



**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<br>01 131 0072                     |                                              | Code gestion<br>89                                  | N° de sécurité sociale de l'assuré<br>(à utiliser pour tous les bénéficiaires<br>ci-dessous) | Modulation du<br>ticket<br>modérateur |                                       |                                     |
| CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20                                           |                                              |                                                     | 1 06 10 99 208 424 82                                                                        |                                       |                                       |                                     |
| 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<br>OC                        | Date début<br>de la<br>complémentaire | Date fin<br>de la<br>complémentaire |
| GUL<br>Berat<br>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.