

l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

N° : 8 11 31 00 190 989 46
celui de mon ayant droit :
iba

Attestation de droits à l'assurance maladie et à complémentaire santé solidaire

du 01/06/2023 au 22/06/2024 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Le rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
MARSEILLE CEDEX 20	89	8 11 31 00 190 989 46	

Assurance complémentaire

DES BOUCHES DU RHONE
MARSEILLE

s) suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale (pour information)	Né(e) le/rang	N° ordre OC	Date début de la Complémentaire	Date fin de la Complémentaire
participation financière du 01/07/2023 au 30/06/2024	8 11 31 00 190 989 46	25/08/1985 1	01	01/07/2023	30/06/2024
participation financière du 01/07/2023 au 30/06/2024		27.10/2006 1	01	01/07/2023	30/06/2024
participation financière du 01/07/2023 au 30/06/2024		30/08/2007 1	01	01/07/2023	30/06/2024
participation financière du 01/07/2023 au 30/06/2024		30/10/2009 1	01	01/07/2023	30/06/2024
participation financière du 01/07/2023 au 30/06/2024		31/09/2010 1	01	01/07/2023	30/06/2024

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.