

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



Nom **AFRI**
Prénom **MERIEU**
Immatriculation **711310020099878**
Date de naissance **14/10/1986**

Droits AME du **11/05/2024** au **10/05/2025**

<u>Prestations prises en charge</u>	<u>Caisse d'assurance</u>	<u>Code</u>	<u>n° mutuelle</u>	<u>Code</u>
	<u>maladie</u>	<u>régime</u>		<u>contrat</u>
100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale				
Forfait journalier en cas d'hospitalisation.	CPAM BOUCHES DU RHON (01) 095 01-131-8571		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.