

Questionnaire pour le remboursement des médicaments selon l'article 71

Données personnelles

Sexe :

f m

Groupe d'âge :

0-10 11-20 21-30 31-40

41-50 51-70 71 et plus

Canton du domicile :

Diagnostic :

Médicaments :

Nom de la marque _____

Effets _____

Autorisation accordée :

oui non

Date de l'autorisation / du refus (facultatif) :

Transmis au tribunal :

oui non

Si oui, décision :

Si non, raison :

Caisse-maladie (facultatif) :

Prière d'envoyer par courriel à contact@proraris.ch .
Un grand merci !