

Logo commercial **ANNEXE II.2 - DEVIS NORMALISÉ EN OPTIQUE MÉDICALE (LENTILLES CORRECTRICES)**

(à délivrer au patient avant tout achat de lentilles correctrices)
(article L.165-9 du code de la sécurité sociale et L.112-1 du code de la consommation)

Nom de l'entreprise
Opticien responsable (prénom, nom)
Adresse d'exercice
Tél
Courriel
N° d'identification ADELI ou RPPS

Patient (prénom, nom)
N° de sécurité sociale
Organisme complémentaire d'assurance maladie (facultatif)

Date de la prescription médicale préalable obligatoire :
.../.../...

N° du devis
Date et lieu d'émission : .../.../... à
Valable jusqu'au (validité d'au moins 2 mois) : .../.../...

1. Équipements d'optique correctrice :		Prix HT	Prix HT après remise	Prix TTC
Lentille droite (code de regroupement)	Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles : - souple ou rigide, perméable ou hybride ou sclérale ; - fréquence de renouvellement ; - type de port (diurne ou prolongé) ; - matériau ; Conditionnement et nombre de boîtes.			
Lentille gauche (code de regroupement)	<i>Mentionner les points sur lesquels le descriptif technique détaillé de la lentille gauche diffère de celle de la lentille droite.</i>			
Sous-total				

2. Prestations et garanties :		Prix HT	Prix HT après remise	Prix TTC
Garanties commerciales ¹ le cas échéant	Caractéristiques essentielles, notamment : contenu, durée.			
Frais de livraison le cas échéant	Caractéristiques essentielles, notamment : délai.			
Sous-total				

Outre les prestations ci-dessus facturables par l'opticien, d'autres prestations sont associées à la délivrance de votre équipement et sont comprises dans le prix : conseils et évaluation de vos besoins, gestion administrative de votre dossier, conseil d'entretien et d'hygiène.

Autres informations pouvant figurer sur un document à part : prix par lentille, durée moyenne de vie des lentilles, coût annuel d'entretien des lentilles, acompte, conditions générales de vente, autres produits ou prestations non remboursables, etc.

	Prix HT	Prix HT après remise	Prix TTC
Total général :			
Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :			
Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie, si connu ² :			
Montant total du reste à charge, si connu :			

Ce devis vous est remis pour information. En cas d'acceptation de votre part, une signature vous sera demandée, afin de valider la commande et formaliser votre engagement. La date de facturation marque la délivrance de l'équipement.

Nom, prénom et signature de l'opticien ayant participé à la réalisation du devis :

Signature du patient lors de l'acceptation des conditions du devis³ (précédée de la mention « *bon pour accord* » et de la date) :

Informations d'identification de l'entreprise (n° SIRET, n° RCS, n° FINESS, n° TVA intracommunautaire)

¹ En plus de la garantie commerciale que peut proposer le professionnel, vous bénéficiez sur les produits délivrés de la garantie légale des vices cachés et de la garantie légale de conformité, conformément aux articles L.217-4 et suivants du code de la consommation et 1641 et suivants du code civil.

² Votre organisme complémentaire est tenu de vous informer du montant de prise en charge dont vous bénéficiez au regard des conditions particulières de votre contrat.

³ Les informations de ce devis sont susceptibles de faire l'objet de traitements informatisés visant à votre prise en charge par l'opticien, et à la prise en charge des produits et prestations par l'Assurance maladie et par votre organisme complémentaire, à qui elles peuvent être transmises. En application du règlement général sur la protection des données et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. Plus d'informations sont disponibles auprès de votre opticien et de votre organisme complémentaire.