

Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.

Retrouvez les adresses et horaires de nos agences sur **www.ml.be** ou en scannant le QR-code. Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse **contact414@ml.be**



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	
A completer par i opticien, i opticamiologue ou le pharmacien	
Je soussigné, opticien ¹ , ophtalmologue ou pharmacien ² :	
Nom	
Adresse	
Déclare que pour le membre ci-dessus (cocher la mention qui convient) a acheté :	
☐ une monture ☐ des verres ☐ des lentilles de contact	
☐ des lentilles de nuit ☐ des pansements oculaires	
Prix: euros	
Date: / /	
Signature de l'opticien, ophtalmologue ou pharmacien:	

¹ Opticien dans le cas d'achat de lentilles

² Pharmacien dans le cas de pansements oculaires