

ACCORD TIERS-PAYANT

Contrat référencé : TP-102-IND-.....

N° contrat à compléter par le n° du professionnel de santé (9 chiffres,) attribué par l'Assurance maladie et utilisé pour les échanges Sesam-Vitale

**ACCORD
FIXANT LES MODALITES D'APPLICATION DU TIERS-PAYANT
DANS LE CADRE DES ECHANGES ELECTRONIQUES ENTRE LES GROUPEMENTS
MUTUALISTES ADHERANT A LA FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE
FRANÇAISE (F.N.M.F.) ET UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ**

ENTRE :

La Fédération Nationale de la Mutualité Française, organisme reconnu d'utilité publique, régi par le Code de la mutualité et inscrit au Registre national des Mutuelles sous le numéro 304 426 240, sise 255 rue de Vaugirard 75015 Paris, représentée par Monsieur Emmanuel ROUX, en sa qualité de Directeur Général, dûment mandaté,

ci-après dénommée "*la FNMF*"

D'UNE PART,

ET :

Raison sociale ou Nom/ prénom

Profession :

adresse.....

N° ADELI (individuel) ou N° FINESS (Structures)

9 caractères

D'AUTRE PART

ci-après dénommé "*le Professionnel de santé* »

DEFINITIONS

Dans le présent accord :

- La terminologie « accord » ou « convention » est équivalente. Cette dernière terminologie est utilisée dans les cahiers des charges SESAM-Vitale.
- Groupement mutualiste : désigne la mutuelle, le groupe de mutuelles ou le groupement de moyens créé par des mutuelles régis par le livre II du Code de la Mutualité, adhérents de la FNMF, visées par l'annexe 1 ou ayant adhéré au présent accord selon les modalités définies à l'article 2 A ci-après.
- AMC : Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire
- AMO : Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire
- Gestion unique RO/RC : Qualifie la gestion de la part obligatoire et de la part complémentaire par un même organisme
- Gestion séparée RO/RC : Qualifie la gestion de la part complémentaire de manière séparée de la part obligatoire (2 organismes distincts)

ER

- Structure locale mutualiste : est une Union Régionale mutualiste ou un groupement délégué par cette dernière.
- FSE : Feuille de Soins Electronique. Elle comporte les éléments de facturation pour l'AMO (part obligatoire) ou pour l'organisme en gestion unique (part obligatoire et complémentaire).
- DRE : Demande de remboursement électronique. Elle comporte les éléments de facturation pour l'AMC (part complémentaire uniquement)
- CPS : Carte du Professionnel de Santé
- ARL : Accusé de réception logique. Retour transmis par l'AMC au Professionnel de Santé dans le cadre d'un échange électronique pour lui signifier que tout ou partie des éléments transmis est conforme ou non aux normes en vigueur
- RSP : Rejet- Signalement- Paiement. Retour transmis, en cas de tiers- payant, par l'AMC au Professionnel de Santé pour lui indiquer si la DRE est rejetée, payée ou mise en attente.
- OCT : Organisme Concentrateur Technique. Organisme intermédiaire assurant l'acheminement des flux pour le compte du Professionnel de Santé.

PREAMBULE

La FNMF a pour vocation de défendre les intérêts collectifs de ses adhérents, d'en assurer la représentation et de faciliter leurs activités.

- Dans ce contexte, elle a été mandatée par certaines de ses mutuelles adhérentes pour négocier et signer avec les professionnels de santé d'une part un accord fixant les modalités d'échanges électroniques SESAM- Vitale et d'autre part un accord précisant les modalités du tiers- payant dans le cadre de ces échanges.
- Ce contrat a pour vocation de s'ouvrir à tout moment à d'autres organismes mutualistes adhérant à la FNMF et souhaitant mettre en place ce dispositif.
- Il suppose la signature préalable et concomitante de l'accord fixant les modalités d'échanges électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.) et le professionnel de santé référencé.
- Il ne remet pas en cause les conventions de tiers- payant conclues antérieurement entre les groupements mutualistes et le professionnel de santé, qui s'appliquent en dehors des échanges définis dans le protocole fixant les modalités d'échange électronique entre les groupements mutualistes adhérant à la FNMF et le professionnel de santé.
- Dans le cas d'offres contractuelles à venir prévoyant des engagements de qualité en matière de pratiques professionnelles, de produits et services rendus aux adhérents des Groupements mutualistes, le présent accord y sera intégré.

CECI EXPOSE, IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent accord a pour objet de définir les modalités d'application de la dispense d'avance de frais réalisée sur la part complémentaire prise en charge par les Groupements mutualistes dans le cadre des échanges de flux électroniques SESAM Vitale entre les Groupements mutualistes adhérant à la FNMF et le professionnel de santé.

Les échanges de flux électroniques émis par le professionnel de santé à destination des Groupements mutualistes ne font l'objet d'aucune rémunération spécifique. Ils sont réalisés dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins des patients/ assurés.

ARTICLE 2 : L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF DES GROUPEMENTS MUTUALISTES

1) Rentrent dans le dispositif les groupements mutualistes adhérant à la FNMF qui lui ont donné mandat de négocier et signer le présent accord en leur nom et pour leur compte. La liste de ces mutuelles figure en annexe 1.

2) Peuvent rentrer dans le dispositif, au cours de l'exécution du présent accord, les groupements adhérant à la FNMF qui complètent et signent le bulletin d'adhésion joint en annexe 2 et retournent celui-ci à la FNMF.

ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES

Pourront bénéficier de la dispense d'avance de frais sur la part complémentaire les adhérents des seuls groupements mutualistes ayant opté pour ce dispositif, ainsi que leurs ayants droit, qui satisfont aux obligations définies à l'article 4 ci-dessous.

ARTICLE 4 : OUVERTURE DES DROITS

Pour l'application de la dispense d'avance de frais, l'adhérent devra exprimer la demande et obligatoirement justifier auprès du professionnel de santé de sa double qualité d'assuré social et d'adhérent mutualiste en présentant :

- sa carte d'assurance maladie "VITALE" (ou son attestation des droits à la sécurité sociale) qui ne doit pas figurer sur la liste d'opposition des cartes vitales ;
- son justificatif d'ouverture de droits pour le bénéficiaire de la CMU ;
- sa carte d'adhérent au Groupement mutualiste en cours de validité à la date des soins ou pour le bénéficiaire de la CMU son attachement au Groupement mutualiste.

Pour ce qui concerne la dispense d'avance de frais de la part de l'assurance maladie complémentaire, les informations figurant sur la carte d'adhérent mutualiste prévalent sur celles qui seront inscrites et mises à jour sur la carte d'assurance maladie "VITALE". D'un commun accord entre le professionnel de santé et le Groupement mutualiste, l'information d'ouverture des droits pourra évoluer vers des échanges dématérialisés en temps réel de type télétransmission et pourra prévaloir sur tout autre support.

Le professionnel de santé ne peut être tenu responsable des utilisations frauduleuses opérées à son insu par des personnes autres que ses préposés.

ARTICLE 5 : CONDITIONS ET CHAMPS D'APPLICATION

Les conditions d'exécution et de facturation des actes sont définies selon la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les professionnels de santé et les Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire, ainsi que par leurs avenants successifs.

Les actes nécessitant une prescription préalable par un professionnel de santé pour lesquels aucune prescription n'a été réalisée sont exclus du champ d'application du présent accord.

La dispense d'avance de frais pour la part complémentaire à l'assurance maladie obligatoire s'effectue lorsque :

- l'adhérent en exprime la demande au professionnel de santé et lui présente les documents précisés à l'article 4 - OUVERTURE DES DROITS ;

- le professionnel de santé engage la procédure de paiement direct pour la part complémentaire, objet du présent accord.

Sont exclues de la garantie de paiement les DRE qui font l'objet :

- d'une opposition de la carte dûment signalée au professionnel de santé,
- d'un flux DRE en procédure dégradée,
- d'un forçage des droits, des taux ou des montants.

ARTICLE 6 : MODALITES D'APPLICATION

Le professionnel de santé :

- remplit la feuille de soins électronique ;
- perçoit de la part de l'adhérent le montant du reste à charge ;
- transmet au groupement mutualiste ou à son centre de gestion une Demande de Remboursement Electronique conformément aux modalités techniques d'échange des DRE décrites en annexe du protocole fixant les modalités d'échanges électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) et le professionnel de santé.

Le règlement du professionnel de santé s'effectue par virement bancaire. Le montant du virement bancaire correspond aux traitements effectués par l'AMC pour un lot de DRE conformes.

Le paiement de la part d'assurance complémentaire ne peut faire l'objet d'aucun règlement partiel.

ARTICLE 7 : OBLIGATIONS DES PARTIES

A. Le Groupement Mutualiste

Le Groupement mutualiste s'engage :

- en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement au professionnel de santé de la part complémentaire des prestations facturées dans la DRE, à condition qu'elle soit établie sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie et des informations complémentaires contenues dans les supports d'ouverture de droits délivrés ou fournies au moyen de téléservices par le groupement mutualiste au moment de la prise en charge par le professionnel de santé, sous réserve d'un contrôle par le professionnel de santé de la validité (opposition Vitale, période de validité) des supports d'ouverture de droits délivrés par l'Assurance Maladie Obligatoire et par le groupement mutualiste ;
- à rembourser par virement bancaire au professionnel de santé ou à son mandataire désigné par le professionnel de santé au moment de son adhésion la part d'assurance maladie complémentaire dans un délai de 4 jours ouvrés à compter de l'envoi de l'accusé de réception logique (ARL) positif sous réserve que l'ensemble des conditions nécessaires au paiement soient réunies ;
- à fournir au professionnel de santé les références du ou des virements bancaires nécessaires à leur identification dans le flux RSP ;
- à laisser le libre choix du professionnel de santé à ses adhérents. Toutefois, sans porter atteinte à ce libre choix, le Groupement mutualiste se réserve le droit de communiquer à ses adhérents, à titre d'information, une liste des professionnels de santé avec lesquels il a conclu un accord de tiers payant dans le cadre des échanges de flux électroniques. Les modalités de communication devront être conformes à la réglementation en vigueur ;
- à fournir à ses adhérents des supports d'informations comportant les informations minimales décrites dans l'annexe 3 du présent accord ;

- à porter le présent accord, ainsi que les modifications qui pourraient y être apportées ultérieurement, à la connaissance de ses adhérents qui le demanderont ;
- en vue d'assurer la meilleure application du présent accord, à informer ses adhérents des modalités d'application par les moyens les plus appropriés ;

B. Le Professionnel de santé

Le professionnel de santé s'engage :

- à adresser un relevé d'identité bancaire à la FNMF lors de la signature du présent accord en complétant le formulaire d'information en annexe 4 du présent accord et en cas de modification de domiciliation bancaire en désignant si nécessaire un mandataire;
- à transmettre une DRE signée par sa carte de Professionnel de Santé (CPS) et la carte Vitale du bénéficiaire ;
- à accepter du Groupement mutualiste un paiement des actes dispensés à ses adhérents et à leurs ayants droit tels que définis à l'article 3 du présent accord ;
- à vérifier la qualité de bénéficiaire du régime d'assurance maladie obligatoire (ou CMU) et à accepter les supports d'ouverture de droits délivrés par le Groupement mutualiste (carte Vitale, support papier), comme mode d'identification de l'assuré et de ses droits au remboursement de la part complémentaire. Ces supports devront comporter notamment la liste minimum des informations d'identification donnée en annexe 3. D'un commun accord entre le professionnel de santé et le Groupement mutualiste, l'information d'ouverture des droits pourra évoluer vers des échanges dématérialisés en temps réel de type téléservices ;
- à respecter les conditions d'application décrites à l'article 6 - MODALITES D'APPLICATION du présent accord ;
- à rembourser la part complémentaire régie à tort par le groupement mutualiste lorsque l'adhérent est exonéré du ticket modérateur ou bénéficie d'un remboursement à 100% par sa caisse d'assurance maladie avec un effet rétroactif (cette obligation s'applique après remboursement effectif à 100% par la caisse d'assurance maladie);
- sur le respect et la sincérité des montants facturés au groupement conformément aux informations décrites sur les supports de droits décrits à l'article 4- OUVERTURE DES DROITS- du présent accord ou des informations obtenues auprès du Groupement mutualiste par des moyens de type téléservices ;
- à délivrer une facture acquittée à l'adhérent qui se trouve momentanément sans carte mutualiste (perte, oubli, retard dans le règlement de ses cotisations). Cette facture acquittée, correspondant au règlement effectué par l'adhérent au professionnel de santé, servira de justificatif pour permettre à l'adhérent de se faire rembourser par le groupement mutualiste ;
- à informer les adhérents mutualistes des modalités d'application par les moyens les plus appropriés, en vue d'assurer la meilleure application du présent accord ;

C. La FNMF

La FNMF est chargée du suivi et de la gestion des adhésions et des résiliations au présent accord.

Elle accuse réception des adhésions et des résiliations au présent accord et met à disposition un état de ces adhésions et résiliations actualisé à la structure locale mutualiste, au groupement mutualiste et au professionnel de santé.

La FNMF s'engage :

- à conserver le relevé d'identité bancaire du professionnel de santé ;

- à transmettre aux groupements mutualistes signataires un fichier comprenant le relevé d'identité bancaire du professionnel de santé
- à centraliser les bulletins d'adhésions et de résiliation des groupements mutualistes et des professionnels de santé.
- à centraliser pour le compte de ses Groupements mutualistes adhérents et à diffuser au Professionnel de santé des informations utiles à l'alimentation des tables de conventions du poste de travail du Professionnel de santé selon les modalités du cahier des charges technique SESAM- Vitale publié par le G.I.E SESAM- Vitale
- à constituer un recueil et une mémorisation des informations relatives aux groupements mutualistes ayant adhéré au présent accord, ainsi que leur mise à disposition auprès des Professionnels de santé adhérant au présent accord

ARTICLE 8 : RESPECT DE LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES »

Les parties au présent accord s'engagent expressément à prendre toutes dispositions utiles afin de garantir et préserver la sécurité des données à caractère personnel dont ils auraient pu avoir connaissance et, notamment, d'empêcher que ces données soient détournées de leur finalité, déformées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Elles s'engagent à effectuer, le cas échéant, les déclarations de fichiers auprès de la CNIL conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

ARTICLE 9 : DATE D'EFFET - DUREE

- 1) Le présent contrat prend effet à l'égard de la FNMF des groupements mutualistes ayant mandaté celle-ci et du professionnel de santé à compter de sa signature et ce pour une durée indéterminée.
- 2) Le présent contrat prend effet à l'égard des groupements mutualistes ayant adhéré à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion définitivement complété et ce pour une durée indéterminée.

ARTICLE 10 : RESILIATION

1) Modalités de résiliation collective de l'accord

1-1) Résiliation avec préavis

a) Résiliation par les groupements mutualistes

L'ensemble des groupements mutualistes peut donner mandat à la FNMF de résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée au professionnel de santé, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Dans ce cas, le présent accord prendra fin à l'égard de l'ensemble des parties, à savoir la FNMF, l'ensemble des groupements mutualistes et le professionnel de santé.

b) Résiliation par la FNMF et par le professionnel de santé

La FNMF pourra résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée aux groupements mutualistes et au professionnel de santé, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Le professionnel de santé pourra résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la FNMF et à l'ensemble des groupements mutualistes, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Dans ces cas, le présent accord prendra fin à l'égard de l'ensemble des parties, à savoir : la FNMF, l'ensemble des groupements mutualistes et le professionnel de santé.

1-2) Résiliation de plein droit

Le présent accord sera résilié de plein droit, sans préavis ni indemnité, à l'égard de l'ensemble des parties dans les quatre cas suivants :

- résiliation globale du protocole fixant les modalités d'échanges électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la FNMF et le professionnel de santé,
- retrait définitif de l'habilitation pour l'exercice de l'activité de professionnel de santé. Le professionnel de santé devra immédiatement en informer la FNMF, par courrier recommandé. Le contrat sera réputé résilié à compter de la date du retrait de l'habilitation. Le professionnel de santé sera tenu de restituer les sommes induement perçues aux groupements mutualistes concernés.

2) Modalité de résiliation individuelle de l'accord

2-1) Résiliation par un groupement mutualiste

Chaque groupement mutualiste ayant donné mandat à la FNMF ou ayant adhéré à la convention peut résilier, à titre individuel, le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la FNMF, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Conformément à l'article 7.9 du contrat, la FNMF mettra à disposition un état des résiliations actualisé à la structure locale mutualiste, aux groupements mutualistes adhérents et au professionnel de santé dès que la résiliation sera effective.

La présente résiliation individuelle ne remet pas en cause le dispositif contractuel, qui continue à produire ses effets à l'égard des autres parties.

2-2) Résiliation de plein droit sans faute :

En cas de dénonciation du protocole d'échanges de flux électroniques par un Groupement mutualiste à l'égard du professionnel de santé ou par le professionnel de santé à l'égard d'un Groupement mutualiste particulier, le présent accord sera réputé résilié de plein droit, sans préavis ni indemnité, entre les parties concernées.

La présente résiliation sera effective à la date de prise d'effet de la rupture du protocole d'échanges de flux électroniques entre les parties concernées.

Toutefois cette résiliation ne remet pas en cause le dispositif contractuel, qui continue à produire ses effets à l'égard du professionnel de santé, de la FNMF et des autres Groupements mutualistes.

2-3) Résiliation de plein droit pour faute :

Chacune des parties peut considérer le contrat comme étant résilié de plein droit, sans préavis ni indemnité, à l'égard d'une autre partie, qui a commis des manquements graves à ses engagements conventionnels son encontre, après envoi d'une mise en demeure restée infructueuse pendant un délai de 15 jours.

La présente résiliation ne remet pas en cause le dispositif contractuel, qui continue à produire ses effets à l'égard des autres parties.

ARTICLE 11 – MODIFICATION DE L'ACCORD

Toute modification du protocole fixant les modalités d'échanges électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la FNMF et le professionnel de santé peut donner lieu à la révision du présent accord, par voie d'avenant.

ARTICLE 12 : CONTROLE

Le Professionnel de santé signataire donnera toute facilité aux Groupements mutualistes pour l'exercice d'un contrôle éventuel en respectant la réglementation en vigueur sur l'accès aux données médicales à caractère personnel.

Le groupement mutualiste est en droit d'effectuer des rapprochements entre ses remboursements et ceux effectués par l'AMO.

ARTICLE 13 : FORCLUSION – CONTENTIEUX – CONCILIATION – LITIGES

1) Forclusion :

Sous peine de forclusion, les dossiers ou bordereaux doivent être transmis par le professionnel de santé au centre de gestion du groupement mutualiste, dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date des soins plus le trimestre en cours.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations acceptées ou refusées doit être adressée au groupement mutualiste dans un délai de 6 mois à compter du paiement ou du refus (réception de la RSP).

2) Contentieux :

Les contentieux susceptibles de survenir pour l'utilisation abusive ou frauduleuse de la carte d'adhérent de tiers-payant seront engagés par le Groupement mutualiste à l'encontre de l'adhérent concerné.

Cependant les contentieux seront exercés par le professionnel de santé lorsqu'ils seront consécutifs à la présentation d'une carte mutualiste périmée, à une date d'ouverture des droits au Groupement mutualiste postérieure à la date des actes exécutés, ou pour des actes dont le bénéficiaire n'est pas inscrit sur la carte d'adhérent du groupement mutualiste.

3) Conciliation – Litige :

En cas de litige, les parties conviennent de saisir le tribunal compétent après avoir épuisé, si elles le souhaitent, toute voie de conciliation.

ARTICLE 14- ANNEXES

Le présent accord comprend les 3 annexes suivantes :

- Annexe 1 : Liste des groupements mutualistes ayant donné mandat à la FNMF de négocier et signer l'accord en leur nom et pour leur compte
- Annexe 2 : Bulletin d'adhésion à l'accord des Groupements Mutualiste adhérant à la FNMF
- Annexe 3 : Liste des informations minimum devant être présentes sur le support d'ouverture des droits
- Annexe 4 : Formulaire à renseigner par le professionnel de santé et à retourner avec le contrat signé

Fait à _____, le _____
en 2 exemplaires

Pour la F.N.M.F.

Le professionnel de santé

ephan

SPECIMEN

ANNEXE 1 :

LISTE DES GROUPEMENTS MUTUALISTES AYANT DONNE MANDAT A LA FNMF

La liste des mutuelles ayant donné mandat à la FNMF, ainsi que celles ayant adhéré au dispositif est disponible sur www.mutualite.fr/sesam-vitale.

SPECIMEN

ANNEXE 2 :**BULLETIN D'ADHESION DU GROUPEMENT MUTUALISTE**

La mutuelle (ou union, ou groupement de moyens)....., soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (ou pour les groupements de moyens régis par le Code de la mutualité), immatriculée au Registre national des Mutuelles sous le numéro, située....., représentée par, en sa qualité de, déclare adhérer aux accords ci-dessous référencés conclus ou à conclure :

Accord(s) fixant les modalités d'application du tiers- payant dans le cadre des échanges électroniques entre les Groupements mutualistes adhérant à la FNMF et les professionnels de santé référencé (s) avec le préfixe TP-101-ORG

Accord(s) fixant les modalités d'application du tiers- payant dans le cadre des échanges électroniques entre les Groupements mutualistes adhérant à la FNMF et un professionnel de santé, référencés avec le préfixe TP-101-IND

Ces accords concernent les professionnels de santé rentrant dans le cadre des échanges SESAM-Vitale.

Le groupement mutualiste déclare accepter la totalité des dispositions énoncées dans ces accords.

Fait à Le.....
en 2 exemplaires

Pour le groupement mutualiste

ANNEXE 3 :**LISTE DES INFORMATIONS MINIMUM DEVANT ETRE PRESENTES DANS LE SUPPORT D'OUVERTURE
DES DROITS**

Le support d'ouverture des droits (carte Vitale, support papier²) doit comporter a minima les informations suivantes pour chaque bénéficiaire et selon la charte graphique de la carte mutualiste publiée par la FNMF :

- Identifiant du Groupement Mutualiste (SIREN)
- N° adhérent
- Dates de couverture (début et fin des droits)
- Description de la garantie : garanties et taux/ montants de couverture

² Le support papier des Groupements Mutualistes est communément appelé carte mutualiste. D'un commun accord entre le professionnel de santé et le groupement mutualiste, les informations d'ouverture des droits pourront être obtenues au moyen d'échanges dématérialisés en temps réel de type téléservice.

Voir page suivante le modèle de la carte mutualiste

SPECIMEN

Ci-dessous le modèle de carte préconisé par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) auprès des mutuelles.

Identifiant mutuelle (SIREN)

identifie la mutuelle pour les échantillons SFSAM-Vitale

Données pour choisir la convention

Données de la zone « SESAM-Vitale »

- **Type de convention** : valeur « MU » en gestion séparée
valeur « RO » en gestion unique
- **Critère secondaire** : donnée présente uniquement en cas de besoin

N° adhérent

Critères

MUTUELLE DE LA SEINE (SUD) 2 RUE VICTOR HUGO 75015 PARIS 01 01 01 01 01		CODE PREF. 75M24154	DATE DE DÉBUT DE VALIDITÉ DU 01/01/09 AU 31/12/09																									
N° SIREN 438904312		N° ADHÉRENT 1330170004202	EDITEUR LE 09-12																									
N° SIREN 438904312		SESAMVITALE Type convention MU	Critère secondaire « 002 »																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PHAR</th> <th>LABO</th> <th>DEPR</th> <th>HOSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DURAND MICHEL A 20/01/1952 AZUR</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>400</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>DURAND ANNIE C 17/09/1958 VEGA</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>400</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>DURAND JULIE E 17/06/1986 VEGA</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>400</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>DURAND LAURIANE E 10/12/1989 VEGA</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>400</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>			PHAR	LABO	DEPR	HOSP	DURAND MICHEL A 20/01/1952 AZUR	100	100	400	100	DURAND ANNIE C 17/09/1958 VEGA	100	100	400	100	DURAND JULIE E 17/06/1986 VEGA	100	100	400	100	DURAND LAURIANE E 10/12/1989 VEGA	100	100	400	100	<p>(1) Plafonné à 350€ par an et par bénéficiaire (2) Forfait journalier limité à 10€ par jour</p>	
	PHAR	LABO	DEPR	HOSP																								
DURAND MICHEL A 20/01/1952 AZUR	100	100	400	100																								
DURAND ANNIE C 17/09/1958 VEGA	100	100	400	100																								
DURAND JULIE E 17/06/1986 VEGA	100	100	400	100																								
DURAND LAURIANE E 10/12/1989 VEGA	100	100	400	100																								

SPECIMEN

EXPRESSION DES GARANTIES

Le type de garantie est donné en titre de colonne (exemple : PHAR) dont la signification est donnée au verso de la carte.

Le taux, indiqué par bénéficiaire, peut être exprimé :

- ▶ par un taux s'appliquant au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale - Exemple 100 % ici pour la garantie PHAR
Attention : sauf indication contraire, les taux sont exprimés Régime obligatoire inclus.
- ▶ par spécification dans une ligne de renvoi - Exemple : pour la garantie HOSP, un renvoi (2) indique que le remboursement du forfait journalier est limité à 10€ par jour.
- ▶ La combinaison des 2 est possible - Exemple : ici sur Garantie DEPR et HOSP.

VALIDITE DES DROITS

La date de début de couverture par défaut est indiquée en haut à droite (ici, 01/01/09).

Si elle diffère pour un ou plusieurs bénéficiaires, elle est précisée par bénéficiaire au-dessus du taux (ici, 0409 indique un début de couverture au 1^{er} avril 2009 pour Annie DURAND).

La date de fin de couverture en haut à droite s'applique à tous les bénéficiaires (ici, 31/12/09).

ANNEXE 4 :**FORMULAIRE D'INFORMATION A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE**

En cas de plusieurs professionnels de santé regroupés au sein d'un même lieu d'exercice (cabinet médical, ...), signer l'accord et remplir un bulletin d'adhésion par professionnel de santé.

Identification du Professionnel de Santé

Numéro d'identification
(N° de professionnel de santé attribué par l'Assurance maladie, utilisé dans les échanges SESAM-Vitale)

Spécialité ou domaine d'activité (code et libellé) | -
(voir listes au verso)

Nom – prénom du Prof. de santé ou nom Ets :

Coordonnées bancaires (joindre RIB)

IBAN | | |

Le signataire informera la FNMF, à l'adresse indiquée ci-dessous, en cas de modification des informations fournies.

Fait à le
en 2 exemplaires

Cachet et signature du Professionnel de Santé

SPECIMEN

Par la signature de ce document, vous autorisez la FNMF à enregistrer les informations ci-dessus dans un fichier informatique, transmis aux Groupements Mutualistes adhérents à la FNMF dans l'objectif de permettre le développement des échanges SESAM-Vitale entre les Professionnels de Santé et les Groupements Mutualistes. La FNMF s'engage à ne pas détourner le traitement de cette finalité. En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez auprès de la FNMF d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer à la communication à certaines personnes, de ces informations (article 26 L.1978). Il vous est précisé que dans ce dernier cas, ainsi que si vous ne répondez pas aux informations obligatoires, la FNMF ne sera pas en mesure d'exercer, en ce qui vous concerne, la mission d'information qui lui a été confiée par ses Groupements Mutualistes.

Adresse FNMF : Mutualité Française - DSI Solutions Santé – 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
mèl : contact.sv@mutualite.fr