

DEMANDE DE REMBOURSEMENT VACCIN SAISONNIER ANTI-GRIPPAL

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM ET PRENOM :

BÉNÉFICIAIRES :

.....

MONTANT DU OU DES VACCIN(S) :

..... €

CACHET DU PHARMACIEN OU JUSTIFICATIF DU RÈGLEMENT

JOINDRE OBLIGATOIREMENT EN MÊME TEMPS LE JUSTIFICATIF ATTESTANT LE PAIEMENT DE L'ACTE INFIRMIER

Il est recommandé de consulter son médecin traitant pour vérifier l'opportunité de la vaccination

Formulaire à retourner par voie postale, par email ou à déposer en agence.

MUTAME & PLUS

Siège Social
Agence Normandie
Agence Bourgogne-Franche-Comté
Agence Centre-Val de Loire
E-mail : contact@mutame-plus.fr

CS 72208 - 4, rue Emile Enault
 19 bis, Place Saint Sauveur
 1, rue Strolz
 1, rue du Faubourg Bannier
www.mutame-plus.fr

50008 SAINT-LÔ Cedex
 14000 CAEN
 90007 BELFORT Cedex
 45057 ORLÉANS

■ 02 33 05 29 20
 ■ 02 31 86 00 15
 ■ 03 84 46 64 90
 ■ 02 38 65 46 80

