



Adresse intervention :

.....  
.....  
.....  
.....

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
DE LUNETTE POUR RÉSIDENT**

CONTACT : Florent BRUNET opticien diplômé 06 75 94 24 44

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....

NUMÉRO DE CHAMBRE : .....

TEL : .....

**Le client possède une ordonnance en cours de validité**

**Pour les équipements lunettes:**

La durée de validité d'une ordonnance médicale prescrite avant le 17/10/2016 est de 3 ans. Les renouvellements ne sont pas autorisés pour les bénéficiaires ayant moins de 16 ans.

La durée de validité d'une ordonnance médicale prescrite après le 17/10/2016 est de :

- 1 an si le bénéficiaire à moins de 16 ans
- 5 ans pour les bénéficiaires âgés de 16 à 42 ans inclus
- 3 ans pour les plus de 42 ans

Les renouvellements sont autorisés lorsque les prescriptions médicales sont en cours de validité.

**Pour les équipements lentilles:**

Pour une première délivrance, la durée de validité de l'ordonnance médicale est de 1 an, quelle que soit la date de l'ordonnance.

Dans le cas d'un renouvellement :

Le renouvellement n'est pas autorisé pour une ordonnance prescrite avant le 17/10/2016.

Le renouvellement est autorisé pour les ordonnances prescrites après le 17/10/2016 datant de moins de :

- 1 an pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans
- 3 ans pour un bénéficiaire âgé de plus de 16 ans

**Le résident ne possède pas d'ordonnance en cours de validité, merci de prendre rendez-vous pour lui chez son ophtalmologue : DR.....  
ou chez un ophtalmologue proche.**

**Le résident nécessite un accompagnement chez l'ophtalmologue (facturé 80€, hors frais de transport) via**

- SAMU       Transport en commun       Taxi       À pied (< 15 min de marche)

**Le résident est en pleine conscience de ses capacités**

**Le résident nécessite une validation du devis par la famille / tutelle / infirmière :  
CONTACT**

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
TEL : .....  
MAIL : .....

OBSERVATIONS :

**MERCI DE FAIRE PARVENIR CETTE FICHE PAR MAIL À  
[appeloptic@icloud.com](mailto:appeloptic@icloud.com) ou par MMS au 06 75 94 24 44 avec un copie  
recto/verso de la carte mutuelle**

