



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 2 64 02 99 358 067 97
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
ROUBHI Rahima

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

Valable du 12/07/2023 au 11/07/2024 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale 01 131 0403	Code gestion 89	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous) 2 64 02 99 358 067 97	Modulation du ticket modérateur		
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20					
N° 1	Organisme complémentaire 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>	Né(e) le/rang	N° ordre OC	Date début de la complémentaire	Date fin de la complémentaire
ROUBHI Rahima GOUNIDI a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/07/2023 au 30/06/2024	2 64 02 99 358 067 97	20/02/1964 1	1	01/07/2023	30/06/2024

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 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 441-2) et de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont