

Mon numéro : 2 64 08 75 110 128 72  
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
 ROCH Christine

## Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 16/07/2025 au 15/07/2026 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

| Organisme de rattachement sécurité sociale | Code gestion | N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous) | Modulation du ticket modérateur |
|--------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 01 131 0403                                | 18           |                                                                                        |                                 |
| CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20        |              | 2 64 08 75 110 128 72                                                                  |                                 |

| N° | Organisme complémentaire                     |
|----|----------------------------------------------|
| 1  | CPAM DES BOUCHES DU RHONE<br>13000 MARSEILLE |

| Bénéficiaire(s)<br><i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>                                                                                                                                                                                                    | N° de sécurité sociale<br><i>(pour information)</i> | Né(e) le/rang | N° ordre OC | Date début de la complémentaire | Date fin de la complémentaire |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|-------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ROCH<br>Christine<br>a déclaré un médecin traitant<br>CSS avec participation financière du 01/06/2025 au 31/05/2026<br>SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 15/05/2012 AU 04/09/2028<br>POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE | 2 64 08 75 110 128 72                               | 14/08/1964 1  | 1           | 01/06/2025                      | 31/05/2026                    |

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.