

## Scheda per lenti e montature

da allegare alla richiesta di rimborso in forma indiretta

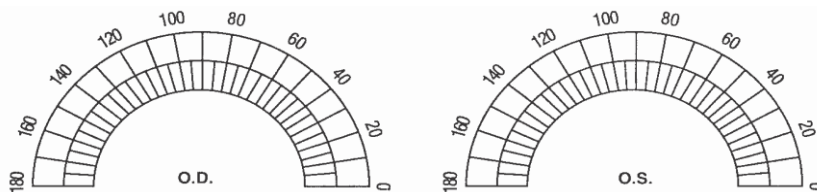
**Sezione A: a cura del medico specialista in oculistica o dell'ottico optometrista diplomato**  
secondo quanto previsto dal Piano sanitario in vigore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nome e cognome del medico oculista o ottico optometrista

prescrive

per il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_  
nome e cognome del Socio o dell'avente diritto

- lenti  
 lenti a contatto  
 lenti e montatura per variazione visus o intervenute problematiche anatomiche



	Sf	Cil	Asse		Sf	Cil	Asse
per distanza				per distanza			
a permanenza				a permanenza			
per lettura				per lettura			

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

**l'ottico optometrista**  
(timbro obbligatorio e firma leggibile)

\_\_\_\_\_

**il medico oculista**  
(timbro obbligatorio e firma leggibile)

**Sezione B: a cura dell'ottico/venditore**

specificare tipologia di lenti (monofocali, bifocali, multifocali, office o LAC):

occhio dx \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

occhio sx \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

montatura \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**totale** € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

**l'ottico/venditore**  
(timbro obbligatorio e firma leggibile)