

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

☐ **Vesoxx®** sol 10 mg/10 ml seringues préremplies à 10 ml (100 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.

Adresse de livraison

- ☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ Pharmacie d'hôpital

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

Livraison le: _____

Important:

Le médecin confirme par sa signature que 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 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 ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

Demande de prise en charge

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:
Garantie de prise en charge	<input type="checkbox"/> A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge pour Vesoxx auprès des caisses-maladies. Dans ce cas, veuillez s.v.p. remplir les informations cliniques ci-dessous.
Indication	<input type="checkbox"/> Dans le cadre de la liste des spécialités: Hyperactivité neurogène du détrusor (Neurogenic Detrusor Overactivity: NDO) chez les enfants âgés de 6 ans et plus et chez les adultes <input type="checkbox"/> En dehors de la liste des spécialités: _____
Critères selon la limitation de la liste de spécialités www.listedesspecialites.ch (mise à jour juillet 2022)	<input type="checkbox"/> Le traitement actuel comprend un cathétérisme intermittent de la vessie <input type="checkbox"/> Un contrôle correct par des anticholinergiques oraux n'est pas possible Médicament: _____ Posologie: _____ <input type="checkbox"/> Le médecin traitant travaille en tant que neuro-urologue <input type="checkbox"/> La prescription initiale et l'ajustement initial de la dose sont effectuées sous contrôle urodynamique étroit
Traitement(s) actuel(s)	_____
Traitement(s) antérieur(s)	_____
Comorbidités pertinentes	_____
Remarques	_____

Important:

Par sa signature le médecin confirme ce qui suit:

- (1) que le médecin a informé le patient 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 du patient 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 que l'implication de MediService SA est facultative; et
 - (4) que le patient - après avoir été informé - 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 contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02411