



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Seine-Saint-Denis

Mon numéro : 2 80 05 99 353 066 94
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
BEDIDI Kahina

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 05/09/2023 au 04/09/2024 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
01 931 2051	89	2 80 05 99 353 066 94	
Bénéficiaires(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		Né(e) le / rang
HAFFAF Racha a déclaré un médecin traitant	2 12 01 99 353 394 27 ⁹		09/01/2012 1

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