



## DEMANDE D'UN NUMÉRO DE FACTURATION ET/OU DE CONVENTIONNEMENT EN AUDIOPROTHÈSE Titre II chapitre 3

Vous souhaitez déposer une demande d'attribution de numéro de facturation et/ou de conventionnement pour délivrer des appareils électroniques de surdité aux assurés sociaux.

  toutes fins utiles, nous vous informons que les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Organisations Professionnelles représentatives des Audioproth sistes ont conclu à effet du 1<sup>er</sup> février 1995, une convention qui a pour but de préciser les conditions de prise en charge des appareils électroniques de surdité inscrits au Titre II chapitre 3 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 :

a) 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.

b) 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 d'audioprothésiste énumérées par les articles L. 4361-1   L. 4361-11, D. 4361-1, D. 4361-19 et D. 4361-20 du code de la santé publique, le décret n  2004-802 du 29 juillet 2004 doivent être remplis (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 1<sup>er</sup> février 1995.

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

[vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr](mailto:vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr)

### PIÈCES   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 annex e 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
- les statuts de la société
- la liste de tous les points de vente en audioprothèses dont vous assurez la gestion
- la copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité de l'ensemble des responsables juridiques et techniques
- le contrat de travail des salariés de l'établissement
- un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)
- le bail du local commercial
- un certificat de conformité de la cabine d'audioprothèse (rapport de mesures acoustiques daté et signé)
- l'attestation ADELI (enregistrement auprès de l'Agence Régionale de Santé) des audioprothésistes de l'établissement concerné. L'ADELI devra correspondre au département du lieu d'exercice principal
- une copie du diplôme d' tat (DU) de l'ensemble des audioprothésistes de l'établissement
- le planning des audioprothésistes intervenant sur les différentes structures dont vous assurez la gestion

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

# DOSSIER D'IDENTIFICATION ET/OU DE CONVENTIONNEMENT

- Première installation       Ouverture établissement secondaire       Reprise d'un établissement  
 Adhésion à la convention

## 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

<b>1</b>	Nom – Prénom (suivi du nom marital) : Qualité (exploitant, gérant, PDG...) : Diplômé en audioprothèse (joindre copie du diplôme et du N° ADELI) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------	---

<b>2</b>	Nom – Prénom (suivi du nom marital) : Qualité (directeur général, gérant associé...) : Diplômé en audioprothèse (joindre copie du diplôme et du N° ADELI) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------	---

<b>3</b>	Dénomination 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 sociétés, merci de compléter la fiche « Vos mandats »**

## IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Enseigne :

Adresse :

CP : Ville :

Courriel : @

Téléphone : N° SIRET :

Date d'ouverture du local :

### 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

### ● Si reprise, identification du prédécesseur :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : @

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : Ville : N° SIRET :

## IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

1

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Diplôme permettant l'exercice de l'audioprothèse

Année d'obtention : N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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 (suite)

2

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Diplôme permettant l'exercice de l'audioprothèse

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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

3

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Diplôme permettant l'exercice de l'audioprothèse

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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

4

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Diplôme permettant l'exercice de l'audioprothèse

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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 (suite)

5

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Diplôme permettant l'exercice de l'audioprothèse

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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

## ORGANISATION DES LOCAUX PROFESSIONNELS

### LOCAL

- Un cabinet ou une cabine insonorisée

oui  non

ou

- Une salle de mesures audio-prothétiques d'un volume utile minimum de 15m<sup>3</sup>

oui  non

Le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation ne doit pas excéder 40 décibels A exprimé en niveau constant équivalent sur une durée de mesure d'une heure ; ce temps de réverbération ne doit pas, pendant les mesures audio-prothétiques, y être supérieur à 0,5 seconde à la fréquence de 500 hertz.

- Un laboratoire isolé de la salle de mesures audio-prothétiques lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques Une salle d'attente distincte de la salle de mesures audio-prothétiques

oui  non

- Votre local répond-il aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite

oui  non

- En cas de dénivelé, l'accès est-il muni d'une rampe d'accès ?

oui  non

### MATÉRIEL DE MESURES AUDIO-PROTHÉTIQUES

- Un audiomètre tonal ou vocal classe A normalisé

oui  non

ou

- Un ensemble audiométrique équivalent comportant des sorties écouteurs, vibreur, haut-parleur.

oui  non

- Un système de localisation sonore est composé d'au moins trois haut-parleurs distants d'un mètre au moins par rapport au sujet testé

oui  non

- Un dispositif permettant l'équilibrage des prothèses stéréophoniques

oui  non

- Une boucle magnétique

oui  non

- Un dispositif permettant d'effectuer des tests d'audition dans le bruit

oui  non

## MATÉRIEL DE MESURES AUDIO-PROTHÉTIQUES (suite)

- Un dispositif de conditionnement audiométrique adaptable aux aptitudes psychomotrices du sujet testé, comprenant notamment, en cas d'appareillage du jeune enfant, un matériel d'audiologie infantile  oui  non
- Un dispositif permettant de tester l'efficacité des prothèses auditives vis-à-vis de différents moyens de communication  oui  non
- Une chaîne de mesure électro-acoustique permettant de contrôler les caractéristiques des amplificateurs correcteurs de l'audition courbe de réponse gain ou formule acoustique, distorsions, niveau de sortie  oui  non
- Un sonomètre normalisé  oui  non

## MATÉRIEL ET PRODUITS NÉCESSAIRES AUX PRISES D'EMPREINTES DU CONDUIT AUDITIF

- Otoscope éclairant  oui  non
- Miroir de clar pour l'examen du conduit auditif externe  oui  non
- Seringues à empreintes  oui  non
- Spéculum d'oreille  oui  non
- Matériel d'entretien nécessaire à la maintenance des amplificateurs correcteurs de l'audition et des embouts.  oui  non

## 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 :

7

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 d'audioprothésiste ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet, aménagé et exploité par un audioprothésiste
  - dans son local professionnel, l'audioprothésiste 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](mailto: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](http://cramif.fr) et par messagerie à [dpo.cramif@assurance-maladie.fr](mailto: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](http://ameli.fr/professionnel-de-la-lpp/textes-referenc/conventions-nationales-avenants)

Vos démarches peuvent s'effectuer en ligne sur le site [cramif.fr](http://cramif.fr)





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale  
Île-de-France

ANNEXE

# FICHE RELATIVE À LA 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)  
l'authenticité des éléments transmis.

certifie sur l'honneur

Signature du titulaire et cachet