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

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°d'adhárant:

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) L'énération 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 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 + DEbB + DEOB **DENT** Soins externes sauf prothèse dentaire **EXTE** 

Centre de santé hors dentaire

Audioprothèse Signification de la codification:

**CZLE** 

IUUA



## ATTESTATION DE TIERS PAYANT

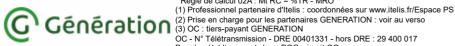
Génération 29080 QUIMPER Cedex 09

Période de garantie : 01/01/2024 au 31/12/2024

Assuré principal AMC : MR GUEYE ABDOULAYE

N° contrat: 000000004405431

in d'adrierent : 0440	15431 R										•		
Bénéficiaire(s) du ti Nom - Prénom					Dépenses de PHAR*	MED*	TRAN*	HOSP	ČSTE*	EXTE*	ODEA	SVIL*	
Date de naissance (J/M/A)	- Rang		N° INSEE		-SP-	-SP-	-SP-	-OC-	-OC-	-OC-	IT/OC	-OC-	
GUEYE ABDOULAYE					100%	100%	100%	PEC	100%	100%	PEC	100%	
31/01/1981	1	1 81	01 99 341	255 08				(2)	(3)	(3)	(1 2)	) (3)	
GUEYE NATOU					100%	100%	100%	PEC	100%	100%		100%	
18/10/2016	1	2 85	06 99 341	131 63				(2)	(3)	(3)	(1 2)	) (3)	
GUEYE RAMATOULAYE					100%	100%	100%	PEC	100%	100%	PEC	100%	
26/04/2021	1	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	1	2 85	06 99 341	131 63				(2)	(3)	(3)	(1 2)	(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.