



Afin de bénéficier de ce remboursement, merci de renvoyer ce document complété à votre mutualité. Vous pouvez aussi l'envoyer par mail à infofr@mutplus.be

Toutes nos adresses sont disponibles sur le site www.mutplus.be ou via notre code QR



Optique

(montures/verres/lentilles/lentilles de nuit/pansements oculaires)

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A compléter par l'opticien, l'ophtalmologue ou le pharmacien

Je soussigné, opticien, ophtalmologue¹ ou pharmacien²:

Nom	
Adresse	

déclare que pour le membre ci-dessus (cocher la mention qui convient)

☐ une monture ☐ des verres ☐ des lentilles de contact ☐ des lentilles de nuit ☐ des
pansements oculaires ont été acheté(s).

Coût: _____ euros

Date:

Signature de l'opticien, ophtalmologue ou le pharmacien:

¹ Opticien dans le cas d'achat de lentilles

² Pharmacien dans le cas de pansements oculaires