



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 : .....