



Document exclusivement à l'usage des médecins des services internes de prévention et de protection au travail qui n'introduisent pas globalement sur base annuelle plus de 100 demandes de remboursement de vaccinations contre les hépatites A, B, A + B, rougeole et varicelle auprès de Fedris

DEMANDE DE REMBOURSEMENT COLLECTIVE DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE A ET/OU B, LA ROUGEOLE ET LA VARICELLE
Règlement du comité de gestion du 23/05/2018 fixant les conditions de remboursement par Fedris en matière de vaccinations
Législation relative à la prévention des maladies professionnelles des travailleurs du secteur privé et des administrations provinciales et locales

Instructions pour le service interne de prévention :

Les formulaires individuels doivent être envoyés à la fin du schéma de vaccination et accompagnés d'une facture récapitulative mentionnant:

- Le numéro unique de référence de la facture ;
- Les nom et numéro BCE du SIPPT qui fait la demande;
- Le numéro d'unité d'établissement de l'institution à qui Fedris doit verser le paiement ;
- Le numéro et titulaire du compte de l'institution à qui Fedris doit effectuer le paiement ;
- Les nom, prénom et données de contact (e-mail, numéro de téléphone) de la personne de contact du SIPPT.
- La liste des personnes vaccinées (nom, prénom ou NISS/BIS);
- Le montant total dû ;

Un modèle de récapitulatif est mis à disposition sur le site internet de Fedris

Coordonnées du vacciné :

Numéro d'inscription Sécurité Sociale (NISS/BIS) - -

Nom

Prénom

Date de naissance / /

- Le vacciné est
- travailleur dans le secteur privé
 - travailleur au sein d'une administration provinciale ou locale
 - étudiant
 - Pompier/ambulancier volontaire

Attention! Les indépendants, les bénévoles et les travailleurs des services publics fédéraux et régionaux ne relèvent pas de la compétence de l'agence fédérale des risques professionnels. Fedris ne peut leur accorder aucun remboursement.

Coordonnées de l'employeur / du lieu de stage

Nom :

Adresse :

Rue/numéro :

Code postal/Localité :

Numéro d'entreprise - BCE (si connu):

Nature de l'entreprise ou de l'institution où le vacciné est employé ou en stage:

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> centre hospitalier | <input type="checkbox"/> centre de réadaptation | <input type="checkbox"/> IMP |
| <input type="checkbox"/> labo clinique | <input type="checkbox"/> institution psychiatrique | <input type="checkbox"/> crèche |
| <input type="checkbox"/> soins à domicile | <input type="checkbox"/> cabinet dentaire/(para)médical | |
| <input type="checkbox"/> centre de transfusion sanguine | <input type="checkbox"/> maison de repos (et de soins) | |
| <input type="checkbox"/> autre: | | |

Coordonnées de l'établissement d'enseignement: (À compléter pour les élèves et étudiants stagiaires) :

Nom :

Adresse :

Rue/numéro :

Code postal/Localité :

Filière d'étude :

Fonction et description de l'activité professionnelle ou du stage (**Code ISCO si possible**):

.....

.....

.....

.....

Hépatite A

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

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

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

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

Le vacciné doit-il se rendre dans une région endémique dans le cadre de son activité professionnelle?

oui. Laquelle ? non

Hépatite B

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix pour chaque prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 437076 / 437113 / 551401 / 551445 / 551482 / 437032 / 551390 / 551434 / 551471	Prix

Le demandeur travaille-t-il avec des primates?

oui

non

Hépatite A et B

Attention ! Le vaccin n'est remboursé que si l'intéressé entre d'emblée en considération pour une primo-vaccination contre l'hépatite B, sans contrôle préalable du statut de vaccination: l'intéressé n'a pas été vacciné contre l'hépatite B, n'est pas considéré comme vacciné contre l'hépatite B et n'a jamais présenté la maladie.

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

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix de la prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 437032 / 437076 / 437113 / 551401 / 551445 / 551482 / 551390 / 551434 / 551471	Prix

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

Rougeole

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix pour chaque prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 551655/551666	Prix

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Varicelle

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix pour chaque prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 551493/551504	Prix

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Coordonnées du médecin vaccinateur :

Cachet :

Nom:

Adresse:

.....

E-mail: Téléphone:

Je confirme sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète. Je m'engage, le cas échéant, à fournir aux médecins de Fedris des informations complémentaires relatives à cette demande.

Date: __ / __ / ____

Signature

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.