

**CONVENTION DE DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS  
POUR LA PART COMPLEMENTAIRE  
- CENTRE MEDICAL -**

Entre : .....  
sis ..... à .....

ci après dénommé **le Centre Médical**  
**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 a été convenu ce qui suit :

**Article 1 : 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 soins dispensés par les praticiens exerçant au Centre Médical, laissée à la charge des assurés sociaux par le régime général de la Sécurité Sociale, et prise en charge par la Mutuelle.

Cette convention entre dans le cadre de l'article 1250 du Code Civil, définissant la subrogation de paiement, et également dans le cadre de la convention liant le Centre Médical avec la ou les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, donnant la possibilité d'une dispense d'avance des frais aux assurés sociaux pour la part garantie par leur régime obligatoire.

**Article 2 : Bénéficiaires**

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

**Article 3 : Conditions d'application**

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

- son attestation Sécurité Sociale de carte Vitale,
- sa carte d'adhérent délivrée par la Mutuelle (annexe 1)

**Article 4 : Modalités d'application de la convention**

Le Centre Médical 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 (ce numéro est à rappeler sur l'avis des sommes à payer),
- ✎ la période de validité,
- ✎ la nature des prestations ouvrant droit au tiers payant selon les libellés mentionnés sur la carte de tiers payant.

En cas de difficulté du Centre Médical à déterminer l'ouverture des droits, celui-ci se mettra en rapport directement avec le Centre de Gestion dont il dépend.

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.

Tout adhérent à la Mutuelle a la faculté de recevoir des soins dentaires, et demander la fourniture d'appareils non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Dans ce cas, il sera informé par le Centre Médical, avant l'exécution des travaux, des suppléments de prix résultant de son choix qu'il s'engagera à régler directement au Centre Médical.

### **Article 5 : Transmission des dossiers**

Les factures seront établies sous forme individuelle et envoyées un centre de gestion au choix, suivant la liste en annexe.

Ces factures, correspondant au ticket modérateur de la Sécurité Sociale, mentionneront :

- le nom du patient et son numéro d'adhérent personnel,
- le numéro d'immatriculation de l'assuré à la Sécurité Sociale,
- la date, la codification et le nombre d'actes dispensés avec leur tarif unitaire,
- l'indication « parcours de soins » ou « hors parcours de soins »
- le montant du versement à effectuer pour chaque patient,
- le bordereau récapitulatif des règlements mensuels à effectuer.

Le Centre Médical perçoit éventuellement de la part de l'assuré les sommes non prises en charge par la Sécurité Sociale, et effectue, auprès de l'organisme de Sécurité Sociale dont dépend l'assuré, la demande de remboursement.

### **Article 6 - Règlement**

La Mutuelle s'engage à régler le Centre Médical dans les 15 jours suivant la réception de la facture.

Les paiements se font exclusivement par virement bancaire.

Le défaut de justificatifs d'ouverture des droits Sécurité Sociale et Mutualiste tels que prévus à l'article 3, conduira le Centre Médical 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 le Centre Médical à récupérer les sommes dues.

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

La Mutuelle s'engage à laisser à ses adhérents le libre choix de leur établissement de soins. Toutefois, sans porter atteinte à ce libre choix, la Mutuelle se réserve le droit de leur communiquer la liste des établissements de la même nature qui se sont engagés à appliquer la présente convention.

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

### **Article 7 - Modification des conditions de la prise en charge**

Toute modification des conditions de prise en charge prévues 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 du Centre Médical, 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, pour la durée de l'année civile en cours. A cette date, 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 six 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 le Centre Médical, 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 du Centre Médical.

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 .....

Pour .....

.....  
.....

Fait à LAXOU

Le 26 octobre 2009

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/mn)		CODE PRÉF. 54007042 ÉDITÉE LE 28/11/2007 RÉGIME Général NOTRE GARANTIE Mimosa SÉRIANUMÉRIQUE W/53/00/020/31t-dre-rsa.fr	CODE MUTUELLE du 01/01/2008 au 31/12/2008								
N° RIB : 442 224 671											
BENÉFICIAIRES											
N° Adhérent	LARA	AUXM	PHAR	OPTI	COSL	HOCP	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	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	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 (sta025) / 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 Kergaradec 6 rue Jacques Daguerre – BP 237 – 29804 BREST cédex 9	02.98.42.42.18	02.98.42.12.18
35	8 boulevard de Beaumont – CS 51227 – 35012 RENNES Cédex	02.23.25.00.14	02.23.25.00.35
53	1 rue de Cheverus – 53000 LAVAL	02.43.67.28.82	02.43.53.33.15
56	Parc d'activité du Ténéio 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 Cedex	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	5 rue Oehmichen – B.P. 1047 - 51688 REIMS Cédex 2	03.26.84.53.07	03.26.84.53.09
52	Avenue Debernardi - BP 26 - 52001 CHAUMONT Cédex	03.25.03.87.08	03.25.32.58.23
54	TSA 10006 - 54931 NANCY Cédex	03.83.93.27.50	03.83.93.24.64
55	7 rue Antoine Durenne - BP 89 - 55002 BAR LE DUC Cédex	03.29.79.95.08	03.29.79.95.09
57	Metz Technopole 2000 - 14 rue Pierre Simon de Laplace-BP 65140 57074 METZ Cédex 3	03.87.75.82.38 03.87.75.82.37	03.83.93.39.83
71	18 avenue Jean-Jaurès - 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	35 bis, rue d'Épinal - BP 45 - 88193 GOLBEY Cédex	03.29.68.37.20	03.29.31.18.02