

Le N° de contrat est indispensable au traitement de votre devis

Nom	Prénom	N° de contrat indispensable	Date de naissance
Assuré _____	_____	_____	
Patient _____	_____	_____	
Jours et heures de disponibilité pour rappel _____			
Personne à contacter _____		Téléphone _____	
Adresse _____		Code Postal	Ville _____
Date de la prescription			

Devis pour lunettes à remplir par l'opticien

CORRECTION					TARIF		
ŒIL	SPH	CYL (+)	AXE	ADD	OD	OG	
OD							
OG							
Mentions obligatoires <small>Arrêtés du 23/07/69 et du 20/05/97</small>	Fabricant :						
	Dénomination des verres :						
	Diamètre :		Indications particulières :				
Traitements supplémentaires	<input type="checkbox"/> Combiné		<input type="checkbox"/> Durci	<input type="checkbox"/> Antireflet			
Teinte	<input type="checkbox"/> Photochromique		<input type="checkbox"/> Couleur :	<input type="checkbox"/> Intensité	<input type="checkbox"/> Dégradé :		
Fabrications spéciales	<input type="checkbox"/> Précalibrage		<input type="checkbox"/> Épaisseur	<input type="checkbox"/> Tranchant	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Prisme	<input type="checkbox"/> Autres :
Suppléments	<input type="checkbox"/> Photocentrage		<input type="checkbox"/> Autres :				
					Sous-total		
					Remise		
					Total Verres		
MONTURE (neuve ou client)	<input type="checkbox"/> Plein champ		<input type="checkbox"/> Métal	<input type="checkbox"/> Cerclée		Prix	
	<input type="checkbox"/> 1/2 lune		<input type="checkbox"/> Plastique	<input type="checkbox"/> Nylon		Remise	
			<input type="checkbox"/> Combiné	<input type="checkbox"/> Autre		Total Monture	
OFFRE PROMOTIONNELLE					COÛT		
Détail							
GARANTIE	NATURE (préciser)	DURÉE	FRANCHISE	COÛT			
Verres							
Monture							
Adaptation							
	OD	OG	MONTURE		TOTAL DEVIS LUNETTES		
Code	202.A.	202.A.	202.A01.				
TIPS							

Ce devis est la propriété de l'assuré. En application de la loi informatique et liberté, tout assuré et tout praticien peuvent s'opposer ou demander communication et modification des informations qui figurent sur tout fichier informatique auprès de SANTÉCLAIR.

Devis établi par (Nom du vendeur) :

Devis valable jusqu'au : || | | | |

Cette étude est réalisée par 

Date, cachet et signature du professionnel de santé

Le N° de contrat est indispensable au traitement de votre devis

Nom	Prénom	N° de contrat indispensable	Date de naissance
Assuré _____	_____	_____	
Patient _____	_____	_____	
Jours et heures de disponibilité pour rappel _____			
Personne à contacter _____		Téléphone _____	
Adresse _____		Code Postal	Ville _____
Date de la prescription			

Devis pour lentilles à remplir par l'opticien

CORRECTION					Equipement	
ŒIL	SPH	CYL	AXE	ADD	Ro	Diam
OD						
OG						
LENTILLES	CARACTÉRISTIQUES				TARIF	
					OD	OG
Traditionnelles	<input type="checkbox"/> semi-flexibles		<input type="checkbox"/> souples			
Remplacement fréquent	<input type="checkbox"/> journalières		<input type="checkbox"/> hebdomadaires		Prix par boîte :	
	<input type="checkbox"/> mensuelles					
Laboratoire	Nbre de lentilles par boîte : Nbre de boîtes :				Remise	
Référence					Total Lentilles	
Entretien	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	TIPS	OD	OG
		Code	202.B.00.	202.B.00.
		TIPS		

Devis pour chirurgie réfractive à remplir par le chirurgien

ŒIL	Acuité visuelle avant intervention	Formule de correction sous cyclopégique			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 : - Chambre antérieure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Clipé sur Iris <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Chambre postérieure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extraction du cristallin clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LASIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anneaux intra-conéens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Preciser :		
DEVIS				OD	OG	
Honoraires :						
Prothèse éventuelle (marque et fabricant) :						
Frais d'hospitalisation et d'anesthésie :						
TOTAL DE L'INTERVENTION						

Le devis est la propriété de l'assuré. En application de la loi informatique et liberté, tout assuré et tout praticien peuvent s'opposer ou demander communication et modification des informations qui figurent sur tout fichier informatique auprès de SANTÉCLAIR.

Devis établi par (Nom du vendeur ou du chirurgien) :

Devis valable jusqu'au : || || || || ||

Cette étude est réalisée par 

Date, cachet et signature du professionnel de santé