

Prestación “Complemento de Lentes”**1. Datos de la óptica**

Nombre comercial: Dirección:

Teléfono / correo electrónico: Responsable que emite el presupuesto:

2. Datos del beneficiario

Nombre y apellido: Documento de identidad:

3. Prescripción médica

Fecha de la receta: ____ / ____ / ____ (Adjuntar copia de la receta médica)

4. Detalle del lente cotizado**4.1 Cristales****Tipo de lente:**

- Monofocal
- Bifocal
- Multifocal
- Otro (especificar):

Material:

- Orgánico
- Policarbonato
- Afinamiento.
Indicar índice de refracción:

- Vidrio mineral
- Otro (especificar):

Tratamientos incluidos**(marcar los que correspondan):**

- Antirreflejo
- Filtro UV
- Filtro luz azul
- Fotocromático
- Polarizado
- Endurecido / Antirrayas
- Otro tratamiento (especificar):

Marca / laboratorio: _____ Precio total cristales: \$ _____

4.2 Armazón

Marca: _____ Modelo: _____ Material: _____

Precio armazón: \$ _____

Si el presupuesto del armazón es inferior al Tope SETIF para el armazón, la diferencia podrá aplicarse a los cristales hasta el Tope SETIF para el lente.

5. Total del presupuesto

Cristales: \$ _____

Armazón: \$ _____

TOTAL: \$ _____**6. A pagar**

1) Monto total del presupuesto: \$ _____

2) Monto contribución BPS: \$ _____

3) Monto contribución SETIF: \$ _____

(1 o Tope SETIF lente – 2)

Monto a cargo del beneficiario (1 – 2 - 3): \$ _____

7. Declaración de la óptica

Declaro que el presente presupuesto refleja exactamente el lente que será entregado al beneficiario y que el afiliado no abonará ningún monto adicional fuera de lo indicado en este presupuesto. Asimismo, confirmo que la factura que se emitirá a SETIF incluirá el detalle completo del lente especificado en este presupuesto

Firma y sello de la óptica: _____

Fecha: ____ / ____ / ____