

## 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<sup>er</sup> 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 : .....