



**DEMANDE DE
FORFAIT CHIRURGIE
REFRACTIVE DE L'OEIL
EXERCICE 2012**



Renseignements obligatoires

Ouvrant/Ayant Droit

CMCAS de Lyon

Nom : Prénom :

SLV : NIA (Voir carte Activ) :

RENSEIGNEMENT DU PATIENT : Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date des soins : / /

L'imprimé Demande forfait chirurgie réfractive de l'œil est à votre disposition :

- sur le site de la CMCAS www.cmcas-lyon.fr (rubrique Spécificités Cmcas de Lyon)
- auprès de votre correspondant SLV
- à la CMCAS

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE - IBAN OBLIGATOIRE POUR LE RÈGLEMENT

Nom de la banque :

Justificatif à fournir avec la demande :

Relevé de remboursement de votre sur-complémentaire (3^{ème} niveau)

Tout dossier incomplet sera retourné à l'agent.

Une demande par année budgétaire soit de janvier 2012 à décembre 2012

Réception des dossiers : du 1^{er} janvier au 15 décembre 2012

Montant du forfait chirurgie réfractive par œil : 100€

Signature de

l'ouvrant droit :

Cadre réservé à la CMCAS

Vérifié le : ... / ... / ...

Nom et prénom vérificateur :