

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.

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,

Cambrai, le jeudi 23 juillet 2009

CONVENTION DE PAIEMENT DIRECT AU PRATICIEN

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

et le Praticien : à

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1

Pour ses assurés et leurs ayants-droit, UCR s'engage à régler le ticket modérateur au praticien dont les coordonnées figurent ci-dessus par l'intermédiaire de son Centre de Gestion Maladie CEGENORD.

FONCTIONNEMENT :

Le Tiers Payant est PARTIEL et c'est donc la seule part TICKET MODERATEUR qui est avancée à l'assuré social.

ARTICLE 2

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

ARTICLE 3

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 4

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 5

L'expédition des dossiers se fera suivant un rythme laissé au choix du praticien.
Ils seront récapitulés sur un bordereau et adressés à :

*

UCR
1523 Avenue du Cateau
59400 CAMBRAI

Pour le traitement des dossiers, les renseignements indispensables sont :

- N° du Praticien.
- Références client : n° de police, nom, prénom, bénéficiaire.
- Acte médical.
- Prix total payé.
- Montant total à verser :
 - par le régime obligatoire,
 - pour le ticket modérateur.

ARTICLE 6

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 7

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 praticien), à, le

Le Praticien

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 par le tiers payant (*)
	

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

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