : 0 974 500 600 / Fax 04 72 27 79 89

(Prix d'un appel local)

Assuré : _____

N°SS : _____

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Bénéficiaire (si différent) :

Nom / Prénom : _____

☎ : _____ Date de naissance : _____ Date de prescription : _____

	Sph	Cyl (+)	Axe	Add	Autre
Œil droit					
Œil gauche					

VERRES	Prix des verres
Fabricant : _____ Nom des verres : _____	OD :
<input type="checkbox"/> Minéral <input type="checkbox"/> organique <input type="checkbox"/> polycarbonate <input type="checkbox"/> asphérique indice : _____	OG :
<input type="checkbox"/> unifocaux VP <input type="checkbox"/> unifocaux VL <input type="checkbox"/> bifocaux <input type="checkbox"/> trifocaux <input type="checkbox"/> mi-distance	Prix options et traitements
<input type="checkbox"/> progressifs : précisez la génération : _____	OD :
<input type="checkbox"/> durci _____ prix : _____ <input type="checkbox"/> précal/tranchant : _____ prix : _____	OG :
<input type="checkbox"/> antireflet _____ prix : _____ <input type="checkbox"/> autres : _____ prix : _____	
<input type="checkbox"/> combiné _____ prix : _____ <small>indiquer le nom de l'option ou du traitement et le prix pour 2 verres</small>	

MONTURE	Prix de la monture
Nom du fabricant : _____ <input type="checkbox"/> métal <input type="checkbox"/> plastique <input type="checkbox"/> nylon <input type="checkbox"/> percée	

LENTILLES	Prix des lentilles
Marque : _____ Nbre de lentilles achetées : _____ <input type="checkbox"/> unifocales <input type="checkbox"/> progressives	
<input type="checkbox"/> souples traditionnelles <input type="checkbox"/> mensuelles <input type="checkbox"/> hebdomadaires <input type="checkbox"/> quotidiennes <input type="checkbox"/> autres	
Nom du pack : _____ Nom des produits : _____	Prix des produits d'entretien
<small>S'il s'agit d'un pack, indiquez dans le prix des lentilles vendues séparément</small>	

GARANTIES (précisez le contenu de la garantie)	Prix des garanties
Verres : _____ durée : _____ Monture : _____ durée : _____	
Lentilles : _____ durée : _____	

	Prix	Code TIPS	Base TIPS	Rembt de base	Rembt du Groupe APICIL	Reste-à-charge de l'assuré
Verre droit						
Verre gauche						
Monture						
Lentilles						
Autres						
TOTAL						

Référence de prise en charge par le Groupe APICIL	Montant de prise en charge par le Groupe APICIL	A payer par l'assuré	Date du devis : _____
			Cachet de l'opticien