

N° adhérent : 02538262



Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous adresser votre nouvelle attestation de tiers payant.

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



DECOUPEZ VOTRE ATTESTATION SELON LES POINTILLES ET PLIEZ-LA EN 3

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

Attestation
de tiers payant
santé



Vous êtes adhérent
Tous les services en ligne pour gérer votre contrat sur www.generation.fr/adherents
Contact
Génération Accueil
02 98 51 38 00 (tarif local)
Adresse
GENERATION
29080 QUIMPER Cedex 9
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.tpcomplementaire.fr

Signification de la codification :

AUDI	Audioprothèse
CSTE	Centre de santé hors dentaire
EXTE	Soins externes sauf prothèse dentaire
DENT	DESQ + DEPR + DEOR
DEOR	Orthodontie
DEPR	Prothèse dentaire
DESQ	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 + LPS
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 Organisme Complémentaire : GENERATION
R Contrat Responsable

ATTESTATION DE TIERS PAYANT

Génération 29080 QUIMPER Cedex 09



Assuré principal AMC : MME ROUBAUD ISABELLE

Période de garantie :

01/01/2026 au 31/12/2026

N°AMC : 00401331
Typ Conv : voir colonnes, CSR :
N°d'adhérent : 02538262 R

N° contrat : 0000000002538262

Bénéficiaire(s) du tiers payant

Nom - Prénom	N° INSEE
CASOLI CLEMENTINE	1 2 05 06 13 208 035 12
04/06/2005	

Dépenses de santé concernées par le tiers payant

PHAR*	MED*	TRAN*	HOSP	CSTE*	EXTE*	OPAU	DESQ*	DEPR	DEOR	SVIL*
-SP-	-SP-	-SP-	-OC-	-OC-	-OC-	IT/OC	-OC-	IT/OC	-OC-	-OC-
100%	100%	100%	PEC	100%	100%	PEC	100%	PEC	PEC	100%
			(2)	(3)		(1 2) (3)	(1 2) (2)	(3)		

* Règle de calcul 02A : Mt RC = %TR - MRO
(1) Professionnel partenaire d'Itelis : coordonnées sur www.itelis.fr/Espace PS
(2) Prise en charge pour les partenaires GENERATION : voir au verso
(3) OC - N° Télétransmission - DRE : 00401331 - hors DRE : 29 400 017
Pour les établissements hors RQC, circuit OC



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

Mes garanties (4/6)

DENTAIRE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS	
	FORMULE DE BASE	FORMULE SURCOMPLÉMENTAIRE
	Contrat responsable	Contrat non responsable
	(en complément de l'AMO)	(en complément de la formule de base)
SOINS		
Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100 % TM	/
Parodontologie prise en charge par l'AMO	100 % TM	/
Parodontologie non prise en charge par l'AMO (curetage / surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire, lambeau)	10 % PMSS	/
SOINS PROTHÉTIQUES 100 % SANTÉ (*)		
Prothèses fixes, provisoires, amovibles, bridges et inlay core	100 % FR – RAMO dans la limite des HLF(*)	/
SOINS PROTHÉTIQUES À TARIFS MAÎTRISÉ ET LIBRE (*)		
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO	460 % BR	/
Inlays/onlays	300 % BR	/
Inlay core	300 % BR	/
Inter de bridge	400 % BRR	/
ORTHODONTIE		
Orthodontie prise en charge par l'AMO	350 % BR	/
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	250 % BRR dans la limite de 4 semestres	/
PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'AMO		
Prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO (pilier de bridge sur dent saine)	400 % BRR	/
Implantologie non prise en charge par l'AMO (scanner, pose de l'implant + faux moignon implantaire)	700 € dans la limite de 3 implants par année civile et par bénéficiaire	/

(*) tel que défini réglementairement.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Dépense réelle	Remboursement de l'AMO	Remboursement de La Mutuelle*	Reste à charge
DENTAIRE (**)				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur une dent du sourire (prothèse 100 % santé)	500 €	84 €	416 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (tarif libre)	538,70 €	75,25 €	463,45 €	0,00 €

* Dans la limite des frais réels engagés.

** Pour les exemples de remboursement ci-dessus, le profil type retenu est celui d'un patient adulte, relevant du Régime général de Sécurité sociale, ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur et respectant le parcours de soins coordonnés.

Mes garanties (5/6)

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ (Y COMPRIS HOSPITALISATION AMBULATOIRE ET A DOMICILE)

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS	
	FORMULE DE BASE	FORMULE SURCOMPLÉMENTAIRE
	Contrat responsable	Contrat non responsable
	(en complément de l'AMO)	(en complément de la formule de base)
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	/
HONORAIRES		
Honoraires du praticien - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation		
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	300 % BR	/
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ou non conventionné	100 % BR	+ 200 % BR
AUTRES ACTES		
Frais de séjour		
✓ en secteur conventionné	300 % BR	/
✓ en secteur non conventionné	90 % FR dans la limite de 300 % BRR	/
Chambre particulière		
✓ en ambulatoire	80 € par jour	/
✓ hors ambulatoire	110 € par jour	/
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	1,50 % PMSS par jour	/
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % FR	/
Forfait Patient Urgences	100 % FR	/

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Dépense réelle	Remboursement de l'AMO	Remboursement de La Mutuelle*	Reste à charge
HOSPITALISATION (**)				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0,00 €	20 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €

* Dans la limite des frais réels engagés.

** Pour les exemples de remboursement ci-dessus, le profil type retenu est celui d'un patient adulte, relevant du Régime général de Sécurité sociale, ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur et respectant le parcours de soins coordonnés. Le taux de remboursement de l'AMO pris en compte dans les exemples est de 100 %.