

# Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

**032 686 20 30**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 032 686 20 20

E-mail: contact@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)	
Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

Otezla® (Apremilast) Emballage de départ 27 pces \_\_\_\_\_ Quantité emballage

Otezla® (Apremilast) Emballage pour 1 mois 30 mg 56 pces \_\_\_\_\_ Quantité emballage

## Posologie

## Validité de l'ordonnance

Une fois  Renouvelable \_\_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_\_ fois

**Indications obligatoirement remboursées par les caisses maladie** (Ne nécessitent pas de garantie de prise en charge)

Arthrite psoriasique  Psoriasis vulgaris

**Indication non obligatoirement remboursée par les caisses maladie** (Garantie de prise en charge nécessaire, veuillez nous faxer une copie au numéro ci-dessus)

\_\_\_\_\_

## 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  
 Pharmacie d'hôpital ci-contre

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

Livraison le: \_\_\_\_\_

## Signature du médecin

**Important:** Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Date

Timbre / Signature