

Mon numéro : 2 64 08 75 110 128 72
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 ROCH Christine

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

Valable du 11/03/2024 au 10/03/2025 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 0403	18		
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20		2 64 08 75 110 128 72	

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
ROCH Christine a déclaré un médecin traitant CSS avec participation financière du 01/06/2024 au 31/05/2025 SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 15/05/2012 AU 04/09/2028 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 64 08 75 110 128 72	14/08/1964 1	1	01/06/2023	31/05/2025

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.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 2 64 08 75 110 128 72
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
ROCH Christine

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

Valable du 11/03/2024 au 10/03/2025 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 0403	18		
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20		2 64 08 75 110 128 72	

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
ROCH Christine a déclaré un médecin traitant CSS avec participation financière du 01/06/2024 au 31/05/2025 SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 15/05/2012 AU 04/09/2028 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 64 08 75 110 128 72	14/08/1964 1	1	01/06/2023	31/05/2025

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.

Le fait de solliciter l'accès, la rectification, l'effacement, la suppression ou l'opposition de vos données personnelles ou l'utilisation de tels documents sont