

**CONVENTION DE TIERS-PAYANT POUR LA PART MUTUELLE**

**FRAIS DE LABORATOIRE**

Entre

**Le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale** .....

.....

.....

.....

Ci-après dénommé **le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale**,  
représenté par

d'une part,

et

**La Mutuelle PREVADIES**

**Groupe Harmonie Mutuelles**

siège social : 143 rue Blomet à PARIS (75015)

siège administratif région est : 9-11 avenue du Rhin à LAXOU (54520)

*Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité*

*N° d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 442224671*

Ci après dénommée **La Mutuelle**,

**représentée par Monsieur Jean-Luc GUILLOTIN, Directeur Général Délégué**

dûment mandaté à cet effet,

d'autre part,

**Il est convenu ce qui suit :**

**Article 1<sup>er</sup> : OBJET DE LA CONVENTION**

Les parties signataires conviennent que les personnes définies à l'article 2 bénéficieront de la convention de dispense d'avance de la partie des dépenses de Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale laissée à la charge des assurés sociaux par le régime obligatoire dont ils dépendent et prise en charge par la Mutuelle.

Cette convention entre dans le cadre de l'art. 1250 du Code Civil définissant la subrogation de paiement et également dans le cadre du protocole local de dispense des frais conclus entre le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

**Article 2 : BENEFICIAIRES**

Cette convention s'applique aux adhérents de la mutuelle, et à leurs ayants-droits, bénéficiant d'une ouverture des droits aux prestations au titre de leur régime d'obligation.

**Article 3 : CONDITIONS D'APPLICATION**

Cette convention s'applique dans le cadre des articles L.322.1 et L.162.13.1 du code de la Sécurité Sociale.

Pour bénéficier de la présente convention, l'assuré social mutualiste devra :

1. remplir les conditions d'ouverture des droits au régime obligatoire dont il relève et en présenter la justification au Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale.
2. présenter au Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale sa carte d'adhérent à jour de droit.

#### **Article 4 : MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION**

L'adhérent de la Mutuelle doit présenter au Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale :

- la prescription médicale
- son attestation des droits à la sécurité sociale ou sa carte d'assurance maladie VITALE.
- sa carte d'adhérent précisant l'une des mentions suivantes : LABO ou LARA

Après avoir effectué les actes prescrits, le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale :

- a) établit une facture ou émet un relevé de télétransmission, indiquant :
  - le nom de la mutuelle
  - le nom usuel et prénom du bénéficiaire des soins
  - le numéro d'adhérent de ce bénéficiaire
  - le numéro d'immatriculation sécurité sociale de l'assuré
  - la date des actes
  - le montant dû par le régime obligatoire
  - le montant dû par la Mutuelle (avec cumul général)
  
- b) ou télétransmet ses dossiers vers la mutuelle, selon les modalités fixées en annexe.

Le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale perçoit s'il y a lieu le montant des dépassements exceptionnels dans les cas prévus à la convention nationale entre les biologistes et les régimes obligatoires, et le montant des actes hors nomenclature.

Les dépassements d'honoraires facturés pour des actes réalisés hors parcours de soins ne pourront faire l'objet de tiers payant.

#### **Article 5 : ENGAGEMENTS DE LA MUTUELLE**

La Mutuelle s'engage à rembourser le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale ou l'organisme professionnel chargé de le représenter, de la part complémentaire dans un délai de 10 jours.

Les paiements se font exclusivement par virement bancaire.

En cas de non-respect de ces délais, le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale concerné mettra en œuvre une procédure de rappel.

La Mutuelle s'engage à laisser à ses adhérents le libre choix de leur Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale. Toutefois, sans porter atteinte à ce libre choix, la Mutuelle se réserve le droit de les informer sur les Laboratoires qui se sont engagés à appliquer la présente convention.

La Mutuelle s'engage à porter la présente convention, ainsi que les modifications qui pourraient y être apportées ultérieurement, à la connaissance de ses adhérents qui le demanderont.

#### **Article 6 : ENGAGEMENTS DU LABORATOIRE**

Le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale ayant adhéré à la présente convention s'engage à accepter de la Mutuelle un paiement différé des actes effectués pour le compte de ses adhérents sur ordonnance médicale.

Si un adhérent se trouve momentanément sans carte d'adhérent (perte, oubli ou retard dans le règlement de ses cotisations) et qu'il bénéficie cependant de la délégation de paiement Sécurité Sociale, le Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale s'engage à remettre à l'intéressé la facture en mentionnant "Ticket Modérateur intégralement payé par l'assuré".

Tout dossier non présenté dans un délai de deux ans après l'exécution des actes sera forclos.

Lorsque des examens hors nomenclature seront réalisés à un adhérent dont la carte d'adhérent mentionne « Biologie Hors Nomenclature », le Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale invitera l'adhérent à se rapprocher de sa Mutuelle pour le remboursement des dits actes hors nomenclature

sur présentation d'un acquit et d'une attestation certifiée par le Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale.

#### **Article 7 : COMMISSION DE CONCILIATION**

En cas de litige, les signataires de la présente convention s'engagent à un échange d'informations susceptibles de régler le différend.

A défaut de solution, les signataires acceptent le principe de la constitution d'une commission de concertation locale qui sera chargée d'examiner les difficultés d'application de la présente convention. Elle sera composée à égalité de personnes choisies par les parties signataires, pour les représenter.

#### **Article 8 : INFORMATIONS DES MUTUALISTES ET DES LABORATOIRES**

En vue d'assurer la meilleure application de la présente Convention, la Mutuelle s'engage à informer ses adhérents des modalités de son application par les moyens lui paraissant les plus appropriés.

#### **Article 9 : DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION**

La présente convention prend effet dès sa signature, pour la durée de l'année civile en cours.

A la suite, elle sera renouvelée par tacite reconduction par période d'une année, sauf préavis donné par lettre recommandée avec accusé de réception adressé au plus tard trois mois avant son échéance, par la partie qui décide de dénoncer la présente convention.

#### **Article 10 : RESILIATION DE LA CONVENTION**

La convention devient caduque de plein droit :

- en cas de modification fondamentale de la Convention passée entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale signataires,
- en cas de retrait ou de suspension d'agrément,
- en cas de violation grave et répétée des engagements conventionnels, constatée par la Commission de Conciliation.

Fait à  
Le .....

**Le Laboratoire d'Analyses de  
Biologie Médicale,**

Fait à LAXOU,  
le 14 septembre 2009

**PREVADIES**

Jean-Luc GUILLOTIN,  
Directeur Général Délégué.

ANNEXE



Centre de gestion

N° mutuelle

Prévadiès 11 avenue du Rhin - 54520 Laxou Tél. 0 820 830 860 (0,12 euro/mn)		CODE PRET ÉDITEUR : 54007042 RÉGIME : 28/11/2007 DATE DE VALIDITÉ : du 01/01/2008 au 31/12/2008																																																																								
N° Mutuelle : 442 224 671		N° Adhérent : 1239874 N° Mutuelle : 54007042																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prénoms</th> <th>N° Adhérent</th> <th>LARA</th> <th>AUXM</th> <th>PHAR</th> <th>OPTI</th> <th>COSL</th> <th>HOCF</th> <th>CHAM</th> <th>DENT</th> <th>DEOR</th> <th>EXTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DUPOND GEORGES</td> <td>172015334582152</td> <td>1239874</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>(1)</td> <td>100</td> <td>oui</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>DUPOND M.LAURE</td> <td>275043516004109</td> <td>1239876</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>(1)</td> <td>100</td> <td>oui</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>DUPOND MYLENE</td> <td>275043516004109</td> <td>9865321</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>(1)</td> <td>100</td> <td>oui</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>DUPOND CLAUDE</td> <td>275043516004109</td> <td>9865322</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>(1)</td> <td>100</td> <td>oui</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>DUPOND SOPHIE</td> <td>275043516004109</td> <td>9865323</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>(1)</td> <td>100</td> <td>oui</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> </tbody> </table>			Prénoms	N° Adhérent	LARA	AUXM	PHAR	OPTI	COSL	HOCF	CHAM	DENT	DEOR	EXTE	DUPOND GEORGES	172015334582152	1239874	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	DUPOND M.LAURE	275043516004109	1239876	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	DUPOND MYLENE	275043516004109	9865321	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	DUPOND CLAUDE	275043516004109	9865322	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	DUPOND SOPHIE	275043516004109	9865323	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)
Prénoms	N° Adhérent	LARA	AUXM	PHAR	OPTI	COSL	HOCF	CHAM	DENT	DEOR	EXTE																																																															
DUPOND GEORGES	172015334582152	1239874	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)																																																															
DUPOND M.LAURE	275043516004109	1239876	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)																																																															
DUPOND MYLENE	275043516004109	9865321	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)																																																															
DUPOND CLAUDE	275043516004109	9865322	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)																																																															
DUPOND SOPHIE	275043516004109	9865323	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)																																																															

ADRESSES DES CENTRES DE GESTION

A utiliser pour l'envoi vos dossiers de tiers-payant et pour le suivi de vos factures

REGION OUEST

Département	Adresse	Téléphone	Fax
22	19 rue des Gallois – 22017 SAINT BRIEUC cédex 1	02.96.01.60.58	02.96.78.60.98
29	ZI de Kergaradec 6 rue Jacques Daguerre – BP 237 – 29804 BREST cédex 9	02.98.42.55.33	02.98.42.12.18
35	Centre Espace Performance Bâtiment V – 35769 SAINT GREGOIRE cédex	02.23.25.00.16	02.23.25.00.35
53	1 rue de Cheverus - 53086 LAVAL cédex 9	02.43.67.28.82	02.43.67.28.21
56	Parc d'activité du Ténério Rue du Docteur Joseph Audic – 56018 VANNES cédex	02.97.62.60.19	02.97.62.60.61

REGION NORMANDIE

Département	Adresse	Téléphone	Fax
14	16 avenue du 6 juin – 14093 CAEN cedex 9	02.31.27.57.77	02.31.27.13.36
27	77 rue Jean Moulin – 27013 EVREUX cedex	02.31.27.57.77	02.32.28.60.49
61	3 rue Georges Leclancher – BP 90317 – 61009 ALENCON cedex	02.31.27.57.77	02.33.26.34.66
76	174 boulevard de Strasbourg – 76098 LE HAVRE Cedec	02.31.27.57.77	02.35.19.11.09
76	22 avenue de Bretagne – 76000 ROUEN	02.31.27.57.77	02.32.81.40.59

REGION EST

Département	Adresse	Téléphone	Fax
51	B.P. 1047 - 51688 REIMS Cédex 2	03.26.84.53.07	03.83.93.13.29
52	BP 26 - 52001 CHAUMONT Cédex	03.25.03.98.73	03.83.93.39.80
54	TSA 10006 - 54931 NANCY Cédex	03.83.93.27.50	03.83.93.24.64
55	BP 89 - 55002 BAR LE DUC Cédex	03.29.79.53.83	03.29.79.95.09
57	BP 65140 - 57074 METZ Cédex 3	03.87.75.82.38	03.83.93.39.83
71	BP 508 - 71322 CHALON SUR SAONE Cédex	03.85.48.70.49	03.85.48.70.11
72	26 rue de Richebourg - 72013 LE MANS Cédex 2	02.43.43.66.23	02.43.43.66.22
88	BP 45 - 88193 GOLBEY Cédex	03.29.68.37.20	03.29.31.18.02

**INFORMATIONS TECHNIQUES POUR LA  
TELETRANSMISSION**

**Organisme Concentrateur Technique ayant un accord avec Prévadiès :**

<b>CODELIS :</b>	Contact : tél. : 02.41.47.46.46 ou <a href="http://www.codelis.com">www.codelis.com</a>
<b>NOE :</b>	Contact : tél. : 01.40.43.32.73
<b>AGETIP :</b>	Contact : tél. : 03.20.53.13.00
<b>RESOPHARMA :</b>	Contact : tél. : 08.20.20.12.29
<b>ARDS</b>	Contact : tél. : 03.88.14.57.46
<b>BIOCOM</b>	Contact : tél. : 02.99.86.05.00

**Pour la mise en œuvre de la télétransmission**

➤ **Paiement des factures télétransmises :**

Par virement uniquement – merci de joindre un RIB

➤ **Numéros de mutuelle :**

Prévadiès :	54007042
Prévadiès – Laval :	53002310
Prévadiès 22	22001200
Prévadiès 29	29002898
Prévadiès 35	35003612
Prévadiès 56	56001422
Prévadiès Normandie	76908359

Ou contacter le service Relations Partenaires Extérieurs au 03.83.93.18.20