



Dijon, le 12 août 2024

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex
000050

Références à rappeler :
CARTE PAPIER COMPLEMENTAIRE
Dossier n° : 2570121231310
Mme PARENT ANNE-FRANCOISE

Madame PARENT ANNE-FRANCOISE
LA GARELLE
3 GRANDE RUE
21630 POMMARD

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous adresser votre nouvelle attestation de tiers payant pour l'année 2024, qui remplace toute carte précédemment reçue.

Elle vous dispense de régler le ticket modérateur* aux professionnels de santé pratiquant le tiers payant ; les professionnels de santé restant libres de l'accepter. Pour profiter de ce service, vous devez leur présenter cette attestation accompagnée de votre carte Vitale préalablement mise à jour.

Vous bénéficiez également du tiers payant auprès des opticiens du réseau de soins Carte Blanche. Le détail de ce service et de vos garanties figure dans votre notice d'information. N'hésitez pas à vous y référer en vous connectant à votre compte sur www.groupeagric.com.

Votre attestation est personnelle et comporte des informations confidentielles. En cas d'erreur, de modification ou pour toutes vos demandes, contactez votre **Caisse locale de Mutualité Sociale Agricole (MSA)**, gestionnaire de vos prestations santé. Ses coordonnées figurent sur votre attestation.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleures salutations.





La Direction



Pour faciliter vos demandes de remboursements santé, devis ou pour toutes questions relatives à votre prise en charge, nous vous invitons à contacter directement votre Caisse locale de MSA, sur votre espace privé msa.fr ou par courrier à l'adresse mentionnée sous le logo du Groupe AGRICA, sur votre carte d'attestation de tiers-payant ci-dessous.

*Le ticket modérateur correspond à la différence entre la base de remboursement, déterminée par la Sécurité sociale pour chaque acte médical ou traitement, et la prise en charge réelle du régime social de base. Votre complémentaire santé couvre cette somme laissée à votre charge. Ainsi, grâce au tiers payant, vous n'avancez plus vos dépenses de santé, à l'exception des dépassements d'honoraires éventuels et de certains frais non remboursés par la Sécurité sociale.

folio 1/1
F53 P106
0000

Assurée : ANNE-FRANCOISE PARENT			ATTESTATION DE TIERS-PAYANT											
		CPCEA 21 RUE DE LA BIENFAISANCE 75382 PARIS CEDEX 08 Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale	PERIODE DE VALIDITE : DU 01/01/2024 AU 31/10/2024			IDB N° AMC : 784411134 TYP CONV : MA CSR : 211 N° ADHERENT : 2570121231310								
Demandes de remboursement à adresser à : CAISSE REGIONALE MSA DE BOURGOGNE 14 RUE FELIX TRUTAT 21046 DIJON CEDEX TEL 03 85 39 50 83 / FAX 03 80 63 23 02			Pour optique uniquement   www.tp-isante.fr		EDITEE LE 12/08/2024 n° télétrans(1) = 02211000		SANTE CCN 52							
BENEFICIAIRES REGIME AGRICOLE			GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT REGIME OBLIGATOIRE INCLUS**											
NOM, PRENOM	Contrat	MED	AUXM	LARA	PROT	PHAR	DEPR	DEOR	OPTI	TRAN	HOSP			
QUALITE, DATE DE NAISSANCE	NIR	Option(2)												
PARENT FRANCOIS CJT 11/01/1955	1550121054017	9T OUI(N00)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	PEC	PEC	CB*/IS	100% TM	PEC		
PARENT ANNE-FRANCOISE ADH 30/01/1957	2570121231310	9T OUI(N00)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	PEC	PEC	CB*/IS	100% TM	PEC		

* Opticien conventionné Carte Blanche : prise en charge via CBPEC / Opticien conventionné iSanté : prise en charge via www.tp-isante.fr

(1): Numéro de télétransmission pour les bénéficiaires non agricoles
(2): Si oui, votre contrat prévoit un service d'assistance, pour toute demande: VOIR NOTICE

ADH=Assuré, CJT=Conjoint, CCB=Concubin ou Pacsé, Enf=Enfant, AUT=Autre

**** LES TAUX S'APPLIQUENT AUX BASES DE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE.**

Avec AGRICA simplifiez votre quotidien

Ouvrez votre compte
sur l'espace client
www.groupagricar.com

et suivez à tout moment
vos remboursements santé

MSA + AGRICA

RETRAITE - PRÉVOYANCE - SANTÉ - ÉPARGNE



PERIODE DE VALIDITE

La période de validité est indiquée en haut à droite du recto.

CODIFICATION UTILISEE POUR LES COLONNES MALADIES

MED	Médecins généralistes et spécialistes
AUXM	Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kiné, orthophonistes, pédicures orthoptistes)
LARA	Radiologues et laboratoires
PHAR	Pharmacie remboursable CP1: TM seulement sur médicaments à 65% CP2: TM seulement sur médicaments remboursés à 65% et 30%
OPTI	Optique
PROT	Petit appareillage, fourniture médicale, orthopédie, audioprothèses
DEPR	Prothèses dentaires
DEOR	Orthodontie
TRAN	Transport remboursable
HOSP	Frais d'hospitalisation, forfait actes lourds, maladie, chirurgie, forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnement, forfait confort hospitalier
TM	Ticket Modérateur
PEC	Prise en charge

IMPORTANT

Cette carte doit être conservée pendant toute sa période de validité. Elle est rigoureusement personnelle et doit nous être retournée en cas de cessation de la garantie pendant la validité de la carte. Elle vous donne accès aux services de tiers payant* liés à votre contrat.

Contact | Santé:

0 820 03 12 43 Service 0,12 € / min
+ prix appel

Site : www.tp-isante.fr

Carte Blanche :

Prise en charge optique et règlement via CBPEC

N°Cristal 09 69 39 66 39
APPEL NON SURTAXE

**Pratique du Tiers Payant sous réserve de l'acceptation du Professionnel de Santé et dans le respect du contrat responsable. Pour les autres postes de garanties non présents sur la carte, veuillez contacter l'organisme de gestion indiqué au recto.*

CARTE D'ASSURANCE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Attestation de tiers payant

