

## Remboursement opération de la vue

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

Rue, N° (Bte) : \_\_\_\_\_

Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

N° fixe ou GSM : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Apposez une vignette d'identification  
ou  
complétez les infos ci-contre.

### *A compléter par le spécialiste*

Je soussigné(e), docteur en médecine, (nom et prénom) : \_\_\_\_\_  
déclare avoir eu recours à la méthode laser ou ultrasons chez la patiente dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Opération réalisée le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Œil traité : Gauche/Droit\*

Montant réclamé : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € (consultation)

Date de signature :

Cachet et signature du médecin :

\* biffer la mention inutile

Intervention en vigueur à partir du 01/01/2019 (conditions statutaires).

Le service accorde une intervention unique, par vie, de 250 € (125 € maximum par œil) en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons, pour tous les bénéficiaires sans limite d'âge et plafonnée au prix payé et déduction faite du remboursement effectué en assurance obligatoire.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut être en règle de cotisations à La Complémentaire.

*Cadre réservé à la mutualité*

Code prestation	Libellé
806982	Intervention methode laser ou ultrasons

