

## 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

prescribe

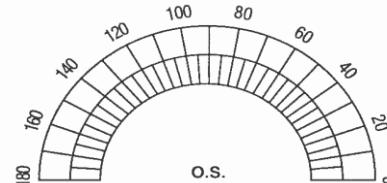
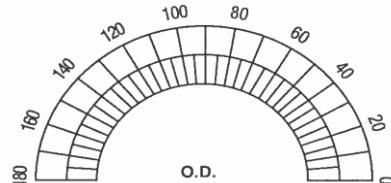
per il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_

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)