

COGNOME e NOME SOCIO Cassa Mutua Toscana: _____

CODICE AZIENDA: |__|__|__| CODICE SOCIO (CED): |__|__|__|

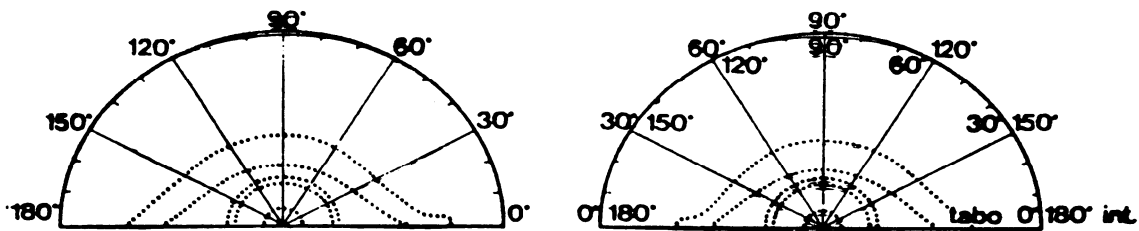
SCHEMA PER LENTI CORRETTIVE (OFTALMICHE E A CONTATTO)

COGNOME e NOME DEL BENEFICIARIO della prestazione: _____

Fattura o Scontrino parlante n° _____ del _____

DA COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI

A CURA DELL'OTTICO/OPTOMETRISTA



Distanza interpupillare: vicino mm lontano mm.....

Occhio destro				Occhio sinistro				
	Sfera	Cilindro	Asse		Sfera	Cilindro	Asse	T/int
L				L				
V				V				
P				P				

A CURA DELL'OTTICO:

OCCHIALI DA VISTA

È obbligatorio allegare la DICHIARAZIONE/CERTIFICATO DI CONFORMITÀ

Spesa sostenuta per **MONTATURA**: € _____, ____

Spesa sostenuta per **LENTI CORRETTIVE**: € _____, ____

TOTALE IMPORTO SPESO: € _____, ____

LENTI A CONTATTO

TIPOLENTE (giornaliera, settimanale, ecc.): _____ **MARCALENTE**: _____

N° CONFEZIONI: _____ **N° LENTI** per confezione: _____

TOTALE IMPORTO SPESO: € _____, ____

Si rilascia la presente scheda, intestata esclusivamente al beneficiario della prestazione, unitamente alla fattura o allo scontrino fiscale parlante.

Data: _____

TIMBRO e FIRMA dell'OTTICO
