

Signification de la codification :

PHAR : Pharmacie remboursable
MED : Médecin généraliste, spécialiste
SVIL : Sage-femme, laboratoires, radiologues
auxiliaires médicaux et fournisseurs (sauf
opticiens et audioprothésistes)
CSTE : Centres de Santé sauf prothèse dentaire
TRAN : Transporteur sanitaire
HOSP : Hospitalisation
CHAM : Chambre particulière
EXTE : Soins externes (Hôpital public)
OPTI : Opticien (verres, monture, lentille, ...)
AUDI : Audioprothèse
DESO : Soins dentaires
DEPR : Prothèse dentaire
DEOR : Orthodontie ***
SP : SP santé
SE : Sévéane
GG : Gie Groupama TPG
OC : Organisme Complémentaire
NI : NOEMIE I ***
PEC : Prise en charge

Pour nous contacter :

Tél. 03 25 30 64 30
sante@groupama-ge.fr
GROUPAMA SANTE
Parc d'activités Guy Fallay
CS 92026
52920 CHAUMONT Cedex 9
Votre espace client : www.groupama.fr

Réservé aux professionnels de santé

- **HOSP interne et externe :**
Adresse : voir ci-dessus
Fax : 03 25 30 65 10
- **OPTI, AUDI, DESO, DEPR :**
Sévéane : www.seveane.com
GIE Groupama TPG :
www.tpg.groupama.com
- **Autres professionnels de santé :**
Tél. 0970 820 612 (appel non surtaxé)
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00

Groupama Assistance : 01 45 16 66 76
Depuis l'étranger: +33 1 45 16 66 76

GIE GROUPAMA Tiers Payant Généralisé
8/10 rue d'Astorg 75008 PARIS



Groupama

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.



N° AMC : **09420001**
 Typ Conv : voir colonnes, CSR :
 N° adhérent : **19175021**

Assuré Social : **ROULEAU JEAN PASCAL**
 N° INSEE : **1 46 05 70 311 049 87**
 Code GR : **01 211** Complément GR :

N° contrat : **721662440001**

DROITS EN LIGNE OUVERTS / IDB

Bénéficiaire(s) du Tiers Payant

Dépenses de santé concernées par le tiers payant

Nom - Prénom	Date de Naissance (J/M/A)	Rang	Typ Conv	PHAR*	MED*	SVIL*	CSTE*	TRAN	HOSP	CHAM	EXTE	OPTI	DEPR	DESO	DEOR*
ROULEAU JEAN PASCAL	06/05/1946	1		100%	100%	100%	100%	100%	100%	60 Eur	100%	SE/GG	PEC	100%	100%
XXXXXXXXXXXXXXXX									(1)	(2)		PEC(3)	(3)		

Pour les séjours en psychiatrie en MAS et en EHPAD, une demande de prise en charge est obligatoire au n° indiqué au verso.

* règles de calcul 02A : MT RC = %TR - MRO
 (1) Absence de Ticket Modérateur pour les Assurés cotisant au Régime Local
 (2) Jour de sortie non facturable
 (3) Pour la demande de prise en charge : voir indication au verso



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