cerfa

N° 10465*01

assurance maladie

ALIMENTS SANS GLUTEN

prise en charge

Identification

▶ **ASSURÉ -** **N° de sécurité Sociale :** . .. . / ..

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

▶ **MALADE -** **Nom et prénom :**.....

Date de naissance : ../../....

MOIS : ..... **ANNÉE :** .....

Collez ci-dessous les étiquettes des aliments et produits

Je soussigné(e) atteste avoir payé, pour les aliments sans gluten de ce mois, le montant de ..... euros

Signature de l'assuré : .....