

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

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Entre :
.....
.....

ci après dénommé **l'Etablissement Hospitalier**
représenté par
dûment mandaté à cet effet,

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 - Objet de la convention

La présente convention a pour objet d'organiser les relations entre l'Etablissement Hospitalier et la Mutuelle concernant :

- la dispense d'avance pour les frais laissés à la charge des adhérents de la Mutuelle par leur régime obligatoire,
- l'information relative au type et à la nature des soins dispensés par l'Etablissement Hospitalier.

Article 2 - Bénéficiaires

La présente convention s'applique dans toutes ses dispositions à tous les assurés sociaux et à leurs ayants droits, adhérents à la Mutuelle, partie prenante à ladite convention.

Celle-ci annule et remplace toute convention antérieure passée entre l'Etablissement Hospitalier et les Mutuelles rassemblées au sein de la Mutuelle.

Article 3 - Ouverture des droits

Le bénéfice du tiers payant sera accordé pour les malades hospitalisés et pour les consultations de jour, sur présentation :

- de leur carte d'assuré social ou leur carte ou attestation d'assurance maladie VITALE,
- de leur carte d'adhérent à jour de droit (complétée éventuellement par une prise en charge),

L'Etablissement Hospitalier s'engage à vérifier, au moyen de ces documents, le droit aux prestations mutualistes de l'assuré et la qualité des bénéficiaires. Pour cela, il devra contrôler les points suivants :

- ↪ les nom et prénom du malade, identifié par son numéro d'adhérent personnel
- ↪ la période de validité,
- ↪ la nature des prestations ouvrant droit au tiers-payant selon les libellés indiqués sur la carte d'adhérent.

En cas de difficulté de l'Etablissement Hospitalier à déterminer l'ouverture des droits, celui-ci se mettra en rapport directement avec le centre de gestion de la Mutuelle.

Article 4 - Limites de la prise en charge

S'agissant d'un établissement public ou privé participant au SPH, les tarifs pratiqués sont les tarifs de prestations approuvés par l'autorité de tutelle. La part prise en charge par le régime obligatoire entre dans le cadre du budget global.

La présente convention s'exerce uniquement pour les admissions en service médecine, chirurgie et maternité. Elle exclut l'ensemble des hospitalisations dans un service à caractère ou orientation psychiatrique et de long séjour.

La dispense d'avance des frais s'exerce, selon les modalités précisées en annexe, sur :

↳ **le ticket modérateur**

- pour les frais d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie,
- pour les transports médicalisés (S.M.U.R.),
- sur toutes lettres clés en soins externes.

↳ **le forfait journalier**

↳ **le régime particulier (chambre seule)**

La différence entre le prix de la chambre particulière facturé et le montant de la garantie, sera réglée directement à l'Etablissement Hospitalier par l'assuré hospitalisé.

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

Le forfait de 18 € instauré par l'Assurance Maladie sur les actes d'un montant supérieur ou égal à 91 € sera réglé par la mutuelle dans le cadre de la présente convention.

Les honoraires médicaux ou chirurgicaux pratiqués en activité libérale, au sein de l'Etablissement Hospitalier, seront réglés par voie de l'entente directe entre le malade et le praticien.

Les prestations particulières, telles que télévision, téléphone, boissons, journaux, sont exclues de la dispense d'avance, objet des présentes. L'engagement de la Mutuelle s'exerce sur un séjour du malade d'une durée maximale d'un mois, éventuellement renouvelable après accord préalable de la Mutuelle.

Article 5 – Transmission des dossiers

Les factures comporteront toutes les références utiles à l'identification du mutualiste hospitalisé (nom, prénom, numéro d'adhérent, numéro Sécurité Sociale, date d'entrée, date de sortie ...), ainsi que l'indication des actes entrant dans le parcours de soins ou hors parcours de soins, permettant d'en faciliter le règlement. Aucune pièce justificative ne sera transmise à l'appui de la facture.

Les factures seront transmises :

- soit sous forme individuelle et envoyées à la Mutuelle.
- soit par envoi informatique via le réseau NOE

Article 6 - Règlement

La Mutuelle s'engage à régler l'Etablissement Hospitalier dans les plus courts délais et au maximum dans les 30 jours, à réception d'un titre de recette. Les paiements s'effectuent exclusivement par virement bancaire.

Le défaut de justificatifs d'ouverture des droits Sécurité Sociale et Mutualiste tels que prévus à l'article 3, conduira l'Etablissement Hospitalier à émettre une facture à l'encontre du mutualiste, à charge pour ce dernier de se faire rembourser ultérieurement. En cas de difficulté, la Mutuelle s'engage à mettre en œuvre, tous les moyens légaux à sa disposition pour aider l'Etablissement Hospitalier à récupérer les sommes dues.

Article 7 - Modification des conditions de la prise en charge

Toute modification des conditions de prise en charge prévue à l'article 4 devra faire l'objet d'un avenant à la présente convention.

Article 8 - Information

Si la Mutuelle souhaite informer ses adhérents d'un maximum de données relatives à la structure de l'Etablissement Hospitalier, celui-ci s'engage à donner toutes les informations utiles sur demande de la Mutuelle, à l'exclusion d'informations de nature médicale, ou exprimant un jugement qualitatif.

Article 9 – Date d'effet et durée de la convention

La présente convention prend effet dès sa signature et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle sera renouvelée d'année en année par tacite reconduction, 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 – Litiges et difficultés d'application

Les difficultés éventuelles soulevées par l'application de la présente convention, de même que tout litige en découlant dans les rapports entre la Mutuelle et L'Etablissement Hospitalier, devront au préalable être soumises à une commission paritaire locale de concertation et de conciliation constituée de deux représentants de la Mutuelle et de deux représentants de l'Etablissement Hospitalier.

Cette commission aura pour rôle d'étudier les difficultés nées de l'application de la présente convention, notamment dans le cadre de litiges survenant à cette occasion, et devra s'efforcer d'y apporter une solution propre à concilier les intérêts des parties en cause qui devront avoir, préalablement à la saisine de la commission, tenté d'y mettre fin notamment par un échange d'informations.

La commission se réunira sur simple demande, et devra émettre un avis dans les 15 jours suivant la saisine.

A
Le

Fait à LAXOU
Le 14 septembre 2009

Pour

Pour **PREVADIES**

Jean-Luc GUILLOTIN,
Directeur Général Délégué



Centre de gestion

N° mutuelle

Prévadiès 9-11 avenue du Rhin - 54520 Laxou Tél. 0 820 830 860 (0,12 euro/mo)		COEF.PREF. 54007042 ÉDITEE LE 28/11/2007 RÉGIME Général DITES GRANDES NIMOSA SÉSAMVITALE M33/0c/020/jlt-dre.rsa.fr	PÉRIODE de VALIDITÉ du 01/01/2008 au 31/12/2008								
N° RDM : 442 224 671											
BENÉFICIAIRE		CATEGORIES COUVERTES ET/OU NON COUVERTES									
N° Adhérent	LARA	AUXM	PHAR	OPTI	COSL	HOCF	CHAM	DENT	DEOR	EXTE	
DUPOND GEORGES 02/01/1972 1 172015334582152	1239874	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
DUPOND M.LAURE 25/04/1975 1 275043516004109	1239876	100	100	100		010604	010307 010307 010607	010607			oui
DUPOND MYLENE 18/01/1997 1 275043516004109	9865321	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
DUPOND CLAUDE 21/06/1999 1 275043516004109	9865322	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
DUPOND SOPHIE 24/01/2002 1 275043516004109	9865323	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
(1) sur devis (2) 53 EUROS/J ou TC si inférieur											
Taux en % du tarif de responsabilité, régime obligatoire inclus (ats025) / Pharmacie à 15 % non prise en charge											

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	02.96.01.60.87	02.96.78.60.98
29	ZI de Kergardec 6 rue Jacques Daguerre – BP 237 – 29804 BREST cédex 9	02.98.42.42.18	02.98.42.12.18
35	Centre Espace Performance Bâtiment V – 35769 SAINT GREGOIRE cédex	02.23.25.00.14	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 Ténénio 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	03.25.03.87.08	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	03.29.79.95.08	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	02.43.43.66.21	02.43.43.66.22
88	BP 45 - 88193 GOLBEY Cédex	03.29.68.37.21	03.29.31.18.02