

# Prescription médicale pyjama de reveil

Nom de l'enfant: .....

Date de naissance: .....

Nom des parents: .....

Adresse: .....

Zip / Lieu: .....

Téléphone: .....

Assurance maladie n° : .....



## Prescription

L'enfant susmentionné souffre d'énurésie nocturne. Puis-je vous demander de prendre en charge une partie du coût de la culotte pyjama absorbante avec alarme, destinée au traitement de l'énurésie nocturne à partir de 5 ans.

Produits en cas d'énurésie nocturne

**Liste des moyens et appareils LiMa No pos.:**

**15.01.04.00.1**

CHF 105,00 par an

Merci beaucoup et cordialement

Date / Lieu: .....

Signature du médecin :

