

Consultez votre pharmacien pour la chambre suivante:



NE PAS SUBSTITUER

_____ *NOM DU PATIENT* _____, soumettez ce
formulaire à votre pharmacien pour obtenir la chambre
spécifiée.

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

DATE

**UNE COUVERTURE
D'ASSURANCE PEUT
ÊTRE OFFERTE
RÉCLAMATIONS MANUELLES
SOUVENT REQUISES**

AeroChamber®

Marque de chambres de retenue à clapet

aerochamber.ca