

Ordonnance

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (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:

<input type="checkbox"/> Mounjaro® sol inj 2.5 mg/0.5 ml stylos préremplis (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mounjaro® sol inj 5 mg/0.5 ml stylos préremplis (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mounjaro® sol inj 7.5 mg/0.5 ml stylos préremplis (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mounjaro® sol inj 10 mg/0.5 ml stylos préremplis (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mounjaro® sol inj 12.5 mg/0.5 ml stylos préremplis (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mounjaro® sol inj 15 mg/0.5 ml stylos préremplis (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Accessoires d'injection: Tampons d'alcool, compresses, récipient de déchets	

Posologie _____	
Validité de l'ordonnance	<input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable ____ mois <input type="checkbox"/> Renouvelable ____ fois
Garantie de prise en charge	<input type="checkbox"/> Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) <input type="checkbox"/> A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès de la caisse-maladie. Veuillez s.v.p. nous envoyer la demande de prise en charge des frais dûment remplie. <input type="checkbox"/> Le patient accepte de payer lui-même les coûts du médicament. Le paiement se fait directement à MediService.
Service Home Care	Le médecin souhaite que la formation sur l'injection et l'accompagnement thérapeutique soient réalisés par un infirmier spécialisé de MediService <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.		Livraison le: _____
Important: Le médecin 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 médecin 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.	Signature du médecin	
	_____ _____ _____	
Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.		Date, Timbre / Signature