

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



Nom **DILER**
Prénom **ESMA**
Immatriculation **288129920837374**
Date de naissance **01/12/1988**
Droits AME du **29/04/2024** au **28/04/2025**

Prestations prises en charge	Caisse d'assurance maladie	Code régime	n° mutuelle	Code contrat
100% des tarifs de rembourse- ment de la Sécurité Sociale Forfait journalier en cas d'hos- pitalisation.	CPAM BOUCHES DU RHON (01) 095 01-131-8871	095	75500017	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.