

## MODIFICATION ADMINISTRATIVE

En cas modification administrative, vous devez nous retourner le questionnaire dûment rempli accompagné des justificatifs nécessaires à :

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

### PIÈCES À FOURNIR

Dans le cadre d'une modification d'ordre juridique (gérant, forme juridique,...) ou d'un changement de diplômé

- le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsables
- un extrait de registre de commerce – KBIS de moins de 3 mois
- les statuts de la société et la répartition des parts sociales
- une fiche de situation au répertoire SIRENE relatif à l'établissement (point de vente) concerné
- un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable juridique)

### OPTIQUE MÉDICALE

- le diplôme (BTS) en optique de l'opticien directeur et, du ou des assistants
- l'attestation ADELI (enregistrement auprès de l'agence régionale de santé – ARS de l'ensemble des opticiens lunetiers de l'établissement)

### AUDIOPROTHÈSES

- l'attestation ADELI précisant le ou les lieux d'exercice (+ copie des fiches ADELI du personnel)
- le diplôme d'État d'audioprothésiste (+ copie des diplômes du personnel)

### PODO-ORTHÉSISTES ; OCULARISTE ; ÉPITHÉSISTES ; ORTHOPROTHÉSISTES

- l'attestation ADELI précisant le ou les lieux d'exercice (+ copie des fiches ADELI du personnel)
- le diplôme d'État (+ copie des diplômes du personnel)

### POUR LE TITRE I DE LA LPP

- Attestation de formation de prestataire de service et distributeur de matériels pour : les personnels intervenant auprès de la personne malade ou handicapée afin de lui délivrer les matériels et services ; les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et services.

### EN CAS DE COMMERCIALISATION DES VÉHICULES POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES

- attestation de stage CERAH (Centre d'Études et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés) obtenue par le responsable technique

#### EN CAS DE DISPENSATION D'OXYGÈNE À USAGE MÉDICAL

- la décision de l'ARS faisant état du local pour lequel l'adhésion à la convention est sollicitée et copie de la décision de l'ARS relative à l'aire géographique autorisée
- le diplôme de pharmacie
- numéro RPPS

#### EN CAS DE DISPENSATION DE SYSTÈMES ACTIFS POUR PERFUSION

- le diplôme de pharmacien ou d'infirmier(e) **en recto/verso**
- pour le pharmacien : numéro RPPS

#### EN CAS DE DISPENSATION DE MATÉRIEL POUR NUTRITION ENTÉRALE

- le diplôme de pharmacien ou d'infirmier(e) **en recto/verso**
- pour le pharmacien : numéro RPPS

#### EN CAS DE DISPENSATION D'APPAREIL DE VENTILATION

- le diplôme de pharmacien, d'infirmier(e) ou de masseur kinésithérapeute **en recto/verso**
- pour le pharmacien : numéro RPPS

#### EN CAS DE DISPENSATION D'APPAREIL POUR PRESSION POSITIVE CONTINUE

- le diplôme de pharmacien, d'infirmier(e) ou de masseur kinésithérapeute **en recto/verso**
- pour le pharmacien : numéro RPPS

#### EN CAS DE DISPENSATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX D'AÉROSOLTHÉRAPIE POUR PATHOLOGIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

- le diplôme de pharmacien, d'infirmier(e) ou de masseur kinésithérapeute **en recto/verso**
- pour le pharmacien : numéro RPPS

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

## MODIFICATION

### IDENTIFICATION DU SIÈGE SOCIAL DE L'ENTREPRISE

Forme juridique :

Raison sociale :

Enseigne :

Adresse du siège social :

CP :

Ville :

N° SIREN :

#### Personnes juridiquement responsables

1 - Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Qualité :

Diplômé (joindre photocopie du diplôme et du N° ADELI) :

Oui

Non

2 - Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Qualité :

Diplômé optique (joindre photocopie du diplôme et du N° ADELI) :

Oui

Non

### IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Enseigne :

Adresse :

CP :

Ville :

Courriel :

@

Téléphone :

Fax :

N° SIRET :

N° FNPS :

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

**IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL**Nom – Prénom *(suivi du nom marital)* :

Diplôme :

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

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

Nom – Prénom *(suivi du nom marital)* :

Diplôme :

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

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

Nom – Prénom *(suivi du nom marital)* :

Diplôme :

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

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

## IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Diplôme :

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

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Diplôme :

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

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

Fait à

Le

**Signature**

**Cachet de l'entreprise**

### Information

NB : les données d'identification de l'entreprise, de ses activités et de ses représentants, éléments permettant l'habilitation et le 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, 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 [delegueprotectiondonnees.cramif@assurance-maladie.fr](mailto:delegueprotectiondonnees.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-referencé/conventions-nationales-avenants](http://ameli.fr/professionnel-de-la-lpp/textes-referencé/conventions-nationales-avenants)

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