

# Vaccination anti-grippale

**La vaccination contre la grippe vous est recommandée :  
ce bon de prise en charge vous est remis par votre médecin ou votre sage-femme**

## Notice d'utilisation

### Volet 1 - Prise en charge du vaccin anti-grippal :

A remplir par votre médecin ou votre sage-femme pour la prescription du vaccin anti-grippal et par votre pharmacien pour la délivrance gratuite de ce vaccin.

### Volet 2 - Prescription de prise en charge de l'injection du vaccin anti-grippal :

- Pour les personnes mineures, prescription éventuelle par le médecin ou la sage-femme, de la réalisation de l'injection par un infirmier.
- Injection du vaccin : à compléter par l'infirmier(e) ou le pharmacien qui effectue la vaccination.

## Prise en charge du vaccin anti-grippal

(valable du 15 octobre 2019 au 31 janvier 2020)

- Articles L.262-1 et R.262-1 du Code de la sécurité sociale -

(Volet 1)  
A compléter par  
le pharmacien

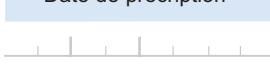
N° d'immatriculation : 

Bénéficiaire de la prise en charge : .....

Date et rang de naissance du bénéficiaire : 

Code organisme : .....

| A remplir par le médecin ou la sage-femme |  | A remplir par le pharmacien |                              |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| Spécialité prescrite                      | Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce | Date de délivrance          | Identification du pharmacien |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Date de prescription  | Signature   | Signature  |
|  |  |  |
|   |   |  |

## Prescription et prise en charge de l'injection du vaccin anti-grippal

(valable du 15 octobre 2019 au 31 janvier 2020)

- Articles L.262-1 et R.262-1 du Code de la sécurité sociale -

(Volet 2)  
Copie à conserver par  
l'infirmier ou le pharmacien  
qui a réalisé l'injection sur  
le support de son choix

En l'absence de prise en charge au titre de l'ALD ou de l'assurance maternité, l'assuré doit régler la part des honoraires représentant le ticket modérateur de l'injection.

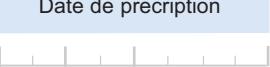
N° d'immatriculation : 

Bénéficiaire de la prise en charge : .....

Date et rang de naissance du bénéficiaire : 

Code organisme : .....

| Prescription à remplir par le médecin ou la sage-femme |  | Réalisation de l'injection : à remplir par l'infirmier(e) ou le pharmacien |   |
|--|--|--|---|
| Injection par un(e) infirmier(e)                       | Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce | Date de réalisation de l'injection   | Identification de l'infirmier(e) ou du pharmacien |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Date de prescription  | Signature   | Signature  |
|  |  |  |
|   |   |  |

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement. (Articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.)