



**Formulaire à utiliser à partir du 01<sup>er</sup> janvier 2020 par les services internes de prévention et de protection au travail qui n'introduisent pas plus de 100 demandes de remboursement par an**

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE A ET/OU B**

*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  
 accueillant(e) d'enfants conventionné(e)  
 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 numéro d'entreprise (si possible): .....

**À compléter par les élèves et étudiants**

Nom et adresse de l'établissement d'enseignement:

.....  
 .....  
 .....

Filière: .....

Année d'étude: .....

Je joins à cette demande l'attestation médicale (rubrique 2), complétée par un médecin et je déclare que la déclaration ci-dessus est sincère et **complète**.

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature .....

### **Instructions pour le service interne de prévention en cas de remboursement collectif**

Les demandes individuelles doivent être accompagnées d'un récapitulatif mentionnant:

- un numéro de référence unique,
- montant total dû,
- SIPPT qui fait la demande et son numéro BCE,
- numéro BCE et numéro de l'unité de l'établissement de l'institution à qui Fedris doit effectuer le paiement,
- numéro et titulaire du compte de l'institution à qui Fedris doit effectuer le paiement,
- nom, prénom, adresse e-mail, numéro de téléphone et rôle linguistique de la personne de contact,
- une liste mentionnant le nom, prénom et numéro NISS des personnes qui ont été vaccinées.

---

Toutes ces données 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 collectées en vue d'appliquer la législation sur la sécurité sociale. Si vous souhaitez consulter ou corriger vos données personnelles, veuillez adresser une demande écrite à Fedris.

**Rubrique 2 : attestation médicale à compléter par un médecin du service interne de prévention à l'issue du schéma de vaccination**

**Identité du demandeur**

Numéro de registre national ou numéro bis .....

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance .....

**Profession du demandeur**

Nature de l'entreprise ou de l'institution où l'intéressé(e) est employé(e) ou suit un stage:

- hôpital       centre de réadaptation       IMP       labo clinique       institution psychiatrique
- crèche       soins à domicile       cabinet dentaire/(para)médical       centre de transfusion sanguine
- maison de repos et de soins       maison de repos
- autre: .....

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

.....  
.....  
.....

Code ISCO (si possible): .....

**Hépatite A**

Vaccination contre l'hépatite A (2 fois une dose, avec un intervalle de 6 mois)

Date de la première prestation:      \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date de la dernière prestation:      \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Coût par vaccin:      € \_\_\_\_\_

Le demandeur travaille-t-il avec des enfants de moins de 6 ans?       oui       non

Le demandeur travaille-t-il avec des primates?       oui       non

Le demandeur entre-t-il en contact avec des eaux usées?       oui       non

Dans quelle région endémique le demandeur doit-il se rendre dans le cadre de son activité professionnelle?

.....

## Hépatite B

### Vaccination contre l'hépatite B

Date de la première prestation: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date de la dernière prestation: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre de vaccins administrés:  1  2  3  4  5  6  7  8  
Coût par vaccin: € \_\_\_\_\_  
Nombre de déterminations sérologiques:  anti-HBs:  1  2  3  4  
 HBs Ag et anti-HBc:  1  
Coût des examens sérologiques: € \_\_\_\_\_  
Le demandeur travaille-t-il avec des primates?  oui  non  
Résultat de la vaccination:  schéma suspendu  immunisé  non-répondeur

## Hépatite A et B

### Vaccination contre l'hépatite A et B

Le demandeur a-t-il déjà reçu une vaccination contre l'hépatite B (en combinaison ou non avec d'autres vaccins)?

oui  non

Date de la première prestation: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date de la dernière prestation: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre de vaccins administrés:  1  2  3  
Coût par vaccin: € \_\_\_\_\_  
Coût de l'examen sérologique: € \_\_\_\_\_

Le demandeur travaille-t-il avec des enfants de moins de 6 ans?  oui  non  
Le demandeur travaille-t-il avec des primates?  oui  non  
Le demandeur entre-t-il en contact avec des eaux usées?  oui  non  
Résultat de la vaccination:  schéma suspendu  immunisé  non-répondeur

### Coordonnées du médecin

Nom: .....  
Adresse: .....  
.....  
Téléphone:.....  
E-mail: .....

### Cachet du médecin

Je confirme sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète. Je joins à cette attestation médicale la demande de remboursement complétée par l'intéressé(e) (rubrique 1). Je m'engage, le cas échéant, à fournir aux médecins de Fedris des informations complémentaires relatives à cette demande.

Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature .....