

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 28 05

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 0800 220 222 (gratuit)

E-mail: pharmacare@mediservice.ch

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. étiquette du patient)	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:

Opsumit® (Macitentan) 10 mg 30 pces _____ Quantité emballage

Posologie: _____

Validité de l'ordonnance Ord. ponctuelle Renouvelable ____ mois Renouvelable ____ fois

Indication selon LS (sans demande de prise en charge) Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

Autres applications (avec demande de prise en charge) _____

Demande de prise en charge :

- Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)
- A demander par MediService (MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies)

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s):

Rp. Médicament(s) Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage	Conditionnement	Quantité d'emballage	Validité	Posologie

Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus
- Adresse du médecin ci-dessus
- Adresse de livraison (CH) ci-contre

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

Livraison le: _____

Signature du médecin

Date	Timbre / Signature

Important: le patient, pour se procurer le médicament auprès de MediService, a accepté la transmission de l'ordonnance par fax (prière de confirmer au moyen de la signature du médecin).
J'accepte par la présente que MediService transmette mes coordonnées au fabricant en cas d'événements indésirables afin que celui-ci puisse me contacter directement en cas de question.