



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

TRAITEMENT REFRACTIF AU LASER OU FRAIS D'UN IMPLANT DE LENTILLE

Coller ici ou vignette rose ou compléter

Bénéficiaire (Nom et Prénom) :

Adresse :

N° d'affiliation :

ou N° national :

Conditions d'intervention à partir du 1^{er} janvier 2015

Pour avoir droit à l'intervention, le bénéficiaire doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.

L'intervention est fixée à 150,00 EUR maximum (une fois par œil) sans pour autant dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le prestataire de soins

Je soussigné(e),, ophtalmologue déclare, en date du, avoir effectué le traitement suivant :

- traitement réfractif au laser pour correction de myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie à un œil (**gauche * / droit ***).
- traitement réfractif au laser pour correction de myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie aux deux yeux.
- lentille pour la correction de myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie dans un œil (**gauche * / droit ***).
- lentille pour la correction de myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie dans les deux yeux.

*** entourer l'œil traité.**

Cachet et n° INAMI de l'ophtalmologue :

Montant payé : EUR

Date :

Signature :