

27/2



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Aveyron

Mon numéro: 2730699135088 84

Nom: VAN DE KAMP JOHANNA

Référence : PRE121250227110325

MME VAN DE KAMP JOHANNA
IMP DU MOULIN DE L AYMERIE
12700 SONNAC

Le 27/02/2025

*mon
parcours
d'assuré*

> COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE / PAIEMENT DES PARTICIPATIONS FINANCIERES

Chère Madame VAN DE KAMP,

Dans le cadre de la Complémentaire Santé Solidaire, et conformément à vos instructions, nous allons procéder aux prélèvements des participations financières sur le compte FR76 178070081775421372407 11, selon le calendrier établi ci-dessous:

N°	DATES	MONTANTS
1	08/03/2025	63,30 euros
2	08/04/2025	63,27 euros
3	08/05/2025	63,27 euros
4	08/06/2025	63,27 euros
5	08/07/2025	63,27 euros
6	08/08/2025	63,27 euros
7	08/09/2025	63,27 euros
8	08/10/2025	63,27 euros
9	08/11/2025	63,27 euros
10	08/12/2025	63,27 euros
11	08/01/2026	63,27 euros
TOTAL		696,00 euros



Les prélèvements sont effectués le 8 de chaque mois (ou le 1er jour ouvré suivant si la date de prélèvement est un samedi, un dimanche ou un jour férié)

Avec toute mon attention,

Pour le Directeur de la Comptabilité et des Finances

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aveyron
156 Avenue de Bamberg - 12020 RODEZ Cedex 9

Un accès réservé aux Assurés : 3646 Service gratuit
prix appl.

Un accès réservé aux Employeurs : 3679 Service gratuit
prix appl.

Un accès réservé aux Professionnels de Santé : 3608 Service gratuit
prix appl.

ameli.fr