Incontinence Management

HARTMANN

Ordonnance renouvelable
pour l'incontinence

Prière de remplir en majuscules

Prescripteur

Date

Tampon et Signature

Renseignements personnels

Nom / Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Téléphone

Date de naissance

Caisse maladie

Caisse maladie

N° d'assurance

Localité

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Ai ☐ Pose par le patient

LiMa chapitre

☐ Incontinence moyenne
☐ Incontinence grave
☐ Incontinence totale

N° d'article	Produits 1ère livraison	Quantité

Remarques

Merci de faire parvenir **l'ordonnance** à votre caisse-maladie.

N'hésitez pas à nous contacter.
Nous vous conseillons volontiers et gratuitement:
0800 250 270

MoliCare.ch Service-Team:
service-molicare-ch@molicare.com