



Suva  
Case postale

Suva  
Case postale



**Feuille de pharmacie LAA**

N° de sinistre

<b>Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise	Partie d'entreprise
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
<b>Blessé</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue			
	NPA          Domicile			
<b>Date de l'accident</b>	Jour	Mois	Année	Heure, minute

**Indications pour le blessé**

Les médicaments prescrits par le médecin vous sont délivrés sans frais par la pharmacie contre remise de la présente feuille. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie

**Indications pour le pharmacien**

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessus.

- Vous pouvez nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si
- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
  - des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

<b>Blessure</b>	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
	Type de lésion: _____		
<b>Adresses médecins</b>	<table border="1"> <tr> <td>Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)</td> <td>Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)</td> </tr> </table>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		

**Note de la pharmacie**

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s. v. p.		<b>Total</b>	

Date: \_\_\_\_\_

Timbre de la pharmacie: \_\_\_\_\_

3	Code				
---	------	--	--	--	--

N° de compte postal ou N° attribué par la Suva
Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1