

Version septembre 2024

CONTRAT DE LOCATION

À renvoyer directement à Melebi SA par courrier, e-mail ou fax.
Pas de livraison à l'étranger.

Éléments de l'appareil
avertisseur Pipi-Stop®
(système de base)



Détecteur d'urine



Pochette flanelle



Emetteur



Récepteur



Alimentation

Par ce contrat, je commande un appareil avertisseur Pipi-Stop® (système de base) sans fil aux conditions suivantes :

- **Prix de location** (TTC): CHF 3.40/jour + frais d'expédition.
- L'entretien de l'appareil et les **conseils personnalisés** sont inclus.
- Le montant minimum pour un traitement est de CHF 100.-.
- Tous les éléments de l'appareil avertisseur restent propriété de Melebi SA. Les éléments non retournés seront facturés au client.
- **Durée de location**: elle commence à la date d'envoi de l'appareil et se termine lorsque tous les éléments sont de retour chez Melebi
- **Utilisation du Pipi-Stop®**: Melebi SA décline toute responsabilité suite à une utilisation non conforme aux instructions. Les dégâts éventuels subis par les éléments de l'appareil seront facturés au client (sauf le détecteur d'urine).
- Melebi SA se réserve le droit de communiquer avec le médecin traitant au sujet du traitement.



Accessoire VIBRA à choix

- Pour commander le VIBRA **en supplément**, veuillez cocher en bas de page
- Bracelet vibreur VIBRA sans fil **en location à CHF 1.-/jour** (TTC)
- Le bracelet VIBRA peut être renvoyé à n'importe quel moment sans attendre la fin du traitement
- Pour l'entretien, la durée de location et l'utilisation voir les conditions ci-dessus
- Les frais de location du VIBRA ne sont pas pris en charge par les caisses maladie

Les caisses maladie remboursent partiellement les frais de location (selon LiMa 15.20), pour autant que le patient commence le traitement **après 5 ans révolus** et que vous ayez une ordonnance médicale.

Veuillez bien conserver l'ordonnance médicale et l'envoyer, à la fin de la cure, avec notre facture à la caisse maladie du patient. Vous devez payer dans les 30 jours le montant total de la facture directement à Melebi SA, indépendamment du remboursement par votre caisse maladie.

A remplir entièrement et lisiblement, puis à nous renvoyer daté et signé.

Coordonnées du représentant légal	Coordonnées du patient
Prénom et Nom:	Prénom et Nom:
Rue + N°:	Date de naissance:
Code postal + Localité:	Sexe: M ☐ F ☐
E-mail:	Caisse maladie:
Tél:	No AVS du patient (voir carte caisse maladie) 756.
Tél. 2:	Médecin traitant: (Nom + adresse complète)
Joignable quand:	
Livraison dès que possible: ☐ Sinon date d'envoi: (date départ chez Melebi)	
VIBRA: ☐ oui ☐ non	

Lieu et date:

Signature du représentant légal: