



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Action Sanitaire et Sociale

Téléphone : 36 46
Date : 12/06/2025

Assuré(e) : FOGLIO PAULINE
Bénéficiaire : FOGLIO PAULINE
Mon numéro : 2 45 05 99 351 189 97

CPAM 13

13421 Marseille cedex 20

0250495086 719351 150 Déposé le 17.06.25
G4 DISTRI QUATRE CI 1505 13 VITROLLES PIC

FOGLIO PAULINE
12 BVD DU BELVEDERE
UNIVI LEBELVEDERE
13012 MARSEILLE

Objet : Dentaire hors orthodontie-SSD

Madame,

Pour me permettre de donner suite à votre demande d'aide financière du 23/04/2025, veuillez me faire parvenir ce courrier accompagné du (des) document(s) suivant(s) :

- Votre dernier avis d'imposition.
- L'attestation de votre mutuelle précisant le montant de sa participation
- Formulaire de demande, rempli, daté et signé
- certificat médical circonstancié établi par votre chirurgien-dentiste justifiant les actes hors nomenclature (HN) et/ou les implants prescrits

Avec toute mon attention

Votre correspondant de l'Assurance Maladie

MARTINI SANDRINE