

Mon numéro : 2 90 09 13 055 472 48
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 OLIVER Marine

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

Valable du 07/10/2024 au 06/10/2025 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 0351	10		
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20		2 90 09 13 055 472 48	

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
OLIVER Marine a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/09/2024 au 31/08/2025	2 90 09 13 055 472 48	13/09/1990 1	1	01/09/2024	31/08/2025
FEZAI Mathys a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/09/2024 au 31/08/2025	1 14 05 13 205 130 85	16/05/2014 1	1	01/09/2024	31/08/2025
FEZAI Yohan a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/09/2024 au 31/08/2025	1 17 07 13 205 189 08	21/07/2017 1	1	01/09/2024	31/08/2025

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.