

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 : Audioprothésiste
 DESO : Soins dentaires
 DEPR : Prothèse dentaire
 DEOR : Orthodontie

 SP : SP santé
 SE : Sévéane
 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



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.

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



VERSO

ATTESTATION DE TIERS PAYANT GROUPAMA GRAND EST

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

DROITS EN LIGNE OUVERTS / ID

N° contrat : 600021703031

N° AMC : 09420001

Typ Conv : voir colonnes, CSR :

N° adhérent : 1

Assuré Social :
 N° INSEE :
 Code GR : 02 215 Complément GR :

Dépenses de santé concourées par le tiers payant

Typ Conv	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%	(1)	(2)	100%	100%

Bénéficiaire(s) du Tiers Payant

Nom - Prénom
 Date de Naissance (J/M/A) Rang

1

XXXXXXXXXXXXXX

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 en charge par SP santé.

