



DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE

*Règlement fixant les conditions de remboursement des vaccinations par Fedris
Législation relative aux maladies professionnelles pour le secteur privé et les administrations provinciales et locales*

Rubrique 1: à compléter par l'intéressé(e)

Numéro de registre national ou numéro bis
 Nom Prénom
 Date de naissance Rôle linguistique français néerlandais allemand

À compléter si vous ne disposez pas d'un numéro national ou d'un numéro bis:

Rue N° Boîte
 Ville Code postal Pays
 Date de naissance Sexe M F
 Lieu de naissance Pays de naissance

- Je suis travailleur dans le secteur privé
 travailleur au sein d'une administration provinciale ou locale
 étudiant

Attention! Les indépendants, les bénévoles et les travailleurs des services publics non mentionnés ci-avant ne relèvent pas de la compétence de Fedris. Fedris ne peut leur accorder aucun remboursement.

Nom et adresse de mon employeur ou lieu de stage:

.....

Le vaccin est remboursé à hauteur du prix réellement payé. Le montant est limité au prix maximal conformément à la réglementation relative aux spécialités pharmaceutiques et autres médicaments.

Je joins à cette demande la preuve du paiement du vaccin.

Je demande que le remboursement de la vaccination soit versé sur le compte bancaire:

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titulaire:

Je confirme sur l'honneur que cette déclaration est complète et véritable.

Date __ / __ / ____

Signature

Rubrique 2: à compléter par le conseiller en prévention - médecin du travail

Identité du demandeur

Numéro de registre national ou numéro bis

Nom Prénom

Date de naissance

Fonction et description de l'activité professionnelle ou du stage:

.....
.....

Dans quelle région où la fièvre jaune est endémique, le demandeur doit-il se rendre dans le cadre de son activité professionnelle ?

.....

Données du médecin

Cachet du médecin

Nom:

Adresse:

.....

Téléphone:

E-mail:

J'affirme avoir rempli cette attestation de manière sincère et complète. Je suis disposé à fournir des données complémentaires relatives à cette demande aux médecins de Fedris.

Date: __ / __ / ____

Signature

Rubrique 3: à remplir par le médecin qui a administré le vaccin

Données du médecin

Cachet et signature du médecin

Nom:

Numéro Inami:

Date de l'administration du vaccin: __ / __ / ____

Toutes ces données ci-dessus seront traitées conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données sont recueillies en vue de l'application de la législation relative à la sécurité sociale. Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier, veuillez-vous adresser par écrit à Fedris.