



Denain le : .....

Nom et Prénom(s) du patient : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Date et lieu de naissance : .....  
 N° Sécurité Sociale : .....

CENTRE DE VACCINATIONS AGREE

ARRETE DU 24 MARS 2000

CHEF DE SERVICE : MONSIEUR LE DOCTEUR DZEING-ELLA

U.F. 4517

☎ 03.27.24.31.70

1. **Consultation :** ..... **30 €** compte d'imputation H 706511  
 Duplicata carnet jaune.....**3 €**
2. **Injection :**  
 AMI 1 .....**3,15 € X**.....
3. **Vaccins :**..... compte d'imputation H 7071
  - STAMARIL® (fièvre jaune) ..... **50 € (non remboursé)**
  - REVAXIS® (diphthérie, tétanos, poliomyélite)..... **12 € (remboursé)**
  - REPEVAX®, BOOSTRIX, TETRA® (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche)..... **25 € (remboursé)**
  - Hépatite A**
    - HAVRIX® 720 u (enfants / nourrissons)..... **25 € (non remboursé)**
    - HAVRIX® 1440 u, VAQTA® (adultes) ..... **25 € (non remboursé)**
  - TYPHIM®, TYPHERIX® (fièvre typhoïde)..... **35 € (non remboursé)**
  - NIMENRIX® (méningite)..... **45 € (non remboursé)**
  - Hépatite B**
    - ENGERIX® B 10µg (enfants / nourrissons)..... **13 € (remboursé)**
    - ENGERIX® B 20µg (adultes) ..... **19 € (remboursé)**
  - Vaccin combiné Hépatite A / Hépatite B**
    - TWINRIX® enfant (enfants / nourrissons)..... **36 € (non remboursé)**
    - TWINRIX® adulte (adultes)..... **36 € (non remboursé)**
  - Encéphalite à tiques**
    - TICOVAC enfant (enfants / nourrissons)..... **35 € (non remboursé)**
    - TICOVAC adulte (adultes)..... **35 € (non remboursé)**
  - DUKORAL® (choléra) ..... **28 € (non remboursé)**
  - IXIARO® (encéphalite japonaise) ..... **85 € (non remboursé)**
  - MMRVAXPRO®, PRIORIX® (rougeole, oreillons, rubéole)..... **15 € (remboursé)**
  - TYAVAX® (vaccin combiné hépatite A / fièvre typhoïde) ..... **59 € (non remboursé)**
  - RABIQUE PASTEUR®, RABIPUR® (rage)..... **35 € (non remboursé)**
  - PREVANAR 13® (pneumocoque)..... **50 € (remboursé)**
  - PNEUMOVAX® (pneumocoque)..... **20,35 € (remboursé)**
  - INFLUVAC®, VAXIGRIP® (grippe)..... **6 € (non remboursé)**
  - SPIROLEPT® (leptospirose)..... **73 € (non remboursé)**
  - ROUVAX® (rougeole)..... **4,92 € (remboursé)**
  - TUBERTEST® (test tuberculique) ..... **1 € (remboursé)**
  - SZCZEPIONKA PRZECIWRUZYLICZA BCG 105 (tuberculose)...**3 € (remboursé)**

**TOTAL VACCINS**

€

**TOTAL GENERAL (1 + 2) A REGLER .....**

Réglé le :.....	.....Euros
<input type="checkbox"/> EN ESPECES <input type="checkbox"/> PAR CHEQUE Cachet et signature	Signature du médecin