



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 2 05 12 13 215 069 58
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
MARASCIA Christelle

Attestation de droits à l'assurance maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 24/04/2023 au 23/04/2024 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 0381	10		
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20		2 05 12 13 215 069 58	

N°	Organisme complémentaire
01	CPAM DES BOUCHES DU RHONE 13000 MARSEILLE

Bénéficiaire(s) <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>	N° de sécurité sociale <i>(pour information)</i>	N°(s) le/rang	N° ordre OC	Date début de la Complémentaire	Date fin de la Complémentaire
MARASCIA Christelle	2 05 12 13 215 069 58	13/12/2005 1	01	01/05/2022	30/04/2024
CSS sans participation financière du 01/05/2023 au 30/04/2024					

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 vos données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (articles 441-1, et 441-2 du Code de la consommation).