

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

Pour vous contacter au sujet de votre devis : Téléphone fixe (en journée) [][][][][][][][][][][]

Téléphone portable [][][][][][][][][][][] Mail :@.....

Je ne souhaite pas recevoir des informations sur les services Santéclair par email 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..... e

- 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..... e

- 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	NATURE (préciser)	DUREE	FRANCHISE	COUT
Verres				
Monture				
Adaptation				

Signature de l'assuré :

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				
Pour vous contacter au sujet de votre devis :				Téléphone fixe (en journée)		
Téléphone portable		Mail :				
Je ne souhaite pas recevoir des informations sur les services Santéclair par email						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			
Traditionnelles	<input type="checkbox"/> semi-flexibles	<input type="checkbox"/> souples	<input type="checkbox"/> semi-flexibles	<input type="checkbox"/> souples	OD	OG
Remplacement Fréquent					Prix par boîte :	
Laboratoire					Remise	
Référence					Total Lentilles	
Entretien	Type :			Type :	Forfait adaptation	
Produits					Total produits	
					MONTANT TOTAL	

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 cycloplégique			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 :		Extraction du cristallin clair
LASIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Chambre antérieure	<input type="checkbox"/>	Autre technique
Anneaux intra-conéens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Clipé sur Iris	<input type="checkbox"/>	Préciser :
			- Chambre postérieure	<input type="checkbox"/>	

	Montant en €		OD	OG
Honoraires				
Prothèse éventuelle (Marque et Fabricant) :				
Frais d'hospitalisation et d'anesthésie				
		TOTAL DE L'INTERVENTION		

ÉTABLISSEMENT DANS LEQUEL SERA RÉALISÉE L'INTERVENTION

Nom du Chirurgien Opérateur : Nom de l'établissement :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

Signature de l'assuré : Cachet du professionnel de santé

Date et signature de l'opticien ou du chirurgien

Fait à :
 Le :

Les communicants - Santéclair - Devis Optique / Chirurgie Réfractive - août 2016 - générale 0307
 Ce document est la propriété de Santéclair. Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement pour répondre à la présente demande. En application de la loi informatique et liberté, tout assuré et tout praticien peuvent s'opposer ou demander communication, modification et suppression des informations personnelles les concernant qui figurent sur tout fichier auprès du CIL Santéclair, 78 boulevard de la République, 92514 Boulogne-Billancourt Cedex / cil@santeclair.fr. Santéclair - S.A. au capital de 3 834 029 € ayant son siège au 78 bd. de la République - 92100 Boulogne-Billancourt - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977