



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

Mon numéro : 1 88 08 99 351 432 76
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
LAABIDI Mohamed

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

Valable du 05/04/2024 au 04/04/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale 01 131 0071	Code gestion 10	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 88 08 99 351 432 76			
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
LAABIDI Mohamed a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/04/2024 au 31/03/2025	1 88 08 99 351 432 76	20/08/1988 1	1	01/04/2024	31/03/2025

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016
rectification aux données vous c
s Données. En cas de difficulté:
onale Informatique et Libertés.
de et/ou d'emprisonnement quiconq
En outre, la falsification ou l'établis
té financière au titre des articles L. 114-1

à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous
auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou
plication de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation

nable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et
uments, ainsi que l'utilisation de tels documents sont
écurité sociale.