



Soins  
Externes

N°AMC : 00401737  
Typ Conv : voir colonnes, CSR :  
N° adhérent : 38068397

# ATTESTATION DE TIERS PAYANT PLANSANTE/GFP



Assuré principal AMC : LOUISOR STEVEN

Période de validité :

01/01/2020 au 31/12/2020

N° contrat : 0000000001000180

## Bénéficiaire(s) du tiers payant

| Nom - Prénom   | Rang | N° INSEE              | Typ Conv |
|----------------|------|-----------------------|----------|
| LOUISOR STEVEN |      |                       |          |
| 24/05/1995     | 1    | 1 95 05 78 551 427 77 |          |

## Dépenses de santé concernées par le tiers payant(\*)

| PHAR<br>SP  | MED<br>SP | RLAX<br>SP | SAGE<br>SP | EXTE<br>IS | CSTE<br>SP | HOSP<br>OC | OPTI<br>SP/SC | DESO<br>OC  | DEPR<br>OC/SC | AUDI<br>OC/SC | DIV<br>OC   |
|-------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|
| 100/100/100 | 100%      | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | PEC<br>(1) | PEC<br>(1/4)  | 100%<br>(2) | PEC<br>(1/4)  | PEC<br>(1/4)  | 100%<br>(2) |



(\*) : Règle de calcul 02A : MRC = %TR-MRO (1) : Faire votre demande de prise en charge à l'adresse indiquée au verso.  
(2) : Selon les accords locaux. (3) : Accord départemental.  
100/100/100 : Taux AMC sur pharmacie remboursable à (65%, LPP 60%/30%/15%  
(4) : Prise en charge pour les partenaires SANTECLAIR par internet :  
<http://www.santclair.fr/m>



Important :

Seules les dépenses avec  
la mention SP sont prises  
en charge par SP santé.