N° adhérent : 04405431



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

andriel 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 etre restituee 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 ttestation



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

www.generation.fr/professionnels-sante r espace Professionnel 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

www.generation.fr/adherents i ons ies services en ilgne pour gerer votre contrat sur

Vous êtes adhérent

Cénération

Contrat Responsable Organisme Complémentaire : GENERATION 20 5P Sante ЯS

Sécurité sociale, contacter le 02 98 51 38 00 Autres domaines visés par l'article L8/1-1 du code de la

Transport sanitaire NAAT SAGE + LABO + RADL + AUXM + LPPS ΠΛS 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 **HOSP** Soins dentaires **DE2O** Prothèse dentaire DEPR Orthodontie DEOK DE2O + DE6B + DEOB DENT

> Audioprothèse Signification de la codification:

EXTE

CZIF

IUUA

santé

00401331 Typ Conv: voir colonnes, CSR:

N°d'adhérent: 04405431



ATTESTATION DE TIERS PAYANT

Génération 29080 QUIMPER Cedex 09

Assuré principal AMC : MR GUEYE ABDOULAYE

Période de garantie :

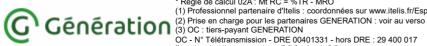
Soins externes sauf prothèse dentaire

Centre de santé hors dentaire

01/01/2024 au 31/12/2024

N° contrat: 000000004405431

Bénéficiaire(s) du tiers payant Dépenses de santé concernées par le tiers payant PHAR* MED* TRAN* HOSP CSTE* EXTE* ODEA S SVIL* -SP-Date de naissance (J/M/A) - Rang N° INSEE -SP--SP--OC--OC--OC-IT/OC -OC-GUEYE ABDOULAYE 100% 100% 100% 100% 100% 100% PEC PEC 1 81 01 99 341 255 08 31/01/1981 (2) $(1 \ 2) \ (3)$ (3) (3) GUEYE NATOU 100% 100% 100% PEC 100% PEC 100% 18/10/2016 2 85 06 99 341 131 63 (1 2) (3) (3) (3) (2)GUEYE RAMATOULAYE 100% 100% 100% 100% 100% PEC PEC 100% 26/04/2021 2 85 06 99 341 131 63 (2)(3)(3) (1 2) (3) GUEYE MOUHAMADOU BACHIR 100% 100% 100% PEC 100% 100% PEC 100% 12/10/2022 2 85 06 99 341 131 63 (2)(3)(3) $(1 \ 2) \ (3)$



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

(1) Professionnel partenaire d'Itelis : coordonnées sur www.itelis.fr/Espace PS

Pour les établissements hors ROC, circuit OC



Important:

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