

LENTI

Garanzia valida per l'Iscritto e relativo nucleo familiare

Il Fondo SANEDIL, attraverso UniSalute, rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto. Il Fondo provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di un minimo non indennizzabile di €50,00 per fattura/persona (entro i limiti di budget annui previsti per il piano di appartenenza).

Per l'attivazione è necessaria la certificazione del medico oculista dell'SSN/oculista privato attestante la variazione del visus o in alternativa la **certificazione dell'ottometrista il cui titolo si evinca dalla documentazione (V. fac simile sotto riportato)**

NOTA BENE: In fattura il prezzo pagato per le lenti dovrà sempre essere distinto rispetto a quello pagato per la montatura

VARIAZIONE VISUS O PRESCRIZIONE PRIME LENTI RILASCIATA DA OPTOMETRISTA

Io sottoscritto/a _____ ottico optometrista

abilitato, esercente l'attività in¹ _____ ()

presso² _____

ATTESTO

che il/la Sig. _____

codice fiscale _____ è stato/a da me controllato/a

in data _____ e necessita di³

prime lenti correttive oppure sostituzione lenti correttive

per intervenuta variazione del visus, come da allegata prescrizione / scheda di verifica.

Si rilascia a richiesta dell'interessato/a per uso che compete.

_____ lì _____

(timbro e firma)⁴

¹ Indicare il luogo (comune, provincia) ove è esercitata l'attività.

² Indicare lo studio o il punto vendita ove è esercitata l'attività.

³ Indicare con una croce l'ipotesi che ricorre.

⁴ Timbro dell'ottico/optometrista e firma per esteso.