

# Vaccination anti-grippale

**La vaccination contre la grippe vous est recommandée :**

## Vaccination sans prescription médicale préalable\*

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

→ à compléter directement par le 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.

\*Personnes éligibles à la vaccination à partir de 16 ans.

## Vaccin anti-grippal

Prise en charge valable du  au

Art. L.262-1 et R.261-2 du Code de la sécurité sociale - Décret n° 2022-610 du 21 avril 2022 et arrêtés du 21 avril 2022 relatifs aux compétences des infirmiers et des pharmaciens)

**(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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Injection du vaccin anti-grippal

Art. L.262-1 et R.261-2 du Code de la sécurité sociale - Décret n° 2022-610 du 21 avril 2022 et arrêtés du 21 avril 2022 relatifs aux compétences des infirmiers et des pharmaciens)

**(Volet 2)**

**Copie à conserver par l'infirmier ou le pharmacien qui a réalisé l'injection sur le support de son choix**

Prise en charge valable du  au

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro du lot	<input type="text"/>

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et la loi "informatiques et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès 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 Nationale Informatiques et des Libertés (CNIL). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières et 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).