



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 1 78 07 99 352 244 29  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
GUEDREZ Saddek

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

Valable du 27/09/2024 au 26/09/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

|                                                           |                                              |                    |                                                                                           |                                 |  |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| Organisme de rattachement sécurité sociale<br>01 131 0071 |                                              | Code gestion<br>89 | N° de sécurité sociale de l'assuré<br>(à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous) | Modulation du ticket modérateur |  |
| CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20                       |                                              |                    | 1 78 07 99 352 244 29                                                                     |                                 |  |
| N°                                                        | Organisme complémentaire                     |                    |                                                                                           |                                 |  |
| 1                                                         | CPAM DES BOUCHES DU RHONE<br>13000 MARSEILLE |                    |                                                                                           |                                 |  |

| Bénéficiaire(s)<br><i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>           | N° de sécurité sociale<br><i>(pour information)</i> | Né(e) le/rang | N° ordre OC | Date début de la complémentaire | Date fin de la complémentaire |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|-------------|---------------------------------|-------------------------------|
| GUEDREZ<br>Saddek<br>CSS sans participation financière du 01/09/2024 au 31/08/2025 | 1 78 07 99 352 244 29                               | 27/07/1978 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.  
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.