

**GROUPAMA MEDITERRANEE**

Maison de l'Agriculture - Bât.2  
Place Chaptal  
34261 MONTPELLIER Cedex 2

Tél. : 0 969 322 232 (appel non surtaxé)

Le 01 décembre 2015



(B1 - 1) - 1 - 1 / 1 - 1 - 1 - A0 - 2303050247013 - GSU - 02 - 24

CI 2531  
MONSIEUR GILARDI EDMOND  
MR CHERBONNEL HUGUES  
LE WILSON  
17 RUE HOTEL DES POSTES  
06000 NICE

Cher(e) Sociétaire,

Voici votre nouvelle attestation de tiers payant.

Cette attestation ainsi que votre carte Vitale doivent systématiquement être présentées à tout professionnel ou établissement de santé.

Si le professionnel de santé que vous consultez ne pratique pas le tiers payant sur la partie complémentaire, vous êtes remboursé en 3 jours, après réception de la facture acquittée (hors délais bancaires et postaux).

**Une seule chose à faire : mettez à jour votre carte Vitale.**

Et, bien sûr, pensez aussi à nous signaler, ainsi qu'à votre régime obligatoire, toute modification de votre situation familiale.

Bon à savoir : en cas de perte de votre attestation, vous pouvez demander, à tout moment, un duplicata en vous connectant à votre espace client : [www.groupama.fr](http://www.groupama.fr) (Onglets : Ma famille et moi, Remboursements et partenaires, Mes services, Demander une réédition de mon attestation de tiers payant).

GROUPAMA, Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles. Entreprise régie par le Code des Assurances



N° AMC : 09420001  
Typ Conv : voir colonnes, CSR :  
N° adhérent : 30119708  
Débiteur AHP : 27869

**ATTESTATION DE TIERS PAYANT  
GROUPAMA MEDITERRANEE**

Assuré Social : GILARDI EDMOND  
N° INSEE : 1 27 12 06 088 014 77  
Code GR : 02 061 Complément GR :

Période de validité :  
01/01/2016 au 31/12/2016

**DROITS EN LIGNE OUVERTS**

N° contrat : 320031047007

**Bénéficiaire(s) du Tiers Payant**

Nom - Prénom  
Date de Naissance (J/M/A) Rang  
GILARDI EDMOND  
01/12/1927 1  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Typ Conv

**Dépenses de santé concernées par le tiers payant**

PHAR*	LABO*	RADL*	AUXM*	LPPS*	TRAN	HOSP	EXTE	OPTI	DENT	AUDI	XXXXX
SP**	SP	SP	SP	SP	N1	OC	OC	SE	OC	SE	XXXXX
100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	100%	PEC	PEC	PEC	
						(1)		(1)	(1)	(1)	

\* règles de calcul 02A : MT RC = %TR - MRO  
(1) Pour la demande de prise en charge : voir indication au verso  
\*\* Service des droits en ligne ouvert (Visiodroits)



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

# > Comprendre votre attestation de tiers payant

**N° d'INSEE** : s'il n'est pas le même que celui porté sur la carte Vitale, avertissez votre centre de gestion.

**À rappeler** pour toute communication avec votre centre de gestion.

**Période de validité** : ces dates informent de la validité de vos droits.

Vous recevrez une nouvelle attestation avant la fin de la période de garantie.

Si votre contrat est résilié, vous devez nous retourner votre attestation.

Informations réservées aux professionnels de santé.

**Sp santé**

**ATTESTATION DE TIERS PAYANT**

Période de validité : \_\_\_\_\_

**DROITS EN LIGNE OUVERTS**

N° AMC : \_\_\_\_\_  
 Typ Cony : voir colonnes, CSR : \_\_\_\_\_  
 N° adhérent : \_\_\_\_\_  
 Débitur AHP : \_\_\_\_\_

Assuré Social : \_\_\_\_\_  
 N° INSEE : \_\_\_\_\_  
 Code GR : \_\_\_\_\_

Complément GR : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

**Bénéficiaire(s) du Tiers Payant**

Nom - Prénom	Date de Naissance (J/M/A)	Rang	Typ Cony	PHAR*	LARA*	AUXM*	LPPS*	TRAN	HOSP	EXTE	OPTI	DENT	AUDI	XXXXX
SP**	SP	SP	SP	SP	N1	HOSP	OC	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
(1)														
(1)														
(1)														
(1)														

**Dépenses de santé concernées par le tiers payant**

\* règles de calcul 02A : MT RC = %TR - MRO  
 (1) Pour la demande de prise en charge : voir indication au verso  
 \*\* Service des droits en ligne ouvert (Visiodroits)

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

**Bénéficiaires** : il s'agit des personnes couvertes par votre contrat et identifiées sous votre n° de Sécurité sociale (N° INSEE).

> Pour toute modification, pensez à prévenir votre centre de gestion.

La signification de ces sigles est précisée au dos de votre attestation.

> Les taux affichés sont à 100%. En cas de dépassement de la dépense, vous serez remboursé à hauteur de vos garanties santé.

(B1-1) - 1 - 1 - 1 - 1 - 2 - 2 - A0 - 2303050247013 - GSU - 02 - 24

## Signification de la codification :

PHAR : Pharmacie remboursable  
 LABO : Laboratoires  
 RADL : Radiologie  
 AUXM : Auxiliaires Médicaux (dont masseur kiné)  
 DENT : Chirurgien dentiste  
 OPTI : Opticien (verres, monture, lentille, ...)  
 HOSP : Hospitalisation  
 EXTE : Soins externes (Hôpital public)  
 AUDI : Audioprothèse  
 LPPS : Fournisseur sauf opticien et audioprothésiste  
 TRAN : Transporteurs sanitaires

SP : SP santé  
 SP\*\* : SP santé via le service des droits en ligne  
 SE : Sévane  
 OC : Organisme Complémentaire  
 NI : NOEMIE I  
 PEC : Prise en charge

## Réservé aux professionnels de santé

- HOSP, EXTE :  
 GROUPAMA MEDITERRANEE  
 Maison de l'Agriculture - Bât.2  
 Place Chaptal  
 34261 MONTPELLIER Cedex 2  
 Tél. 0 969 322 232 (appel non surtaxé)  
 Fax : 04 42 16 54 40  
 - OPTI, AUDI : partenaires Sévane  
[www.sevane.com](http://www.sevane.com)  
 - DENT :  
 Fax : 01 49 80 87 07  
 - Autres professionnels de santé :  
 Tél. 0810 765 765  
 (0,6€+coût depuis un mobile)  
 Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00

## Réservé aux assurés

Pôle Santé : 0 969 322 232  
 (appel non surtaxé)  
[www.groupama.fr](http://www.groupama.fr)  
 Groupama Assistance : 01 45 16 66 76  
 Depuis l'étranger : +33 1 45 16 66 76



## Attestation de tiers payant santé

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

Cette carte est émise sous la responsabilité de GIE GROUPAMA TPG, organisme gestionnaire auquel il convient de s'adresser pour réclamation.