

Mon numéro : 2 56 08 75 066 145 21
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 JOSSE Dominique

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 27/07/2023 au 26/07/2024 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
01 951 9546	18	2 56 08 75 066 145 21	
Bénéficiaires(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		Né(e) le / rang
JOSSE Dominique a déclaré un médecin traitant SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 04/01/1987 AU 09/12/2029 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 56 08 75 066 145 21		24/08/1956 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 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.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)
DOCTEUR HOREL JEAN-MARC
01 MEDECINE GENERALE
CONVENTIONNE HONO. LIBRES

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)
57 R DU GENERAL LECLERCQ
95320 SAINT LEU LA FORET
=> **95 1 06295 9 00 3 31 1 01 n°AM**

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))
Jean-Marc Horel

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

10/2/2025 renouvellement d'un
père de chaussures
orthopédiques

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)