Entente Préalable / 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
Et à la convention de tiers-payant de la Mutualité
(1 devis par paire de lunettes)

Nationale pour être proche de vous partout !

Nom et Cachet de l'opticien : M. ……

Nom et prénom du patient :
…….. ..

Date de Naissance : ……/…../……..

Coordonnées de la MPN	Coordonnées du Mutualiste
MPN 1, rue de Rosheim 67300 Schiltigheim. Tel : 03.88.19.22.40 - Fax : 03.88.83.60.49 Teletrans : 67000299	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**

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

Verres Type : ☐ Unifocal ☐ Bifocal ☐ Trifocal ☐ Proximité ☐ Progressif

Matière : ☐ Minéral ☐ Organique ☐ Polycarbonate

Traitements : ☐ Durcis ☐ Antireflets ☐ Photochromiques ☐ Teintés ☐ Amincissements

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 ☐ Autre :……

Garanties 2 ans dans des conditions normales d'utilisation

Nature	Marque	Modèle	Code LPP	Prix de Vente (1)	Base de remboursement R.O.	Part RO (2)	Réservé MPN Part Mutuelle
Verre Droit							
Verre Gauche							
Monture							
Traitements							
			Totaux	(1)		(2)	(3)
				Total restant à charge de l'adhérent **(= 1 - 2 - 3)**			

Offre de base proposée par l'opticien : (montants à remplir obligatoirement)

Offre de base **: Prix le plus bas du magasin pour une paire de lunettes (verres et monture) pour la correction demandée.**

Verre Droit :……€ **Verre gauche** :……€ **Monture** :……€

Date et signature de l'adhérent : Date et signature de l'opticien : Date réception MPN :