

**CARTE INDIVIDUELLE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT**



Nom **BELHADI**  
Prénom **KAMAR EDDINE**  
Immatriculation **711310019886973**  
Date de naissance **20/05/1991**  
Droits AME du **20/03/2024** au **19/03/2025**

**Prestations prises en charge**

100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale  
Forfait journalier en cas d'hospitalisation.

**Caisse d'assurance maladie**

CPAM BOUCHES DU RHON (01) 095 01-131-8671

**Code régime**

n° mutuelle  
75500017

**Code contrat**

04

**Prestations non prises en charge pour les bénéficiaires AME majeurs:** médicaments à 15%, actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, cures thermales.