

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 : Séviane
 GG : Gie Groupama TPG
 OC : Organisme Complémentaire
 N1 : 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 :
 Séviane : www.seviane.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

RECTO



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.

Sp
santé

N° AMC : 09420001
 Typ Conv : voir colonnes, CSR :
 N° adhérent : 1511111111



ATTESTATION DE TIERS PAYANT GROUPAMA GRAND EST

Assuré Social : [REDACTED]
 N° INSEE : [REDACTED]
 Code GR : 02 215 Complément GR :

Période de validité :
 01/09/2018 au 31/08/2019

DROITS EN LIGNE OUVERTS / ID

N° contrat : 600021703031

Bénéficiaire(s) du Tiers Payant

Nom - Prénom
 Date de Naissance (J/M/A) Rang
 [REDACTED] 1
 XXXXXXXXXXXXXXXX

Dépenses de santé concernées par le tiers payant

PHAR*	MED*	SVIL*	CSTE*	TRAN	HOSP	CHAM	EXTE	OPTI	DEPR	DESO	DEOR
SP	SP	SP	SP	N1	OC	OC	OC	AUDI	SE/GG	SE/GG	SP
100%	100%	100%	100%	100%	100%	60 Eur	100%	SE/GG	PEC	100%	100%
					(1)	(2)		PEC(3)	(3)		

SPECIMEN

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
 mention SP sont prises
 charge par SP santé.