



DEMANDE D'UN NUMÉRO DE FACTURATION ET/OU DE CONVENTIONNEMENT PRESTATAIRES DE L'APPAREILLAGE Titre II chapitres 1, 5, 6 et 7

Vous souhaitez déposer une demande d'attribution de numéro de facturation et/ou de conventionnement pour délivrer des orthèses-orthopédiques (chapitre 1), des prothèses oculaires ou faciales (chapitre 5), des podo-orthèses (chapitre 6), ou encore des orthoprothèses (chapitre 7).

À toutes fins utiles, nous vous informons que les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Organisations Professionnelles représentatives des épithésistes, des ophtalmologistes et des podo-orthésistes ont conclu à effet du 10 octobre 2020 une convention qui a pour but de préciser les conditions de prise en charge des appareillages inscrits au Titre II chapitres 1, 5, 6 et 7 de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Vous avez donc le choix entre :

- Adhérer à la convention, ce qui vous permettra de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance des frais. Vous vous engagez alors à respecter les dispositions de la convention. En cas de manquement à vos obligations, des sanctions conventionnelles pourront être prononcées à votre encontre.
- Ne pas adhérer à la convention, ce qui implique l'absence de tiers payant.

Dans les deux cas, les conditions d'exercice requises de la profession énumérées par les articles L. 4364-1 à L. 4364-7, D. 4364-1 à D. 4364-10, D. 4364-12 à D. 4364-18 doivent être remplies (diplôme, conformité des locaux professionnels réservés à votre activité et matériels spécifiques).

Le prestataire respecte l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment celles du code de la santé publique relatives aux règles d'exercice et aux règles professionnelles et de bonne pratique.

En conséquence, afin de constituer votre dossier, vous trouverez dans ce document :

- un questionnaire relatif à l'attribution d'un numéro de facturation (FNPS) et/ou de conventionnement,
- la convention conclue le 23 avril 2019 à effet du 10 octobre 2020.

Le questionnaire dûment rempli et accompagné des justificatifs nécessaires sera à retourner par courriel à :

vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr

PIÈCES À FOURNIR

Pour l'établissement :

- le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsables légaux
- la fiche remplie relative à la sécurisation des données bancaires annexée en fin de document
- un extrait KBIS de moins de 3 mois (registre du commerce et des sociétés)
- une fiche de situation au répertoire SIRENE relatif au siège social et à l'établissement concerné
- la copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité de l'ensemble des responsables juridiques et techniques
- les statuts de la société
- le contrat de travail du responsable technique et des autres salariés de l'établissement ou une attestation employeur signée des 2 parties indiquant la nature du contrat, sa date de début, le type d'emploi occupé et le lieu d'exercice
- un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)
- le bail du local commercial
- une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle à jour mentionnant les coordonnées complètes de la société et son activité
- l'attestation RPPS (enregistrement auprès de l'agence régionale de santé (ARS)) des professionnels de l'établissement concerné
- une copie du diplôme d'État de l'ensemble des professionnels de l'établissement

➤ **Tout dossier incomplet retardera le délai de traitement**

DOSSIER D'IDENTIFICATION ET/OU DE CONVENTIONNEMENT

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Première installation | <input type="checkbox"/> Ouverture établissement secondaire | <input type="checkbox"/> Reprise d'un établissement |
| <input type="checkbox"/> Extension d'activité | <input type="checkbox"/> Adhésion à la convention | |
| <input type="checkbox"/> Podo-Orthésiste | <input type="checkbox"/> Oculariste | <input type="checkbox"/> Epithésiste |
| <input type="checkbox"/> Orthopédiste-orthésiste | | <input type="checkbox"/> Orthoprothésiste |

IDENTIFICATION DU SIÈGE SOCIAL DE L'ENTREPRISE

Forme juridique :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : _____ @ _____

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : _____ Ville : _____

N° SIREN :

Personnes juridiquement responsables

1

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Qualité (exploitant, gérant, PDG, etc.) :

Diplôme (joindre copie du diplôme et du N° RPPS) : Oui Non

2

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Qualité (directeur général, gérant associé; etc.) :

Diplôme (joindre copie du diplôme et du N° RPPS) : Oui Non

3

Raison sociale (personne morale) :

Adresse du siège social :

CP : _____ Ville : _____

N° SIREN :

(joindre un extrait KBIS de moins de 3 mois)

👉 **Si vous avez été ou êtes actuellement gérant ou PDG d'une ou plusieurs société(s), merci de compléter la fiche « Vos mandats »**

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Enseigne :

Adresse :

CP : Ville :

Courriel : @

Téléphone : N° SIRET :

Date d'ouverture du local :

● **Si reprise, identification du prédécesseur :**

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : @

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : Ville :

N° SIRET :

Jours et heures d'ouverture :

Lundi de h à h et de h à h

Mardi de h à h et de h à h

Mercredi de h à h et de h à h

Jeudi de h à h et de h à h

Vendredi de h à h et de h à h

Samedi de h à h et de h à h

Dimanche de h à h et de h à h

IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié dans le local réservé à cet effet, aux heures de réception des assurés.

Le professionnel s'engage à ce que cette présence effective soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés.

1 Nom – Prénom (suivi du nom marital) :
Date de naissance :
Diplôme permettant l'exercice : Année d'obtention :
N° RPPS :
Date de prise de fonction :

2 Nom – Prénom (suivi du nom marital) :
Date de naissance :
Diplôme permettant l'exercice : Année d'obtention :
N° RPPS :
Date de prise de fonction :

3 Nom – Prénom (suivi du nom marital) :
Date de naissance :
Diplôme permettant l'exercice : Année d'obtention :
N° RPPS :
Date de prise de fonction :

4 Nom – Prénom (suivi du nom marital) :
Date de naissance :
Diplôme permettant l'exercice : Année d'obtention :
N° RPPS :
Date de prise de fonction :

VOS MANDATS

1

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

2

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

3

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

4

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

5

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

6

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (nom, prénom)

représentant(e) légal(e) de l'entreprise

Déclare :

Adhérer à la convention

- avoir pris connaissance de la convention
- respecter les normes d'installation et d'équipement :
 - l'activité professionnelle de ces professionnels (orthopédistes-orthésistes, podo-orthésistes, orthoprothésistes, ocularistes, épithésistes) ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé
 - dans son local professionnel, le professionnel doit disposer d'un matériel nécessaire à l'exercice de son métier

Ne pas adhérer à la convention

M'engage à :

- certifier exact les renseignements figurants ci-dessus
- gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables à la profession
- signaler dans le délai d'un mois tout changement de nature à modifier les conditions de l'habilitation tel que déménagement, cession de fond, fusion, reprise totale ou partielle de la structure, changement de personnel
- accepter tout contrôle des caisses d'Assurance Maladie

Fait à

Le

Signature

Information

NB : Les données d'identification de l'entreprise, de ses activités et de ses représentants, éléments permettant l'attribution d'un numéro de facturation et/ou de conventionnement de l'établissement par l'Assurance Maladie, font l'objet d'un enregistrement dans un traitement informatisé dont l'inscription est référencée au registre CIL de la Cramif.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant en contactant le pôle vie conventionnelle par courriel : vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr

Pour la protection des données et conformément au Chapitre III du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018, vous pouvez obtenir les informations visées aux articles 13, 14 et 15 et le cas échéant exercer les autres droits prévus en consultant « Protection des données », « Registre des traitements » sur cramif.fr et par messagerie à dpo.cramif@assurance-maladie.fr

La Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) (nomenclatures, codes prestations et tarifs de prise en charge) est disponible sur ameli.fr/professionnel-de-la-lpp/textes-referenc/conventions-nationales-avenants

Vos démarches peuvent s'effectuer en ligne sur le site cramif.fr



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale
Île-de-France

ANNEXE

SÉCURISATION DES DONNÉES BANCAIRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Nom enseigne :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° SIRET :

Dans le cadre de la sécurisation de la procédure des demandes de modification des coordonnées bancaires à la demande d'un professionnel de santé, l'Assurance Maladie est autorisée à contrôler les informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des art. L114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Afin de confirmer votre demande d'enregistrement des coordonnées bancaires relatives à votre activité au fichier national des professionnels de santé, nous vous remercions de compléter le questionnaire dûment complété et signé :

Établissement bancaire :

Titulaire du compte :

N° de compte :

Confirmation d'enregistrement du RIB : Oui Non

Accord pour vérification auprès de l'organisme bancaire à chaque
changement dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation : Oui Non

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur
l'authenticité des éléments transmis.

Signature du titulaire et cachet