

Objet: Convention de tiers payant

Conformément à notre précédent contact vous voudrez bien trouver ci-joints deux exemplaires d'une convention de paiement direct.

Nous vous saurions gré de bien vouloir en conserver un exemplaire et de nous retourner l'autre, après l'avoir daté, signé et y avoir apposé votre cachet, dans l'enveloppe ci-jointe.

Nous vous remercions d'y joindre également un R.I.B ou R.I.P afin de pouvoir effectuer les remboursements des prestations sur votre compte.

Nous sommes à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire au :



www.ucr.fr

En vous assurant de notre volonté de toujours vous donner satisfaction, veuillez agréer, l'expression de nos salutations les meilleures.

Restant à votre service.

Le Service Clients UCR,

Etablissement :

N/Réf. : 0 /11033

.....

Spécialité :

.....

Numéro :

Tél. :

Le,

CONVENTION DE TIERS PAYANT SOINS EXTERNES

Entre U.C.R représentée par Monsieur David MASURE, son Directeur Général.

et le Centre Hospitalier : à

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1

La présente convention a pour objet de faire bénéficier les adhérents de UCR et leurs ayants-droit d'une délégation de paiement auprès de l'établissement désigné ci-dessus

ARTICLE 2

UCR s'engage à régler le ticket modérateur à l'établissement par l'intermédiaire de son Centre de Gestion Maladie CEGENORD (cf. coordonnées ci-dessous) pour les soins externes.

ARTICLE 3

Le tarif applicable est celui de la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE.

ARTICLE 4

En cas de rupture de la convention nationale, le présent accord serait suspendu comme en cas d'arrêt de convention par la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE.

ARTICLE 5

Les assurés devront attester de la validité de leur contrat en présentant leur **ATTESTATION UCR SANTE EN COURS DE VALIDITE** (cf. exemple au dos). Lorsque l'assuré ne pourra présenter ce document ou si celui-ci est raturé, le Tiers Payant devra lui être refusé.

ARTICLE 6

Le règlement sera effectué au moyen , soit d'un bordereau récapitulatif, soit d'un titre individuel qui sera adressés à :

UCR
1523 Avenue du Cateau
59400 CAMBRAI

Pour le traitement des dossiers, les renseignements indispensables sont :

- Nom et Prénom du malade.
- Nom et Prénom de la personne bénéficiaire du contrat et de son N° de Police.
- La codification des actes.
- La date des actes.
- Le montant de la part à régler par UCR .

ARTICLE 7

UCR s'engage à respecter un délai de règlement maximum de 15 jours après réception du relevé. Les fonds seront réglés par virement bancaire. Cet engagement porte sur la part des frais supportés habituellement par son assuré après intervention de son régime obligatoire et dans la limite du ticket modérateur.

ARTICLE 8

La présente convention prend effet dès sa signature. Elle est conclue pour une durée d'un an renouvelable tacitement, sauf par dénonciation par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée trois mois avant la date de renouvellement.

Fait en double exemplaire (dont un pour le Centre Hospitalier), à, le

Le Centre Hospitalier

UCR

Document à joindre à la présente convention : relevé d'identité bancaire avec le cachet du praticien (sur lequel figure le numéro).

Modèle de la carte « ATTESTATION UCR SANTE »

 Codes	ATTESTATION DE TIERS PAYANT UCR : Park Services - 1523, avenue du Cateau - 59400 CAMBRAI	Période de garantie :
---	--	-----------------------

Bénéficiaire(s) du Tiers payant

Dépenses de santé concernées , , yant (*)

SPECIMEN

(*) Règle de calcul : Mt RC = %TR - Mt RO

Important :
Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par SANTE PHARMA