

N° adhérent : 03888528



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



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 par et sous la responsabilité de GENERATION, organisme gestionnaire auquel il convient de s'adresser pour réclamation.

Attestation  
de tiers payant



**Vous êtes professionnel de santé**  
Un espace Professionnel de santé vous est dédié sur [www.generation.fr/professionnels-sante](http://www.generation.fr/professionnels-sante)  
Pour vous référencer : portail Inter-AMC [www.tpccomplémentaire.fr](http://www.tpccomplémentaire.fr)

**Vous êtes adhérent**  
Tous les services en ligne pour gérer votre contrat sur [www.generation.fr/adhérents](http://www.generation.fr/adhérents)  
**Contact**  
Génération Accueil  
02 98 51 38 00 (tarif local)  
Adresse  
GENERATION  
29080 QUIMPER Cedex 9

**Signification de la codification :**

AUDI	Audioprothèse
CSTE	Centre de santé hors dentaire
EXTE	Soins externes sauf prothèse dentaire
DENT	DES + DEPR + DEOR
DEOR	Orthodontie
DEPR	Prothèse dentaire
DESO	Soins dentaires
HOSP	Hospitalisation hors soins externes
MED	Médecin généraliste ou spécialiste
ODEA	OPTI + DENT + AUDI
OPAU	OPTI + AUDI
OPDE	OPTI + DENT
OPTI	Opticien
PHAR	Pharmacie
SAGE	Sage femme
SVIL	SAGE + LABO + RADL + AUXM + LPPS
TRAN	Transport sanitaire

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

\*\*\*

SP Santé  
OC Organisme Complémentaire : GENERATION  
R Contrat Responsable

**ATTESTATION DE TIERS PAYANT**  
Génération 29080 QUIMPER Cedex 09

Assuré principal AMC : MME HE MINA

Période de garantie :  
**01/01/2025 au 31/12/2025**

N° contrat : 0000000003888528

**Bénéficiaire(s) du tiers payant**

Nom - Prénom	N° INSEE
HE MINA	2 92 08 99 216 342 90
Date de naissance (J/M/A) - Rang	16/08/1992 1

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

PHAR*	MED*	TRAN*	HOSP	CSTE*	EXTE*	ODEA	SVIL*
-SP-	-SP-	-SP-	-OC-	-OC-	-OC-	IT/OC	-OC-
100%	100%	100%	PEC	100%	100%	PEC	100%
			(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](http://www.itelis.fr/Espace PS)  
(2) Prise en charge pour les partenaires GENERATION : voir au verso  
(3) OC : tiers-payant GENERATION  
OC - N° Télétransmission - DRE 00401331 - hors DRE : 29 400 017  
Pour les établissements hors ROC, circuit OC



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