



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale
Île-de-France

MODIFICATION ADMINISTRATIVE PRESTATAIRES RELEVANT DU TITRE I ET IV PROFESSIONNELS DE L'APPAREILLAGE

En cas modification administrative, vous devez nous retourner le questionnaire dûment rempli accompagné des justificatifs nécessaires à :
vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr

PIÈCES À FOURNIR

DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE RIB

- le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsable(s)
- l'ancien relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable juridique)
- le nouveau relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable juridique)
- une copie lisible de la pièce d'identité en cours de validité de l'ensemble des responsables juridiques

PIÈCES À FOURNIR

DANS LE CADRE D'UNE MODIFICATION D'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT (SANS MODIFICATION DU NUMÉRO SIREN)

- le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsables
- un extrait de registre de commerce – KBIS de moins de 3 mois
- 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)
- le bail du local commercial (pour l'activité de vente à distance, il est attendu un justificatif type bail personnel ou facture EDF)

PIÈCES À FOURNIR

DANS LE CADRE D'UNE MODIFICATION D'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT (SANS MODIFICATION DU NUMÉRO SIREN)

- le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsables
- un extrait de registre de commerce – KBIS de moins de 3 mois
- 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)
- le bail du local commercial
- le protocole de désinfection en cas de location de matériels
- une attestation sur l'honneur si vente de matériels uniquement (sans location)
- une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle à jour mentionnant les coordonnées complètes de la société et son activité

PIÈCES À FOURNIR

DANS LE CADRE D'UNE MODIFICATION D'ORDRE JURIDIQUE (GÉRANT, FORME JURIDIQUE, ETC.)

- le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsables
- une copie lisible de la pièce d'identité en cours de validité de l'ensemble des responsables juridiques
- un extrait de registre de commerce - KBIS de moins de 3 mois
- le statut 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)
- les statuts modificatifs, les procès-verbaux des assemblées générales ordinaires et des assemblées générales extraordinaires actant la modification

PIÈCES À FOURNIR

DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE PERSONNEL / 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
- une fiche de situation au répertoire SIRENE relatif à l'établissement (point de vente) concerné
- une copie lisible de la pièce d'identité en cours de validité du nouveau responsable technique
- le contrat de travail du nouveau responsable technique 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

PODO-ORTHÉSISTES, OCULARISTE, ÉPITHÉSISTES, ORTHOPROTHÉSISTES, ORTHOPÉDISTES-ORTHÉSISTES

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

POUR LE TITRE I DE LA LPP

- attestation de suivi de la formation à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels (PSDM) délivrée par le CERAH (Centre d'Études et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés) ou un autre organisme certifié.

EN CAS DE COMMERCIALISATION DES VÉHICULES POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES

- attestation de suivi de la formation à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels (PSDM) délivrée par le CERAH (Centre d'Études et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés) ou un autre organisme certifié.

EN CAS DE DISPENSATION D'OXYGÈNE À USAGE MÉDICAL

- le diplôme de pharmacien
- numéro RPPS
- justificatif de l'inscription à l'ordre des pharmaciens
- planning du pharmacien

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
- justificatif de l'inscription à l'ordre des pharmaciens

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
- justificatif de l'inscription à l'ordre des pharmaciens

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
- justificatif de l'inscription à l'ordre des pharmaciens

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
- justificatif de l'inscription à l'ordre des pharmaciens

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
- justificatif de l'inscription à l'ordre des pharmaciens

EN CAS DE COMMERCIALISATION DE PROTHÈSES MAMMAIRES EXTERNES

- une attestation de suivi d'une formation homologuée spécifique à la délivrance des prothèses mammaires externes, sauf si le professionnel est orthopédiste-orthésiste, dans ce cas joindre une copie du Diplôme d'État (DU).

EN CAS DE COMMERCIALISATION DE PROTHÈSES CAPILLAIRES

- une attestation de suivi de formation à la fonction de prestataire de service et distributeur de matériels (PSDM) ou une attestation de formation répondant aux exigences de la réglementation relative à la distribution de prothèses capillaires.

L'attestation de suivi de la formation à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels (PSDM) délivrée par le CERAH (Centre d'Études et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés) ou un autre organisme certifié est obligatoire pour les professionnels non titulaires d'un diplôme médical sauf s'ils justifient au 01/01/2012 de 2 ans d'expérience professionnelle dans le domaine du Titre I et IV. En revanche, le suivi de celle-ci n'est pas obligatoire pour les professionnels de santé titulaires d'un diplôme médical (pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, etc.)

 **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 optique *(joindre photocopie du diplôme et du N° RPPS)* : Oui Non

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

Qualité

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

Date de prise de fonction :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

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

Diplôme :

Année d'obtention :

N° RPPS :

Date de prise de fonction :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

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

Diplôme :

Année d'obtention :

N° RPPS :

Date de prise de fonction :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

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

Diplôme :

Année d'obtention :

N° RPPS :

Date de prise de fonction :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de :

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

Diplôme :

Année d'obtention :

N° RPPS :

Date de prise de fonction :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Successeur de

POUR LES PRESTATAIRES RELEVANT DU TITRE I ET IV UNIQUEMENT

COCHEZ LA CATÉGORIE D'ARTICLES DÉLIVRÉS ET INDIQUEZ LE CODE LPP DU PRINCIPAL DISPOSITIF MÉDICAL

- Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie à l'exclusion de la dispensation d'oxygène à usage médical (Titre I) :
- Dispensation de systèmes actifs pour perfusion
 - Dispensation de matériel pour nutrition entérale
 - Dispensation d'appareil de ventilation
 - Dispensation d'appareil pour pression positive continue
 - Dispensation de dispositifs médicaux d'aérosolthérapie pour pathologies respiratoires chroniques
 - Dispensation d'oxygène à usage médical :
Date de l'arrêté préfectoral :
 - Autres (Titre I), précisez :
- Prothèses capillaires (Titre I)
- Véhicules pour handicapés physiques (Titre IV)
- Prothèses externes non orthopédiques (chapitre 4 Titre II)
- Dispensation de prothèses mammaires
 - Autres, précisez :
- Nom du produit et référence LPP du principal dispositif médical :

ORGANISATION DES LOCAUX PROFESSIONNELS

LOCAL D'ACCUEIL

Le prestataire s'engage, quelle que soit son activité, à disposer d'un local adapté à l'accueil des assurés sociaux et, à ce titre, ayant une superficie susceptible de répondre à des conditions d'accès, de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur.

Observations particulières sur le local d'accueil :

LOCAL D'EXPOSITION

Le prestataire s'engage, quelle que soit son activité, à disposer d'un local d'exposition, dissocié ou non du local d'accueil, permettant :

- la présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie,
- un choix de différents modèles de voitures pour handicapés physiques,
- les essais des fauteuils dans les conditions de déplacement appropriées et sur une surface d'évolution de 16 m² au moins avec une largeur minimum de 2 mètres.

Observations particulières sur le local d'exposition :

Le local d'exposition est dissocié du local d'accueil et sont situés dans la même circonscription :

Adresse :

LOCAL DE STOCKAGE

Le prestataire s'engage, quelle que soit son activité, à disposer d'un local de stockage qui doit être identifié, interdit au public et à l'abri de tout produit susceptible de souiller ou d'altérer le matériel. Il peut être indépendant des locaux d'accueil et d'exposition.

Observations particulières sur le local de stockage :

Le local peut être indépendant des locaux d'accueil :

Adresse :

ATELIER DE RÉPARATIONS

Le prestataire doit :

- disposer d'un atelier de réparation situé dans l'entreprise, ou dans un local suffisamment proche, ainsi que d'un stock des pièces détachées les plus courantes pour permettre la remise en état des appareils dans les plus brefs délais,
- être en mesure d'échanger le matériel défectueux.

Observations particulières sur le local de stockage:

LOCAL DE DÉSINFECTION (EN CAS DE LOCATION DE MATÉRIELS)

Séparés de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus

Le prestataire est tenu de procéder systématiquement, dans un local dédié, au nettoyage et à la désinfection rigoureuse de tout matériel ayant fait l'objet d'une utilisation au domicile d'une personne malade ou handicapée et avant affectation à un autre patient, lorsque ce matériel est repris à l'issue d'une période de location.

Soit il recourt aux procédés de désinfection recommandés par les fabricants du matériel, soit il est en mesure de justifier à tout moment du mode de désinfection pratiqué.

Les locaux où sont effectuées les opérations de désinfection sont séparés de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus et disposent d'accès indépendants.

Observations particulières et description des procédés de désinfection :

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'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-referance/conventions-nationales-avenants

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