

Bordereau d'ouverture de compte de pharmacie

Ressource : _____ Date : _____

3 à 17 ans (inclusivement) et **65 ans et plus** : articles remboursés avec prescription précisant un diagnostic ; **culottes d'incontinence, serviettes humides** (ou aseptisées), **crème nettoyante** (ex. : TENA ou Bedside-Care) et **gants**.

Numéro d'utilisateur : _____

COCHER L'ARTICLE (S) UTILISÉ (S) POUR L'INCONTINENCE OU AUTRES PRODUITS

Culottes d'incontinence		} Attestation médicale obligatoire
Serviettes humides		
Gants		
Crème nettoyante		
Piqués jetables ou piqués lavables (3/année)		} Prescription d'un médecin ou recommandation écrite d'un professionnel de la santé (nutritionniste) obligatoire.
Suppléments alimentaires (Boost, Ensure)		
Poudre épaississante		

COORDONNÉES DE LA PHARMACIE

Nom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

J'ai joint à l'arrière du document l'attestation médicale nécessaire pour l'ouverture du compte à la pharmacie mentionnée ci-haut.

***Toutes informations incomplètes nécessiteront un retour du bordereau. Veuillez vous assurer que tous les champs d'information sont dûment remplis.**