



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 1 06 10 99 208 424 82
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
GUL Berat

Mon attestation de droits avec Numéro d'Identification d'Attente (NIA) à l'Assurance Maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 08/11/2024 au 07/11/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale 01 131 0072		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 06 10 99 208 424 82			
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
GUL Berat CSS sans participation financière du 19/06/2024 au 30/06/2025		1 06 10 99 208 424 82	10/10/2006 1	1	19/06/2024	30/06/2025

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.