

# 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:

**Akantior®** 0.8 mg/ml collyre, solution en récipient unidose (30 pcs) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_ fois

**Garantie de prise en charge**  Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)  
 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. remplir les informations sur la page suivante.

<b>Adresse de livraison</b>	<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.

**Avez-vous signé l'ordonnance?** S.v.p. envoyer l'ordonnance à [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
Date, Timbre / Signature

# Demande de prise en charge

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

**Garantie de prise en charge**  A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge pour Akantior auprès de la caisse-maladie. Dans ce cas, veuillez s.v.p. remplir les informations cliniques ci-dessous.

**Indication**  Kératite à Acanthamoeba

**Année du diagnostic** \_\_\_\_\_

**Résultats cliniques** \_\_\_\_\_

**Traitement(s) actuel(s)** \_\_\_\_\_

**Traitement(s) antérieur(s)** \_\_\_\_\_

**Important:**  
 Par sa signature le médecin confirme ce qui suit :  
 (1) que le médecin a informé le/la patient(e) de l'implication de MediService SA dans le cadre de la procédure de la garantie de prise en charge des coûts ;  
 (2) que le médecin a attiré l'attention de la/le patient(e) sur la déclaration de protection des données de MediService SA (disponible sous: <https://www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees.php>) ;  
 (3) que le médecin a expliqué à la ou au patient(e) que l'implication de MediService SA est facultative ; et  
 (4) que le/la patient(e) - après avoir été informé(e) - a expressément consenti à l'implication de MediService et à la transmission des données entre le médecin et MediService SA et entre MediService SA et l'assureur-maladie.  
 Par ailleurs, le médecin confirme avoir lui-même pris connaissance de la déclaration de protection des données de MediService AG (même lien).

Merci de nous envoyer le formulaire signé à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au <b>032 686 20 30</b> .	<b>Signature du médecin</b>
	Date, Timbre / Signature