

# Vaccination anti-grippale

**La vaccination contre la grippe vous est recommandée :  
ce bon de prise en charge vous est remis par votre infirmier**

Pour les personnes majeures, la loi permet la vaccination de façon simplifiée, sans prescription médicale.

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

→ à compléter directement par pharmacien lors de la délivrance gratuite du vaccin.

## Volet 2 - Prise en charge de l'injection :

→ à compléter par l'infirmier ou le pharmacien qui effectue la vaccination sans prescription médicale.

La copie des deux volets est à conserver par l'infirmier ou le pharmacien.

Le pharmacien reporte, au dos du bon, les informations permettant d'effectuer le rapprochement avec la feuille de soins et de garantir aux assurés une bonne information sur les prestations servies.

Le bon original est remis à l'assuré.

L'infirmier ou le pharmacien envoie la copie du bon à l'organisme d'assurance maladie selon les modalités habituelles.

L'assuré n'a rien à envoyer à sa caisse.

## Vaccin anti-grippal

(valable du 15 octobre 2019 au 31 janvier 2020)

(Art. L 262-1, R 261-2 et R 163-2 du Code de la sécurité sociale)

**(Volet 1)**

**A compléter par  
le pharmacien**

N° d'immatriculation :  Exp :   
Bénéficiaire de la prise en charge : .....  
Date et rang de naissance du bénéficiaire :   
Code organisme : .....

### A remplir par le pharmacien

| Spécialité délivrée | Date de délivrance | Identification et signature du pharmacien |
|---------------------|--------------------|---|
|                     |                    |   |

## Injection du vaccin anti-grippal

(valable du 15 octobre 2019 au 31 janvier 2020)

(Art. L 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale - décret n° 2018-805,  
du 25.09.2018 et arrêté du 25.09.2019, décret n° 2019-357 du 23.04.2019 et arrêté du 23.04.2019)

**(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 : .....

### A remplir par l'infirmier ou le pharmacien

| Date d'exécution de l'injection | Identification et signature de l'infirmier ou du pharmacien |
|---------------------------------|---|
|                                 |   |
| Numéro du lot                   |   |

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 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.)