

Ordonnance

fax à:
032 686 20 30

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Téléphone: 032 686 20 20
E-Mail: contact@mediservice.ch

MEDI SERVICE
Votre pharmacie spécialisée

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom/Nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/Localité:	Email:

Données du patient / étiquette	
Prénom/Nom:	Tél:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/Localité:	Caisse maladie:
Date de naissance:	N° d'assuré(e):

Rp. médicament	Rp.	Dosage
Eplusa Sofosbuvir/Velpatasvir	400/100 mg 28 pce	1 cpr/jour
Harvoni Sofosbuvir/Ledipasvir	400/90 mg 28 pce	1 cpr/jour
Maviret Glecaprevir/Glecaprevir	100/40 mg 84 pce	3 cpr/jour avec le repas
Zepatier Grazoprevir/Elbasvir	100/50 mg 28 pce	

Validité: 8 semaines 12 semaines 16 semaines 24 semaines _____

Garantie de prise en charge

- pas nécessaire
 déjà obtenue (merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

Livraison
souhaitée

toujours une fois

adresse du patient ci-dessus

adresse du médecin ci-dessus

autre adresse de livraison (CH)
(nom et adresse du destinataire) →

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est **souhaitée**.

Livraison le: _____

Signature du médecin	
 	Important: le patient, pour se procurer le médicament auprès de MediService, a accepté la transmission de l'ordonnance par fax. J'accepte par la présente que MediService transmette mes coordonnées au fabricant à des fins statistiques et en cas d'événements indésirable (prière de confirmer au moyen de la signature du médecin).
Date	Timbre/ Signature