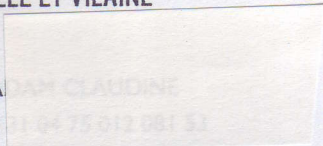




# l'Assurance Maladie ILLE ET VILAINE



assuré social A  
n° de Sécurité Sociale 2  
Pour tout contact ☎ 3646

(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

CPAM COURS DES ALLIES  
35024 RENNES CEDEX 9  
0001025361 184478 253  
DESTINEO MD7 CI 0902 21.09.09 14 CAEN CTC

Mme ADAM CLAUDINE  
L. GUIPORAIS  
3 330 ST BOULON

mon  
parcours  
d'assuré



GRIPPE  
SAISONNIERE



## **i** Cette année encore, gagnez du temps !

- 1** Rendez-vous directement chez votre pharmacien, qui vous délivrera gratuitement le vaccin, sur présentation de la prise en charge jointe.
- 2** Choisissez de vous faire vacciner par une infirmière. C'est plus simple et plus rapide ! Le coût de l'injection est également moindre.

Si, pour des raisons médicales, vous ne pouvez vous déplacer chez l'infirmière, les frais de déplacements seront également pris en charge.

Cher(e) assuré(e),

Vous avez choisi, les années précédentes, de vous faire vacciner contre la grippe saisonnière pour éviter ses conséquences néfastes. **Parce que le virus évolue chaque année, la vaccination doit être renouvelée et il est important de se faire vacciner le plus tôt possible.**

C'est pourquoi l'Assurance Maladie vous invite de nouveau à bénéficier gratuitement\* du vaccin contre la grippe saisonnière et à vous faire vacciner par l'infirmière de votre choix.

Les personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) doivent continuer à bénéficier d'une prescription préalable de la vaccination par leur médecin traitant.

### Trouvez une infirmière près de chez vous ?

Rendez-vous sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), le site de l'Assurance Maladie.

### Besoin d'informations complémentaires ?

Contactez votre caisse en composant le 36 46 ou connectez-vous sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). L'occasion de créer votre compte pour suivre vos remboursements en ligne !

**Lors d'une prochaine consultation, n'oubliez pas d'informer votre médecin traitant que vous vous êtes fait vacciner.**

**Cette offre, et bien d'autres, font partie de votre parcours d'assuré.**

Bien cordialement,

Le Médecin Conseil de l'Assurance Maladie

PS : vous trouverez ci-joint un dépliant qui fait le point sur la grippe saisonnière et donne des informations sur la grippe A.

\*Injection remboursée aux taux habituels.



## **VOUS AVEZ DÉJÀ ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE LA GRIPPE :**

La loi permet à présent le renouvellement de la vaccination de façon simplifiée, sans prescription médicale.

**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(e) qui effectue la vaccination sans prescription médicale.

Les deux volets sont à conserver par l'infirmier(e).

En l'absence de mention de prise en charge au titre de l'ALD, l'assuré(e) doit régler la part des honoraires représentant le ticket modérateur de l'injection.

## **Vaccin anti-grippal**

**Prise en charge valable du 20/09/2009 au 31/12/2009**

(Art. L 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale - Décret n° 2008-878 du 29.08.2008)

**(Volet 1)**

**A compléter par  
le pharmacien**

N° d'immatriculation : 2.31.04.75.012.081 / 53  
Bénéficiaire de la prise en charge : ADAM CLAUDINE  
Date et rang de naissance du bénéficiaire : 27.04.1931 / 1  
Code organisme : 01.351.7031

Exp : CPAM D'ILLE ET VILAINE  
COURS DES ALLIES  
35 024 RENNES CEDEX 9

### **A remplir par le pharmacien**

Spécialité délivrée	Date de délivrance	Identification et signature du pharmacien

## **Injection du vaccin anti-grippal**

**Prise en charge valable du 20/09/2009 au 31/12/2009**

(Art. L 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale - Décret n° 2008-877 du 29.08.2008 - Arrêté du 29.08.2008)

**(Volet 2)**

**A conserver par  
l'infirmier(e) qui a  
réalisé l'injection**

N° d'immatriculation : 2.31.04.75.012.081 / 53  
Bénéficiaire de la prise en charge : ADAM CLAUDINE  
Date et rang de naissance du bénéficiaire : 27.04.1931 / 1  
Code organisme : 01.351.7031

**Prise en charge de l'injection au titre de l'ALD**

### **A remplir par l'infirmier(e)**

Date d'exécution de l'injection	Identification et signature de l'infirmier(e)
Numéro du lot	

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

