

## DEMANDE D'AGREMENT EN ORTHESE

Vous désirez déposer une demande d'agrément pour délivrer aux assurés sociaux des articles d'ORTHESES référencés au Titre 2 Chapitre 1 de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les critères pour obtenir une telle autorisation ont été définis par arrêtés des :

- 30 décembre 1985 (Journal Officiel du 25 janvier 1986) relatif aux conditions d'installation et d'équipement,
- 21 juin 1994 (Journal Officiel du 17 juillet 1994) qui fixe les compétences.

En conséquence, afin de nous permettre d'instruire votre dossier, il vous appartient de nous retourner dûment complété, signé et accompagné des justifications nécessaires le questionnaire ci-joint.

Nous attirons votre attention sur le fait que si le dépôt de permis de construire de l'immeuble dans lequel vous envisagez d'exercer votre activité et postérieur au 1<sup>er</sup> mars 1979 ou si des modifications de structures ont entraîné un nouveau dépôt après cette date, vos locaux doivent être accessibles aux personnes à mobilité réduite (voir conditions d'accessibilités).

Dès réception de ces documents et après étude de votre dossier, nous ne manquerons pas de vous notifier la décision réservée à votre dossier.

# QUESTIONNAIRE RELATIF À L'AGRÉMENT DES FOURNISSEURS D'ORTHÈSE TITRE 2 CHAPITRE 1 DE LA LPP <sup>(1)</sup>

## IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

(POUR LES PROFESSIONS LIBÉRALES INDIQUER LE CABINET PRINCIPAL)

Raison sociale / forme juridique  
ou nom (pour les professions libérales) :

Enseigne :

Adresse du siège social :

CP / Ville :

N° SIRET :

Téléphone :  Fax :

E-mail :

## RESPONSABLE(S) JURIDIQUE(S)

1 Nom (marital suivi du nom  
patronymique ) Prénom :

Qualité :

2 Nom (marital suivi du nom  
patronymique ) Prénom :

Qualité :

3 Nom (marital suivi du nom  
patronymique ) Prénom :

Qualité :

## IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT OU CABINET POUR LEQUEL L'AGRÉMENT EST DEMANDÉ

Enseigne :

Adresse :

CP / Ville :

Jours et heures d'ouverture:

Année de construction :

N° SIRET :

Téléphone :  Fax :

E-mail :

(1) LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

## RÉCEPTION DES ASSURÉS PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié justifiant des critères de compétences tels que définis par l'arrêté du 21 juin 1994 (JO du 17 juillet 1994) et capable de conseiller les assurés sur le fonctionnement, l'utilisation et l'entretien des produits remboursables susceptibles de leur être fournis.

Le prestataire s'engage à ce que la présence effective du personnel qualifié soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture.

1 **Nom** (marital Suivi du nom patronymique) :

**Prénom** :

**N° sécurité Sociale** :               **N° ADELI** :

**Diplômes permettant l'exercice de l'orthèse**  **Année** :

**Début d'activité**    **Jours et heures de présence**

2 **Nom** (marital Suivi du nom patronymique) :

**Prénom** :

**N° sécurité Sociale** :                **N° ADELI** :

**Diplômes permettant l'exercice de l'orthèse**  **Année** :

**Début d'activité**    **Jours et heures de présence**

### AGRÈMENT DEMANDÉ DANS LE CADRE DES CRITÈRES DE COMPÉTENCE

CRITÈRES DE COMPÉTENCE (1)	CATÉGORIE (1)	ARTICLES	RÉFÉRENCES LPP
<input type="checkbox"/> Pharmaciens ayant suivi une formation complémentaire en orthèses dispensés par une université reconnue. <input type="checkbox"/> Titulaires du Certificat de l'Ecole d'Orthopédie de la Chambre de Commerce et de l'Industrie de MARSEILLE. <input type="checkbox"/> Prothésistes-Orthésistes agréés comme fournisseurs de Grand Appareillage. <input type="checkbox"/> Titulaires du certificat de technicien bandagiste orthopédiste délivré par le Centre de Formation ECOTEV. <input type="checkbox"/> Titulaires du diplôme d'enseignement d'orthopédiste de la Chambre des Métiers de PARIS et de la CSNPO.	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu armé	201 E
		Bandages herniaires	201 A
		Orthèses élastiques de contention des membres fabriquées sur mesure	201 D 03 201 D 05
		Appareils de correction orthopédique concernant le membre inférieur : niveau genoux niveau hanches	201 G 002 201 G 003
		Appareils de correction orthopédique concernant le membre supérieur : niveau main et poignet	201 G 01
		Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés	201 J
<input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 1 <input type="checkbox"/> Tous les pharmaciens.	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Orthèses élastiques de contention des membres fabriquées en série	201D/00/01/04
		Colliers cervicaux	201 F
<input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 1 <input type="checkbox"/> Les podos-orthésistes agréés.	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Chaussures thérapeutiques de série	201 H
		Coques talonnières	201 C
		Appareils de correction orthopédique concernant le membre inférieur niveau pied	201 G 001
		Chaussures de série non thérapeutiques pouvant recevoir des appareils de marche Montage de l'appareil sur chaussure à talon monté en cuir et de la semelle après mise en place d'un étrier ou tourillon	201 I 201 I 00
<input type="checkbox"/> Les pédicures podologues. <input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 3	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Orthèses plantaires	201 B

(1) cocher la ou les cases correspondantes

## ORGANISATION DES LOCAUX PROFESSIONNELS

Pour que sa demande d'agrément soit reconnue par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, le prestataire doit disposer de locaux et d'une installation répondant :

- aux textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite
- à des conditions de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur
- aux exigences fixées par l'arrêté du 30 décembre 1985 (JO du 25 janvier 1986)

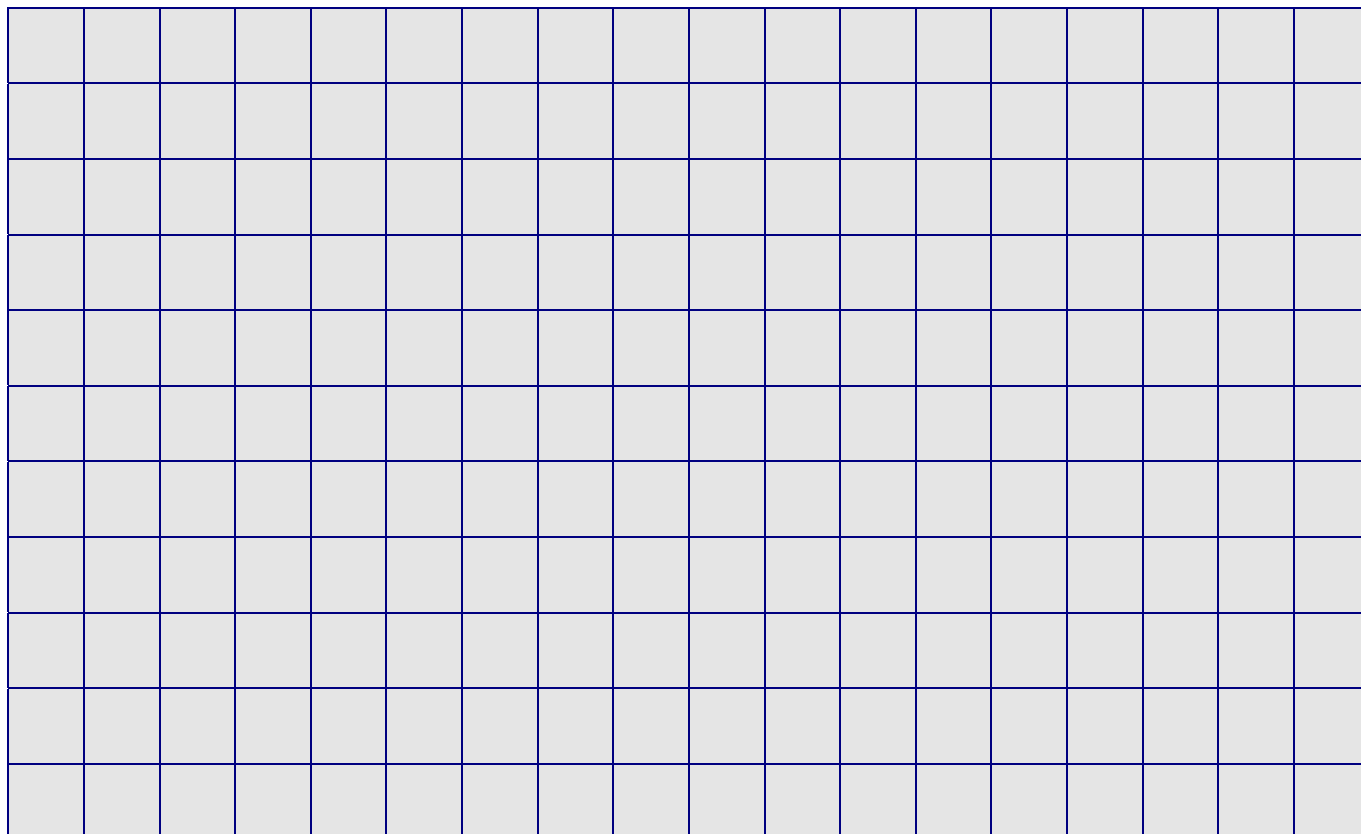
à savoir :

- locaux :
  - accessibilité aux personnes handicapées conformément au décret n° 78-109 du 1<sup>er</sup> février 1978 (documentation sur demande)
  - bonnes conditions d'isolation phonique et visuelle
  - éclairage convenable
- équipement :
  - cabine d'habillage (paravent rideau...)
  - table ou lit d'examens (hauteur minimale 0.60m)

En outre, pour la fourniture des orthèses plantaires :

- podoscope
- podographe
- atelier (obligation prévue par le cahier des charges annexé à la LPP)

## PLAN D'AGENCEMENT DE LA SALLE D'EXAMENS (2 cm = 1 m)



## PIÈCES À FOURNIR

- Attestation sur l'honneur précisant l'année de construction de l'immeuble pour lequel l'entreprise demande l'agrément

### Pour une entreprise commerciale

- Extrait de registre de commerce faisant état de la situation juridique et mentionnant le local pour lequel l'entreprise demande l'agrément
- Diplômes des personnes compétentes en orthèse
- Copie du contrat d'engagement des personnes compétentes en orthèse

### Pour une activité libérale

- Diplôme dûment enregistré auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du lieu d'exercice
- Numéro SIRET attribué par l'URSSAF pour le cabinet concerné par l'agrément

## ATTESTATION DU REPRÉSENTANT JURIDIQUE

Je soussigné (nom prénom) :

Déclare :

- exacts les renseignements figurant sur ce document.

M'engage à :

- **gérer** mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui lui sont applicables,
- **signaler** dans le délai d'un mois tout changement de nature à modifier les conditions de l'adhésion tel que déménagement, cession du fond, fusion, reprise totale ou partielle de la structure, cessation d'activité du personnel compétent déclaré.
- **accepter** tout contrôle des Caisses d'Assurance Maladie.

Fait le :

Signature :

## INFORMATION

Il y a lieu de noter que le droit d'accès prévu à l'article 34 de la loi N° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut s'exercer auprès de nos services.

Ce questionnaire doit être retourné à l'adresse suivante :



**Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France**

**Sous-Direction des Prestations - GRAPA**

**17-19 avenue de Flandre - 75954 PARIS CEDEX 19**

☎ : 01 40 05 63 20

☎ : 01 40 05 37 85

[grapa@cramif.cnamts.fr](mailto:grapa@cramif.cnamts.fr)