

Adresse de la caisse-maladie

---

---

---

---

Lieu : \_\_\_\_\_

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

**Remboursement de Twinrix® 720/20**

Madame, Monsieur,

**Conformément à la LS, la prévention de l'hépatite A par Twinrix® 720/20 est remboursée chez les groupes suivants de personnes à risque :**

- **patients avec maladie hépatique chronique**
- **enfants originaires de pays de moyenne et haute endémicité (hépatite A)**
- **personnes utilisant des drogues injectables**
- **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**

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

Conformément à la LAMal de 1996, tous les médicaments de la LS sont pris en charge par les caisses-maladie s'ils sont prescrits conformément à la limitation.

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.

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

Cachet

Signature

---