



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

Nom:

Adresse:

.....

Téléphone:

E-mail:

Cachet du médecin

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

Nom:

Numéro Inami:

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

Cachet et signature du médecin

Formulaire à renvoyer à : Fedris, 1 Avenue de l'Astronomie, 1210 Bruxelles

OU par e-mail à vaccination@fedris.be

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.