N° adhérent : 03834302



Madame. Monsieur.

Nous avons le plaisir de vous adresser votre nouvelle attestation de Tiers-Payant Santé.

A très bientôt. Votre équipe Génération

NB : pour une meilleure lisibilité de votre attestation, nous vous conseillons de sélectionner « Ajuster à la page » dans vos paramètres d'impression



DÉCOUPEZ VOTRE ATTESTATION SELON LES POINTILLÉS ET PLIEZ-LA EN 3

auquel il convient de s'adresser pour rédamation. de GENERATION, organisme gestionnaire Cette carte est émise par et sous la responsabilité

à l'émetteur.

En cas de perte de droits, elle doit être restituée votre qualité de bénéficiaire du tiers payant. doit rester en votre possession pour justifier de comporte des informations confidentielles. Elle Attention: cette attestation est personnelle, elle

tiers payant Attestation



00401331

Typ Conv: voir colonnes, CSR:

N°AMC:

www.tpcomplementaire.fr Pour vous référencer : portail inter-AMC

www.generation.fr/professionnels-sante n espace Protessionnel de santé vous est dédié sur Vous êtes professionnel de santé

> 29080 QUIMPER Cedex 9 **CENERATION**

02 98 51 38 00 (tarif local) Génération Accueil

Contact

stneredhs/nf.noitsnengs.www i ons ies services en ilgne pour gerer votre contrat sur

Vous êtes adhérent

Cénération Control

Contrat Responsable Organisme Complémentaire : GENERATION OC 5P Sante ЯS

Sécurité sociale, contacter le 02 98 51 38 00 Autres domaines visés par l'article L871-1 du code de la

Transport sanitaire NAAT SAGE + LABO + RADL + AUXM + LPPS ZIVS Sage femme **SAGE** Pharmacie ЯАНЧ Opticien IT9O **OPTI + DENT** OPDE IQUA + IT90 **UA90** OPTI + DENT + AUDI **ODEA** Médecin généraliste ou spécialiste WED Hospitalisation hors soins externes **GSOH** Soins dentaires **DE2O** Prothèse dentaire DEPR

> Audioprothèse Signification de la codification:

Orthodontie

DE2O + DEbK + DEOK

Centre de santé hors dentaire

Soins externes sauf prothèse dentaire

DEOK

DENT

EXTE

CZLE

IUUA



ATTESTATION DE TIERS PAYANT

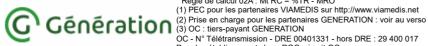
Génération 29080 QUIMPER Cedex 09

Période de garantie : 01/01/2024 au 30/04/2024

Assuré principal AMC : MR ALEMANY PIERRICK

Nº contrat · 00000000003834303

N°d'adhèrent : 03834	4302	R											ľ	v Cont	ıaı. V		00004302
Bénéficiaire(s) du tie Nom - Prénom Date de naissance (J/M/A) -				N° INSEI			Dépenses de PHAR* -SP-	santé MED* -SP-	CONC TRAN*	ernée: HOSP -OC-	S par l CSTE* -OC-	e tiers EXTE* -OC-	opti OPTI -VM-	nt DENT -OC-	AUDI -OC-	SVIL*	
ALEMANY PIERRICK 12/05/1987	1	1	87 ()5 45 2		10	100%	100%	100%	PEC (2)	100%	100%	PEC (1)	PEC (2)	PEC (2)	100%	
ALEMANY MORGANE 24/05/1988	1	2	88 ()5 45 1	55 098	84	100%	100%	100%	PEC (2)	100% (3)	100% (3)	PEC (1)	PEC (2)	PEC (2)	100% (3)	
ALEMANY ELI 13/05/2019	1	2	88 ()5 45 1	55 098	84	100%	100%	100%	PEC (2)	100% (3)	100% (3)	PEC (1)	PEC (2)	PEC (2)	100% (3)	



Règle de calcul 02A : Mt RC = %TR - MRO

Pour les établissements hors ROC, circuit OC



Important:

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