

# ordonnance médicale Location Alarme-réveil Liberty

Nom de l'enfant: .....

Date de naissance de l'enfant: .....

Nom des parents: .....

Adresse: .....

NPA / Lieu: .....

Téléphon: .....

N° de caisse maladie: .....



## Prescription:

L'enfant susmentionné souffre d'énurésie nocturne. Puis-je vous demander de prendre en charge une partie des frais de location d'un appareil de traitement de l'énurésie nocturne, destiné au traitement de l'énurésie nocturne à partir de l'âge de 5 ans révolus.

Location pour le traitement de l'énurésie chez les  
enfants

**Caisse maladie MiGel Position no :  
15.20.01.01.2**

Merci beaucoup et meilleures salutations

Date/ lieu:

Signature du médecin :

.....

