

**Télétransmission**



**Santé Réunion**

414 rue Saint Louis 97460 Saint Paul

TEL : 0692 874990

FAX : 0262 350046

Courriel : [secretariat-tsr@reunionsante.net](mailto:secretariat-tsr@reunionsante.net)

**CONTRAT T.S.R - Professionnel de santé  
Abonnement au réseau Télétransmission Santé Réunion**

Entre les soussignés :

- La société **Télétransmission Santé Réunion**  
Société à responsabilité limitée au capital de 12 195 € inscrite au R.C.S. de Saint Denis N° B 433 167 350 ( 2000 B 695 ) sise à 414 rue Saint Louis 97460 Saint Paul représentée par Monsieur DUPORT Alain , agissant en qualité de gérant.  
Ci-après **dénommé « le Prestataire »**, d'une part, et
- Le **professionnel de santé**, dont les coordonnées suivent :  
Ci-après **dénommé « le Contractant »**, d'autre part

| <b>NOM et PRENOM</b>                                   |  | <b>N° facturation</b> |
|--|--|-----------------------|
|  |  |                       |
|  |  | <b>N° RPPS</b>        |
|  |  |                       |
|  |  | <b>N° SIREN</b>       |
|  |  |                       |
| <b>NOM du groupe médical<br/>( SCM, SDF, SCP ... )</b> |  |                       |
| <b>Adresse du cabinet</b>                              |  |                       |
| <b>Téléphone PRO</b>                                   |  |                       |
| <b>FAX PRO</b>   |  |                       |
| <b>E.Mail du responsable</b>                           |  |                       |
| <b>Logiciel utilisé</b>                                |  |                       |
| <b>Numéro d'émetteur TSR : 38125032300015</b>          |  |                       |
| <b>TOUS LES ITEMS CI-DESSUS DOIVENT ETRE REMPLIS</b>   |  |                       |

## **1/ Objet du contrat**

La société T.S.R confère, sous forme trimestrielle d'appel à cotisation, au contractant qui l'accepte, le droit non cessible et exclusif d'utiliser les services du concentrateur de feuilles de soins électroniques dont les fonctionnalités et les conditions d'utilisation sont décrites dans la DESCRIPTION DE L'OFFRE, fournie sur simple demande.

## **2/ Durée**

Le présent contrat est conclu **pour une durée d'un an** à compter de sa signature. Aucune résiliation ne pourra se faire avant cette date et toutes les 12 mensualités seront dues.

A l'issue de cette période, il sera renouvelé par tacite reconduction, sauf dénonciation par le Contractant moyennant un préavis de 2 mois.

## **3/ Tarifs**

Je souscris à :

- l'offre de base « concentrateur »** T.S.R au prix de 27.08 € HT soit 29.60 € TTC par mois
- l'offre RESO-BANK** au prix de 23.05 € HT soit 25.00 € TTC par mois. Cette offre ne sera effective, vu le rapprochement nécessaire de 60 jours effectué par RESOPHARMA qu'au bout de 2 mois.

**Soit un montant total de :**

..... €

**par mois**, payable trimestriellement, par prélèvement SEPA, à début d'échéance

**IBAN TSR :**

Numéro de compte bancaire international :

FR76 1010 7007 6900 4409 5150 135

**Merci de joindre obligatoirement un IBAN ( sur RIB ) récent et une Feuille de Soins barrée**

## **4/ Eclatement des mutuelles**

A noter qu'à ce jour, seul TSR permet l'éclatement des mutuelles vers VIAMEDIS et la MNT ! Cela constitue un bon pool de patients qui seront heureux de pouvoir bénéficier du Tiers Payant Généralisé. ...

