

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES COÛTS DE LA VACCINATION ANTI-HPV

Nom de la caisse-maladie: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurée: \_\_\_\_\_

Nom, adresse et date de naissance de la patiente:

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'intention de me faire vacciner par GARDASIL contre le cancer du col de l'utérus.

Le coût total de la vaccination en 3 injections s'élève à CHF 710.55 (3 x CHF 236.85).

Veuillez m'informer du **montant total** par lequel vous contribuerez au coût de la vaccination.

## **GARDASIL – Prise en charge des coûts par mon assurance-maladie**

CHF: \_\_\_\_\_

### **Le montant a été confirmé**

le: \_\_\_\_\_

par: \_\_\_\_\_

Merci d'avance pour votre soutien.

N'hésitez pas à me contacter si vous désirez de plus amples renseignements. Tél.: \_\_\_\_\_

Bien cordialement

Nom, date et signature: \_\_\_\_\_