

## Twinrix

### Demande de garantie de paiement à l'attention du médecin-conseil

Limitation conformément à la LS: pas de remboursement en tant que prévention pour voyageurs dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Exceptions: les 4 groupes à risque suivant, après garantie préalable de la prise en charge des frais par le médecin-conseil de l'assureur maladie.

Je demande une garantie de paiement pour la raison suivante:

Cocher la case correspondante	Groupe à risque
<input type="radio"/>	Enfant originaire d'un pays de moyenne et haute endémicité Pays:    Liste des pays de moyenne à haute endémicité conformément à l'OFSP ( <a href="#">télécharger</a> ).
<input type="radio"/>	Patient atteint d'une maladie hépatique chronique
<input type="radio"/>	Personne utilisant des drogues injectables
<input type="radio"/>	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

#### Données personnelles:

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse	Lieu	NPA

#### Dose (cocher la case correspondante):

<input type="radio"/>	1 - 15 ans: schéma 2 doses
<input type="radio"/>	A partir de 16 ans: schéma 3 doses

#### Indications à l'attention de l'assureur:

Nom de l'assureur maladie	Numéro d'assuré
Adresse Assureur (Service de médecins-conseils ou MC)	Numéro de fax

#### Indications concernant le médecin demandeur:

Nom	Prénom	Adresse
NPA	Lieu	Tél. pour tout renseignement complémentaire

Date: ..... Cachet/Signature:.....