

Adresse de la caisse-maladie

Lieu : _____

Date : _____

Remboursement de Twinrix® 720/20

Madame, Monsieur,

Conformément au plan de vaccination suisse, la prévention de l'hépatite A par Twinrix® 720/20 est remboursée chez les groupes suivants de personnes à risque (OPAS, art. 12a):

- **Patients atteints d'une affection chronique du foie**
- **Enfants originaires de pays de moyenne et haute endémicité (hépatite A)**
- **Consommateurs de drogues injectables**
- **Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en dehors d'une relation stable**

Les frais d'une prévention de voyage ne sont pas remboursés dans le cadre de l'assurance de base.

I

Je vous confirme que mon patient / ma patiente _____ fait partie de l'un des groupes de personnes à risque susnommés et que Twinrix® 720/20 ne lui a pas été administré en tant que prévention de voyage.

Je vous prie par conséquent de bien vouloir rembourser la prévention de l'hépatite A par Twinrix® 720/20.

Merci d'assurer le traitement rapide de cette demande.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Cachet et signature