

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande, nous avons le plaisir de vous adresser ci-joint une convention de tiers payant entre nos deux organismes.

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce document **complété et signé** ainsi qu'un Relevé d'Identité Bancaire (afin de pouvoir procéder aux virements) :

→ Soit par courriel à l'adresse mail suivante : gestion-ps@aesio.fr

→ Soit par courrier à l'adresse suivante :

AÉSIO Mutuelle
Pôle Relation Tiers
58 rue Bourgmayer – CS 70016
01017 BOURG EN BRESSE CEDEX

Nous vous informons que votre conventionnement **sera effectif à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la convention signée**. A partir de cette date, vous aurez la possibilité de consulter les informations sur nos futurs échanges et aussi de créer vos espaces sécurisés sur : <https://ensemble.aesio.fr/connectez-vous-vos-espaces-securises/professionnels-de-sante>

Comme stipulé dans la convention, nous vous rappelons que dès sa mise en place, cette pratique doit être adoptée pour l'ensemble de nos adhérents.

Vous remerciant de votre collaboration et de la confiance que vous nous accordez,

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Service Relation Tiers

**CONVENTION DE TIERS-PAYANT
FOURNISSEUR DE MATERIEL MEDICAL**

Entre :

AESIO MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité inscrite au Répertoire Sirène sous le N°775 627 391

Dont le siège social est sis 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

Et représentée par la Direction Générale.

Dûment mandaté à cet effet,

Ci-après dénommé **la Mutuelle**
d'une part,

Et

D'autre part,

.....
.....
.....

Téléphone :

Adresse mail :

N° Siret :

N° Finess :

Ci après dénommé **le Professionnel de Santé**
d'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

AESIO mutuelle souhaite mettre en place un système de tiers-payant afin de libérer les adhérents et leurs ayants droit de l'avance de fonds dans les conditions précisées par la présente convention.

Afin de prendre en compte le nouveau champ d'application de leurs relations, les parties ont convenu d'annuler et de remplacer toute autre convention conclue antérieurement entre elles par les présentes dispositions.

Article 1 - OBJET

Les parties signataires conviennent de mettre en place une procédure de dispense d'avance pour les frais laissés à la charge de l'adhérent par le régime obligatoire dont il dépend pour les soins dispensés par le Professionnel de Santé.

La dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité base de remboursement du régime obligatoire

Article 2 - BENEFICIAIRES

La présente Convention s'applique dans toutes ses dispositions aux adhérents et ayants droits d'AESIO mutuelle, ou ressortissants d'un contrat de délégation de gestion (ci-après « Bénéficiaire »)

Article 3 – OUVERTURE DES DROITS

Le Professionnel de Santé s'engage à contrôler la validité des droits inscrits sur la carte d'adhérent mutualiste, pour cette catégorie de soins (dont le libellé est indiqué au verso de la carte) préalablement à la pratique du tiers-payant. Seuls donneront lieu à paiement par AESIO Mutuelle la facturation des soins effectués pendant la période d'ouverture des droits figurant sur ce document.

AESIO Mutuelle met à disposition du Professionnel de Santé un espace internet sécurisé lui permettant de vérifier les droits du Bénéficiaire.

Sont exclus de la prise en charge :

- Les prestations non remboursables conformément au code de la Sécurité Sociale,
- Les actes soumis à entente préalable qui n'auraient pas fait l'objet d'un accord du Régime Obligatoire,
- Les suppléments pour convenance personnelle et les dépassements éventuels à la charge du Bénéficiaire.

AESIO Mutuelle se donne le droit de récupérer auprès du Professionnel de Santé le montant d'un ticket modérateur qui aurait été remboursé à 100 % par le régime obligatoire du Bénéficiaire.

Article 4 – Libre choix

AESIO mutuelle s'engage à laisser à ses Bénéficiaires le libre choix de leur fournisseur et les informera de l'existence de la présente convention par tous moyens d'information qu'elle jugera nécessaire.

Article 5 – PRESTATIONS PRISES EN CHARGES ET CONDITIONS

Le paiement du Professionnel de Santé par AESIO mutuelle s'effectuera dès réception de l'information du paiement de la part régime obligatoire par la Sécurité Sociale.

Le délai de paiement ne peut excéder 30 jours dès réception de ces éléments. En cas de non-respect de ce délai, le Professionnel de Santé pourra mettre en œuvre une procédure de rappel.

AESIO Mutuelle se réserve le droit de demander la facture détaillée au professionnel de santé.

Le Professionnel de Santé s'engage à pratiquer le tiers payant avec le Bénéficiaire d'AESIO Mutuelle dès lors qu'il le pratique avec le régime obligatoire du Bénéficiaire.

Les honoraires du Professionnel de Santé sont fixés par référence à la valeur de codification de l'acte figurant à la nomenclature des actes professionnels par rapport au tarif de responsabilité de la sécurité sociale, sans majoration de cette valeur. A la demande d'AESIO Mutuelle, il transmettra un duplicata de la facture pour remboursement.

Le Professionnel de Santé s'engage à épuiser tous les recours qui lui sont connus afin d'obtenir éventuellement auprès des régimes obligatoires le droit à l'exonération du ticket modérateur pour le Bénéficiaire des soins.

Article 6 – TRANSMISSION DES DOSSIERS

Les factures seront transmises par télétransmission selon les normes techniques définies en **annexe I**,

Lors de la première demande de règlement ou lors de changement de coordonnées bancaires, le Professionnel de Santé fournira à la Mutuelle un relevé d'identité bancaire ou postal.

Article 7 - REGLEMENT

La Mutuelle s'engage à régler au Professionnel de Santé le montant des frais pris en charge dans le délai ci-après mentionné à compter de la date de réception des factures :

- **pour la télétransmission** : dans le délai maximum de 10 jours ouvrés,
Les rejets seront transmis au Professionnel de Santé dans un délai maximum de 10 jours par bordereau.

- **pour le support papier** : dans les plus courts délais et dans le délai maximum de 30 jours à réception des factures.

Les dossiers ne pouvant donner lieu à un remboursement seront retournés avec indication du motif du rejet.

La Mutuelle s'engage à verser au Professionnel de Santé le montant avancé des prestations au titre du tiers-payant.

Article 8 - CONTROLE

En cas de contestation ou de trop-perçu, le Professionnel de Santé devra en aviser la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date de soins de la prestation en cause.

La Mutuelle peut procéder à tout contrôle et demander tout justificatif relatif aux factures prises en charge.

Article 9 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de la présente convention, les parties signataire s'engagent à respecter la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, notamment, le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (ci-après « RGPD »)

Les parties reconnaissent avoir pleine et entière connaissance des obligations résultant du RGPD et toute autre réglementation applicable en la matière qui s'appliquent à elles en leur qualité respective de responsable de traitement pour les opérations qu'elles effectuent, en toute indépendance, chacune au titre de leur activité propre.

Article 10 – DIFFICULTES D'APPLICATION ET LITIGES

Dans le but de faciliter l'application de la présente convention, les parties signataires s'engagent à établir une collaboration permanente entre elles.

Toutefois, en cas de litige, les parties signataires se réuniront préalablement pour trancher toutes difficultés éventuelles soulevées par l'application de la présente convention. Lors de cette réunion, les parties devront s'efforcer d'y apporter une solution propre à concilier les intérêts des parties en cause qui devront avoir tenté d'y mettre fin notamment par un échange d'informations.

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.

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

Article 11 – DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter du mois suivant la date de la signature pour la durée restant à courir de l'année civile en cours et est renouvelable ensuite par année civile par tacite reconduction.

Article 12 – MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification de la présente convention fera l'objet d'un avenant signé entre les parties.

Article 13 – RESILIATION

La présente convention peut être résiliée par lettre recommandée avec accusé réception au plus tard 2 mois avant son échéance par l'une des parties.

Fait à
En deux exemplaires

Le

Pour la Mutuelle La Direction	Pour Le Professionnel de Santé

ANNEXE 1

L'envoi automatisé des factures vers AESIO mutuelle sera réalisé par le Professionnel de Santé selon les modalités suivantes :

EN ECHANGES NOEMIE 1

→ **Aucun document à nous faire parvenir** (sauf en cas de réclamation ou non-paiement automatique): au vu des informations tiers payant reçues des CTI, paiement direct du ticket modérateur par virement bancaire, accompagné d'un bordereau de règlement.

Le Professionnel de Santé transmet ses feuilles de soins au régime obligatoire en indiquant le tiers payant sur la part régime obligatoire et sur la part complémentaire.

Dans le cadre de la procédure NOEMIE, le Régime Obligatoire transmet par réseau informatique à la Mutuelle les informations. Le paiement de la part complémentaire s'effectue sur la base des éléments fournis en télétransmission. Le Professionnel de Santé s'engage à bien renseigner sur son logiciel les éléments nécessaires à la télétransmission de la facture. Quel que soit le régime d'affiliation du patient, la facture devra comporter une référence (date et numéro), le nom et le prénom du bénéficiaire des soins, son numéro d'immatriculation au régime obligatoire et sa date de naissance, la période de soins, la date de prescription, la nature des prestations, le taux de remboursement du régime obligatoire.

EN ECHANGES DRE

Si le Professionnel de Santé possède une version de logiciel équipée Sésam Vitale 1.40 , il peut émettre des **Demandes de Remboursement Electronique** (gestion séparée) en parallèle de la FSE transmise au Régime Obligatoire.

Il faut au préalable avoir importé ou téléchargé la table de convention de la mutuelle avec l'aide de l'éditeur de logiciel.

Pour information, le numéro AMC sous 9 chiffres est affiché sur la carte mutuelle Tiers Payant ou sur votre espace sécurisé.