

Prescription médicale Sous-vêtements d'incontinence pour enfants

Nom de l'enfant:
Date de naissance de l'enfant:
Nom des parents:
Adresse:
Zip / Lieu:
Téléphone:
Assurance maladie n° :



Prescription:

L'enfant mentionné ci-dessus souffre d'une incontinence modérée. Puis-je vous demander de couvrir une partie du coût des caleçons absorbants pour enfants, afin de soutenir le traitement de l'incontinence diurne.

Moyens absorbants pour l'incontinence moyenne
Fuite urinaire > 100 - 200ml/4h.

Liste des moyens et appareils LiMa No pos.:

15.01.01.00.1

CHF 542,00 par an

Merci beaucoup et cordialement

Date / Lieu:

Signature du médecin :

