

Mon numéro : 1 77 04 14 762 045 21
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
MAUBANC Yoann

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

Valable du 17/09/2024 au 16/09/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale 01 131 0071	Code gestion 89	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20		1 77 04 14 762 045 21	
N° Organisme complémentaire			
1	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
MAUBANC Yoann a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/06/2024 au 31/05/2025	1 77 04 14 762 045 21	16/04/1977 1	1	01/06/2024	31/05/2025
MAUBANC--COLLURA Stella CSS sans participation financière du 01/06/2024 au 31/05/2025	2 08 04 10 387 393 06	11/04/2008 1	1	01/06/2024	31/05/2025
MAUBANC COLLURA Estebann CSS sans participation financière du 01/06/2024 au 31/05/2025	1 11 06 13 005 053 20	11/06/2011 1	1	01/06/2024	31/05/2025

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.