

N° adhérent : 00727426



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 GÉNÉRATION, organisme gestionnaire auquel il convient de s'adresser pour réclamation.

Attestation
de tiers payant
Santé



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

Vous êtes adhérent
Tous les services en ligne pour gérer votre contrat sur www.generation.fr/adhérents

Contact
Génération Accueil
02 98 51 38 00 (tarif local)
Adresse
GÉNÉRATION
29080 QUIMPER Cedex 9

Signification de la codification :

AUDI	Audio-prothèse
CSTE	Centre de santé hors dentaire
EXTE	Soins externes sauf prothèse dentaire
DENT	DESOP + DEPR + DEOR
DEOR	Orthodontie
DEPR	Prothèse dentaire
DESOP	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
R
Organisme Complémentaire : GÉNÉRATION
Contrat Responsable

Sp santé
N°AMC : 00401331
Typ Conv : voir colonnes, CSR :
N°d'adhérent : 00727426 R



ATTESTATION DE TIERS PAYANT
Génération 29080 QUIMPER Cedex 09

Assuré principal AMC : MR BOUYA EMBONI HERBERT

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

N° contrat : 0000000000727426

Bénéficiaire(s) du tiers payant				Dépenses de santé concernées par le tiers payant									
Nom - Prénom	N° INSEE	PHAR*	MED*	TRAN*	HOSP	CSTE*	EXTE*	ODEA	SVIL*				
Date de naissance (J/M/A) - Rang		-SP-	-SP-	-SP-	-OC-	-OC-	-OC-	SC/TS	-OC-				
BOUYA EMBONI HERBERT 04/11/1982 1	1 82 11 99 328 025 60	100%	100%	100%	PEC (2)	100% (3)	100% (3)	PEC (1)	100% (3)				
BOUYA EMBONI FORGET JASON 26/10/2011 1	2 81 03 94 046 035 77	100%	100%	100%	PEC (2)	100% (3)	100% (3)	PEC (1)	100% (3)				
BOUYA EMBONI FORGET TAYRELLS 01/04/2014 1	2 81 03 94 046 035 77	100%	100%	100%	PEC (2)	100% (3)	100% (3)	PEC (1)	100% (3)				
BOUYA EMBONI FORGET KRYSTALE 25/08/2017 1	2 81 03 94 046 035 77	100%	100%	100%	PEC (2)	100% (3)	100% (3)	PEC (1)	100% (3)				

* Règle de calcul 02A : Mt RC = %TR - MRO
(1) Liste des partenaires SANTECLAIR Tél. 01 47 61 22 01
(2) PEC Santéclair : www.santeclair.fr/fr/ps - PEC TP+ : www.tpplus.fr
(3) OC - TP GENERATION 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**.