

## **Modèle de la demande d'adhésion aux conventions de tiers payant**

**Monsieur le Président du Conseil National  
de l'Ordre National des Médecins**

**s/c**

**Monsieur le Président du Conseil Régional  
Région du \_\_\_\_\_**

**OBJET** : Convention de tiers payant - Demande d'adhésion

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous solliciter l'adhésion à la convention de tiers payant signée entre (*nom de l'organisme souhaité*) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Je déclare avoir pris connaissance des termes de ladite convention. Je déclare également que mon établissement dispose - ne dispose pas - (\*) d'un centre de réanimation dans lequel interviennent les réanimateurs figurant sur la liste ci-jointe.

Je m'engage à :

- Respecter les dispositions prévues par la présente convention ;
- Faire respecter lesdites dispositions par tout intervenant opérant au sein de ma clinique ;
- Appliquer le barème annexé à la présente convention, à tous les assurés munis d'une prise en charge ou porteurs d'une affiliation à un contrat d'assurances groupe maladie ;
- Recevoir les membres de la commission permanente de suivi et d'arbitrage et leur faciliter la vérification de la conformité aux normes en vigueur des installations de réanimation de notre établissement (\*\*)

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

**Date** : \_\_\_\_\_

**Cachet et signature  
du directeur de la clinique**

**Copie pour information à** :

- M. le président de l'Association Nationale des Cliniques Privées
- M. le président du Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral

**P.J** : Liste des réanimateurs

---

(\*) Barrer la mention inutile.

(\*\*) Uniquement pour les cliniques qui déclarent disposer de centres de réanimation.