



santé  
famille  
retraite  
services

# 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 : .....