

Numéro de l'assuré : 2 79 11 59 350 565 37  
Nom de l'assuré :  
DEBRUYNE SOPHIE

## Attestation de droits à l'assurance maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 25/05/2022 au 24/05/2023 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

|                                                                            |                                                                  |                                                                                              |                                       |                                       |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Organisme de rattachement sécurité sociale<br>01 831 3781                  | Code gestion<br>10                                               | N° de sécurité sociale de l'assuré<br>(à utiliser pour tous les bénéficiaires<br>ci-dessous) | Modulation du<br>ticket<br>modérateur |                                       |                                     |
| CPAM DU VAR<br>83082 TOULON CEDEX                                          |                                                                  | 2 79 11 59 350 565 37                                                                        |                                       |                                       |                                     |
| N°                                                                         | Organisme complémentaire                                         |                                                                                              |                                       |                                       |                                     |
| 1                                                                          | EMOA ALMERYS<br>46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9 |                                                                                              |                                       |                                       |                                     |
| 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 |
| KROL MILO<br>CSS sans participation financière du 01/10/2021 au 30/09/2022 | 1 13 07 13 028 025 52                                            | 01/07/2013 1                                                                                 | 1                                     | 01/10/2021                            | 30/09/2022                          |

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.