



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE FRAIS OPTIQUE

N° d'appel réservé aux PRATICIENS **0 811 333 888**

(prix appel local à partir d'un poste fixe)

Pour être étudiée, cette demande devra comporter toutes les informations demandées que vous trouverez sur **l'ATTESTATION DE TIERS PAYANT SANTE UCR (SP SANTE)** en cours de validité.

→ Ce document vous sera retourné dans les 48 heures par fax.

→ Toutes les demandes doivent obligatoirement être accompagnées de l'ordonnance de l'ophtalmologiste

REFERENCES PRATICIEN ET REFERENCES BANCAIRES	REFERENCES CLIENT
	NOM : PRENOM : N° D'ADHESION :
Votre N° de fax:	Nom du bénéficiaire:
TP N° (voir attestation)	N° de SS du bénéficiaire:
Référence Ordonnance:	Date de l'Ordonnance:

DEVIS N° :

Libellé Fournitures	Prix de Vente	Base Régime Obligatoire	Remboursement T.M	Complémentaire Part Compl.	TOTAL R.O + Compl
TOTAL					

Merci de bien vouloir faxer cette prise en charge au N° de fax suivant:

 **03.27.83.01.96**

En vous assurant de notre volonté de toujours vous donner satisfaction, veuillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

