Adresse expéditeurice

Confidentiel

Adresse destinataire

Concerne : Nom et prénom officiel du/de la patient-e-x N° d’assuré-e-x : XXXXX. Demande de prise en charge pour séances d’épilation laser.

(Pour des raisons de cohérence face au rapport individuel entretenu avec la personne susmentionnée, nous parlerons d’elle au féminin 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, est suivie pour un traitement hormonal féminisant depuis la date du début du traitement au sein de mon cabinet. Ma patiente souhaite aujourd’hui entamer une épilation définitive de la barbe si autres zones, préciser lesquelles effectuée par un traitement au laser au sein du cabinet nom du cabinet supervisé par le-la Dr-e. nom du/de la dermatologue FMH en dermatologie.

Le diagnostic d’'incongruence de genre a été confirmé par le/la Dr-e. Nom du/de la psychologue/psychiatre ajouter l’attestation si l’assurance ne l’a pas reçue ou faites référence à la date de l’échange.

En cohérence avec l’accompagnement que nous avons du processus de notre patient-e-x ainsi que l’investigation des différentes alternatives possible, cette intervention apparait aujourd’hui comme la seule 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) en lien avec la pilosité de notre patient-e-x.

J’atteste de plus de l’urgence de ce traitement. En effet, les hormones féminisantes n’ayant que très peu d’impact sur la pilosité déjà développée, et ce même sur le long terme, cette dernière représentera donc un obstacle quotidien à la qualité de sa transition sociale, l’obligeant régulièrement à devoir expliquer sa situation de personne transgenre et ce dans des contextes qui ne peuvent toujours être garantis comme sécuritaires ou non discriminants, ce que le dit traitement pourrait contribuer à largement diminuer, voire éviter.

Pour ces raisons, et comme le prévoit l’ATF 120 V 463 S. 471, nous attendons une réponse favorable à la prise en charge du traitement souhaité. 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