



FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTÉ

GARANTIE MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS OU NON REMBOURSABLES*

Afin de traiter votre demande, il est impératif que votre dossier soit complet. Nous vous remercions également de regrouper vos factures afin d'optimiser vos remboursements.

Vous devez nous retourner ce formulaire dûment complété, accompagné de votre ou vos facture(s) originale(s) détaillée(s) faisant apparaître vos nom et prénom, ainsi que les taux de TVA pour chaque médicament, à l'adresse suivante :

KLESIA Service Santé
65 boulevard Vivier Merle
69482 LYON CEDEX 03

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE de l'entreprise _____

Siren : _____

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Catégorie de personnel du salarié concerné : Cadre Non cadre

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse _____

Code postal : _____

Ville : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Email : _____

MONTANT DES MÉDICAMENTS PAR TAUX DE TVA

Montant TTC des médicaments à TVA 2,10 % : *(joindre les factures originales)*

_____ , _____ €

Montant TTC des médicaments à TVA 10 % : *(joindre les factures originales)*

_____ , _____ €

TOTAL

_____ , _____ €

* Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou 10 %.