

28/08/2024
14h15
384,15

N° : 1 62 09 13 155 118 85
ou celui de mon ayant droit :
Robert

Attestation de droits à l'Assurance Maladie et à la Complémentaire solidaire

du 22/08/2024 au 21/08/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Code de rattachement sécurité social	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
0351	18		
13 21 MARSEILLE CEDEX 20		1 62 09 13 155 118 85	

Organisme complémentaire

PAM DES BOUCHES DU RHONE
3000 MARSEILLE

Bénéficiaire(s) <i>(famille suivi d'un éventuel nom d'usage)</i>	N° de sécurité sociale <i>(pour information)</i>	Né(e) le/rang	N° ordre OC	Date début de la complémentaire	Date fin de la complémentaire
	1 62 09 13 155 118 85	30/09/1962 1	1	01/09/2023	31/08/2025
Assuré un médecin traitant avec participation financière du 01/09/2024 au 31/08/2025 TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC LE PROTOCOLE					

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.