



# CONVENTION TIERS PAYANT TRANSPORT

ENTRE

D'une part,

ADREA Mutuelle dont le siège social est sis 25 Place de la Madeleine 75008 PARIS,  
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le  
numéro 311799878 représentée par

Madame Agnès BONJEAN, Directeur Métier DSA, dûment habilitée à l'effet de  
signer les conventions de tiers-payant,

ET

D'autre part,

.....  
.....  
.....

Téléphone :

Adresse mail :

N° Siret : .....

## **Article 1 : OBJET**

La présente convention a pour objet de permettre aux bénéficiaires tels que définis à l'article 2 de bénéficier auprès du professionnel de santé, signataire de la présente convention, d'une dispense d'avance de frais médicaux.

## **Article 2 : BENEFICIAIRES**

La présente convention s'applique à l'ensemble des adhérents d'ADREA Mutuelle et à leurs ayants droit pouvant justifier de l'ouverture de leurs droits aux prestations.

## **Article 3 : CONTROLE DES DROITS / PAIEMENTS**

Le professionnel de santé s'engage à contrôler la validité des droits inscrits sur la carte d'adhérent mutualiste, pour cette catégorie de soins (dont le libellé est indiqué au verso de la carte) préalablement à la pratique du tiers-payant.

Seuls donneront lieu à paiement par ADREA Mutuelle la facturation des soins effectués pendant la période d'ouverture des droits figurant sur ce document.

Sont exclus de la prise en charge :

- Les prestations non remboursables conformément au code de la Sécurité Sociale,
- Les actes soumis à entente préalable qui n'auraient pas fait l'objet d'un accord du Régime Obligatoire,
- Les suppléments pour convenance personnelle et les dépassements éventuels à la charge de l'adhérent.

ADREA Mutuelle se donne le droit de récupérer auprès du professionnel de santé le montant d'un ticket modérateur qui aurait été remboursé à 100 % par le régime obligatoire de l'adhérent.

## **Article 4 : ENGAGEMENT DES PARTIES**

### 4 - 1 Engagement d'ADREA Mutuelle

ADREA Mutuelle s'engage à laisser à ses adhérents le libre choix du professionnel de santé. Elle informera ses adhérents de l'existence de la présente convention par tous moyens d'information qu'elle jugera nécessaire.

Le paiement du professionnel de santé par ADREA Mutuelle s'effectuera dès réception de l'information du paiement de la part régime obligatoire par la Sécurité Sociale. Le délai de paiement ne peut excéder 30 jours dès réception de ces éléments. En cas de non-respect de ce délai, le professionnel de santé pourra mettre en œuvre une procédure de rappel. ADREA Mutuelle se réserve le droit de demander la facture détaillée au professionnel de santé.

#### 4- 2 Engagement du professionnel de santé

Le professionnel de santé s'engage à pratiquer le tiers payant avec les adhérents d'ADREA Mutuelle dès lors qu'il le pratique avec le régime obligatoire de l'adhérent.

Les honoraires du professionnel de santé sont fixés par référence à la valeur de codification de l'acte figurant à la nomenclature des actes professionnels par rapport au tarif de responsabilité de la sécurité sociale, sans majoration de cette valeur.

A la demande d'ADREA Mutuelle, il transmettra un duplicata de la facture pour remboursement.

Il fera son affaire des litiges susceptibles de survenir dès l'instant où l'article 4 de la présente convention n'est pas respecté.

Le professionnel de santé s'engage à épuiser tous les recours qui lui sont connus afin d'obtenir éventuellement auprès des régimes obligatoires le droit à l'exonération du ticket modérateur pour le bénéficiaire des soins.

#### **Article 5 : MISE EN ŒUVRE DE LA PRESENTE CONVENTION**

Dans le cadre de la procédure NOEMIE, le Régime Obligatoire transmet par réseau informatique à la Mutuelle les informations. Le paiement de la part complémentaire à l'adhérent s'effectue sur la base des éléments fournis en télétransmission. Le professionnel de santé s'engage à bien renseigner sur son logiciel les éléments nécessaires à la télétransmission de la facture.

Quel que soit le régime d'affiliation du patient, la facture devra comporter une référence (date et numéro), le nom et le prénom du malade, son numéro d'immatriculation au régime obligatoire et sa date de naissance, la période de soins, la date de prescription, la nature des prestations (code acte libellé, quantité, coefficient, prix unitaire ou base de remboursement), le taux de remboursement du régime obligatoire.

- **Si vous utilisez les services d'un concentrateur**, veuillez vous référer à l'*annexe 1* pour obtenir les codes préfectoraux utiles à la télétransmission qui sont propres à chaque centre de gestion.

Merci de nous indiquer ci-après **le nom du concentrateur** que vous utilisez : .....

#### **Article 6 : DUREE DE LA CONVENTION**

La présente convention est conclue à compter du ..... Elle est valable pour une durée d'un an (année civile) renouvelable ensuite par tacite reconduction.

## **Article 7 : DENONCIATION, RESILIATION**

### **Dénonciation :**

La présente convention peut être dénoncée à l'initiative de l'une des parties signataires, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard trois mois avant son échéance, la dénonciation prenant effet à l'échéance.

### **Résiliation :**

La présente convention pourra être également résiliée de plein droit :

- ⇒ Si les bases juridiques qui la fondent ou la réglementation de la sécurité sociale, la rendent caduque ;
- ⇒ Si une juridiction, en dernier ressort, sanctionne les principes de la validité de cet accord.

Fait en double exemplaire le

Le Directeur Métier DSA

Madame Agnès BONJEAN

Le Professionnel de Santé (\*)

**(\*) *Attention, ne pas oublier de joindre un Relevé d'Identité Bancaire. Merci.***