



CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

Nom : **BEN SAID**
Prénoms : **ZINA**
Immatriculation : **811310017975132**
Date de naissance : **09/05/1982**

Droits AME du : **4/20/1992** au : **11/01/2025**
100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale
Forfait journalier en cas d'hospitalisation : **CPAM BOUCHES DU RHON (01) 695 7550017 05**

Prescriptions non prises en compte pour les médicaments AME mutuels : médicaments à 15%,
vacances et produits spécifiques à la prescription médicale spécialisée, autres thématiques.

BENEFICIAIRES SUPPLEMENTAIRES

Noms et prénoms des autres Bénéficiaires	Né(e) le (rang)	Qualité	Droits A.M.E. Date début	Date fin
IBEN SAID SAMAR	31/12/2010	E	12/01/2024	11/01/2025
IBEN SAID MOHAMED ALI	11/01/2009	E	12/01/2024	11/01/2025
IBEN SAID MOLKA	11/01/2009	E	12/01/2024	11/01/2025

TOUTE PERSONNE TROUVANT CETTE CARTE EST INVITEE A LA DEPOSER AUPRES
D'UNE CASSE D'ASSURANCE MALADIE, POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPOSANT
COMPLEMENTAIRE, VOUS POUVEZ JOURNEE UN TELECONSEILLER EN COMPOSANT
LE 36 46 (Service gratuit + prix appel).