

Numéro de l'assuré : 2 60 06 99 350 688 73

Nom de l'assuré :

ABDOU SAID SAMIRA

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

Valable du 02/01/2020 au 01/01/2021 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 0351	10		
CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20		2 60 06 99 350 688 73	

N°	organisme complémentaire
1	CPAM DES BOUCHES DU RHONE 13000 MARSEILLE

Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	n° de sécurité sociale (pour information)	né(e) le/rang	n° ordre OC	date début de la Complémentaire	date fin de la Complémentaire
ABDOU SAID SAMIRA ZOUAD a déclaré un médecin traitant SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TP ET 100% DU 10/06/2014 AU 11/06/2029 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 60 06 99 350 688 73	04/06/1960 1	1	01/01/2020	31/12/2020

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

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.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale.