

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



Nom **HAMICI**
Prénom **KARIM**
Immatriculation **711310019565685**
Date de naissance **02/05/1972**
Droits AME du **06/11/2023** au **05/11/2024**

Prestations prises en charge	Caisse d'assurance	Code n° mutuelle	Code
100% des tarifs de rembourse-	maladie	régime	contrat
ment de la Sécurité Sociale	CPAM BOUCHES DU RHON (01)	095	75500017
Forfait journalier en cas d'hos-	01-131-8671		04
pitalisation.			

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