

0.-

pour la validation des médicaments
pour la validation des traitements
pour l'envoi

Les assurés Multimed bénéficient d'un RABAIS
PERMANENT DE 14% sur les génériques.



Votre santé est au
cœur de notre attention.

Pour toute question, n'hésitez pas à
contacter notre service clientèle au
numéro de tél. 032 686 20 20.

*Une seule fois pour les nouveaux clients avec
une ordonnance permanente

24MSE0042_DFIE_a

Formulaire de commande

(Compléter et cocher la case correspondante)

Je commande mes médicaments conformément
à l'ordonnance ci-jointe / aux ordonnances
ci-jointes

Madame Monsieur

Langue : DE FR IT EN

Nom _____

Prénom _____

Rue/N° _____

NPA/Localité _____

Téléphone _____

E-mail _____

Date de naissance _____

Je souhaite que mes médicaments originaux soient remplacés
par un générique chaque fois que cela est possible.

Date de livraison souhaitée _____

Mes données d'assurance :

(Veuillez remplir les champs ci-dessous ou joindre une copie de
la carte d'assuré)

Assurance de base _____

Numéro d'assurance _____

Assurance complémentaire _____

Numéro d'assurance _____

Envoyez-nous l'ordonnance originale avec cette fiche-réponse.
Le timbre imprimé en page 2 vous permet d'affranchir votre
enveloppe.

Questionnaire de santé

La participation au questionnaire de santé est volontaire. Vous
trouverez de plus amples informations sur l'utilisation de vos
données personnelles dans la déclaration de protection des
données sur www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees.

Votre taille _____ cm

Votre poids actuel _____ kg

Souffrez-vous de l'un des problèmes de santé
suivants ?

Diabète	Maladie cardiovasculaire
Hypertension artérielle	Maladie hépatique
Asthme bronchique	Maladie rénale
Troubles de la coagulation sanguine	
autres maladies, si oui, lesquelles ?	

Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies ?
Si oui, lesquelles ?

Quels médicaments prenez-vous en plus de ceux
figurant sur votre ordonnance ?

Êtes-vous enceinte ? oui non

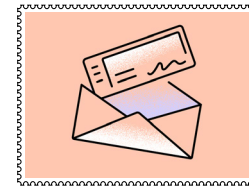
Si «oui», date de naissance prévue de l'enfant :

Allaitiez-vous ? oui non

Date _____

Signature _____

02607



GAS/ECR/ICR

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

A

50068214
000001



DIE POST



MediService AG
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil



Remarque

Veuillez noter qu'à réception de la nouvelle ordonnance chez MediService, une commande est **automatiquement** déclenchée.

Si vous **ne le souhaitez pas, notez-le** en conséquence ou demandez à votre médecin de le mentionner directement sur l'ordonnance.