Adresse expéditeurice

Confidentiel

Adresse destinataire

Concerne : Nom et prénom officiels du/de la patient-e-x N° d’assuré-e-x : XXXXX. Demande de prise en charge pour opération(s) d’affirmation de genre.

(Pour des raisons de cohérence face au rapport individuel entretenu avec la personne susmentionnée, nous parlerons d’elle/de lui/d’ellui au masculin/féminin/neutre en utilisant son prénom usuel désiré dans le reste du courrier.) \* à conserver si l’enregistrement officiel de la personne ne correspond pas au genre et prénom d’usage.

Nom/prénom bénéficie d’un suivi psychothérapeutique au sein de notre cabinet depuis le date, dans le cadre d'une transition de genre.

Notre patient-e-x a commencé un traitement hormonal d’affirmation de genre auprès du/de la Dr-e. Nom de l’endocrinologue depuis le date de début du traitement hormonal. Ce traitement a apporté un confort psychologique et physique relevant pour lui/elle/ellui et l’a conforté-e-x dans son parcours identitaire (identité de genre). Il/Elle/Iel souhaite aujourd’hui pouvoir poursuivre les étapes de sa transition et entamer l’/les intervention(s) chirurgicale(s) suivante(s) : indiquer la ou les opérations prévues / Si un-e chirurgien-ne a déjà été rencontré-e et qu’un rapport et/ou devis existe, l’associer à la demande et le préciser dans ce courrier.

Le diagnostic d’incongruence de genre (CIM 11 : HA60) est confirmé par l’évolution clinique observée jusqu’à ce jour en accord avec les standards de soin actuels de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health), et nous attestons de la persistance et du sérieux de la démarche de notre patient-e-x. Aucun autre diagnostics ou cooccurrence n'est à même d'expliquer les difficultés rencontrées par la personne. Nous confirmons que sa capacité de discernement et d’auto-détermination est tout à fait intègre, de plus une information claire sur les enjeux de cette/ces opération(s) lui ont été transmises ainsi qu’un espace adapté pour en discuter.

En cohérence avec l’accompagnement que nous avons du processus de notre patient-e-x ainsi que l’investigation des différentes alternatives possibles, cette/ces intervention(s) apparai(ssen)t aujourd’hui comme la/les seule-s à même de contribuer à soulager les effets négatifs du diagnostic et d’amener le bénéfice thérapeutique visé par les critères d'efficacité et d'adéquation (ATF 9C\_331/2020 consid.6.2.2 et consid 6.3.2.1).

Pour ces raisons, et comme le prévoit l’arrêt du Tribunal fédéral 120 V 463 du 7 juin 1994, nous attendons une réponse favorable à la prise en charge des traitements souhaités pour notre patient-e-x. Merci de nous faire parvenir votre réponse par courrier à notre cabinet. En cas de refus de votre part, merci de nous faire parvenir votre décision détaillée, sur base des arrêts et des arguments exposés ci-dessus.

Formules d’usages