



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale
Île-de-France

DEMANDE D'UN NUMÉRO DE FACTURATION ET/OU DE CONVENTIONNEMENT AUX PRESTATAIRES DÉLIVRANT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET/OU DES VÉHICULES POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES

Titres I et IV et au chapitre 4 du Titre II

Vous souhaitez déposer une demande d'attribution de numéro de facturation et/ou de conventionnement en tant que distributeur de produits et prestations relevant des titres Ier, IV et du chapitre 4 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés par l'Assurance Maladie (LPP).

Pour information, la caisse nationale d'Assurance Maladie et les organisations professionnelles représentant les prestataires délivrant produits et prestations inscrits aux Titres I et IV et au chapitre IV du Titre II de la LPP ont conclu à effet du 15 juillet 2015 une convention nationale précisant les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux, des prestataires de services et distributeurs de matériels de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. Elle a été publiée par arrêté le 30 mai 2016.

Vous avez 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 la dispense d'avance de frais. À noter que les cas de tiers payant obligatoires s'appliquent néanmoins à vous.

Dans les deux cas, vous devez respecter les règles législatives et réglementaires en vigueur relatives aux activités que vous exercez, notamment celles du Code de la santé publique relatives aux conditions d'exercice, aux règles professionnelles et de bonnes pratiques (notamment les articles L. 5211-1 à L. 5211-6, L. 5232-3, R. 5211-1 et suivants, D. 5232-1 à D. 5232-15 du Code de la santé publique, dispositions du Code de la sécurité sociale et dispositions figurant à la LPP).

En conséquence, afin de constituer votre dossier, vous trouverez dans ce document le questionnaire relatif à l'attribution d'un numéro de facturation (FNPS) et/ou d'un conventionnement. Ce dernier, dûment rempli et accompagné des justificatifs nécessaires sera à retourner par courriel à :

vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr

PIÈCES À FOURNIR

- ☐ 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) mentionnant le siège social, le site principal et les sites secondaires s'il y en a
- ☐ 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 (personnels qualifiés)
- ☐ les statuts de la société
- ☐ un justificatif de travail signé du ou des représentants légaux pour chaque responsable technique / personnel qualifié : une attestation employeur indiquant notamment le type de contrat, sa date de début, le type d'emploi occupé et s'il est occupé à temps plein ou partiel, le lieu d'exercice
- ☐ un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)
- ☐ si location du / des locaux : copie du bail commercial et copie du règlement de copropriété le cas échéant ou copie du bail locatif en cas d'exercice au domicile du prestataire et copie du règlement de copropriété le cas échéant
- ☐ si propriétaire du / des locaux : copie de la taxe foncière ou copie du titre de propriété
- ☐ copie du plan des locaux, avec l'indication, le cas échéant, de la zone d'accueil des patients, et/ou la zone d'exposition et/ou la zone de désinfection des produits
- ☐ copie de l'attestation d'assurance de responsabilité civile et professionnelle à jour, en cours de validité et couvrant les activités de la convention et les locaux concernés par la demande
- ☐ le protocole de désinfection en cas de location de matériel
- ☐ une attestation sur l'honneur en cas de vente de matériels uniquement (sans location)
- ☐ copie des attestations de formation des responsables techniques, personnels qualifiés, prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM) : personnels intervenant auprès de la personne malade ou handicapée afin de lui délivrer les matériels et services, personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonnes pratiques de délivrance des matériels et services ou copie du ou des certificats de travail pour justifier de l'expérience acquise (expérience de 2 ans validée au 1^{er} janvier 2012)

PIÈCES JUSTIFICATIVES SPÉCIFIQUES

En cas de dispensation d'oxygène à usage médical :

- ☐ copie de l'autorisation de l'Agence régionale de santé
- ☐ copie du diplôme de pharmacien hors officine garant de l'activité

En cas de dispensation de systèmes actifs pour perfusion, de matériel pour nutrition entérale :

- ☐ copie du diplôme de médecin, de pharmacien ou d'infirmier garant de l'activité

En cas de dispensation d'appareil de ventilation, d'appareil pour pression positive continue, de dispositifs médicaux d'aérosolthérapie pour pathologies respiratoires chroniques :

- ☐ copie du diplôme de médecin, de pharmacien, d'infirmier ou de masseur-kinésithérapeute garant de l'activité

En cas de commercialisation de prothèses mammaires externes :

- ☐ copie du diplôme d'État (DU) d'orthopédiste-orthésiste ou copie de l'attestation de suivi d'une formation homologuée spécifique à la délivrance des prothèses mammaires externes

En cas de commercialisation de prothèses capillaires :

- ☐ si un professionnel de santé est garant de l'activité : copie du diplôme
- ☐ si le professionnel est un coiffeur ou un perruquier-posticheur : copie du diplôme
- ☐ copie de l'attestation de formation répondant aux exigences de la réglementation relative à la distribution de prothèses capillaires ou copie du ou des certificats de travail pour justifier de l'expérience acquise

En cas de commercialisation (location et achat) de véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) :

- ☐ si un professionnel de santé est garant de l'activité : copie du diplôme
- ☐ copie de l'attestation de suivi de la formation obligatoire pour garantir et délivrer des VPH

En cas de dispensation de dispositifs médicaux d'insulinothérapie :

- ☐ copie du diplôme de l'infirmier (pour la visite tous les six mois)

➤ **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
- ☐ Titre 1 ☐ Titre 4 ☐ Titres 1 et 4 ☐ Chapitre IV du Titre II

IDENTIFICATION DU SIÈGE SOCIAL DE L'ENTREPRISE

Forme juridique :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : _____ @ _____

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : _____ Ville : _____

N° SIREN :

1

Représentants légaux de l'entreprise : personnes physiques

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Compétences

PSDM

☐ oui ☐ non

Expérience de 2 ans validée au 1^{er} janvier 2012 (joindre les certificats de travail)

☐ oui ☐ non

Diplôme

2

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Compétences

PSDM

☐ oui ☐ non

Expérience de 2 ans validée au 1^{er} janvier 2012 (joindre les certificats de travail)

☐ oui ☐ non

Diplôme :

3

Représentant légal de l'entreprise : personne morale

Raison sociale (personne morale) :

Adresse du siège social :

CP : _____ Ville : _____

N° SIREN :

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

● Enseigne :

Adresse :

CP : Ville :

Courriel : @

Téléphone :

N° SIRET :

Date d'ouverture du local :

Jours et heures d'ouverture au public :

Lundi	de	à	et de	à
Mardi	de	à	et de	à
Mercredi	de	à	et de	à
Jeudi	de	à	et de	à
Vendredi	de	à	et de	à
Samedi	de	à	et de	à
Dimanche	de	à	et de	à

● Si reprise, identification du prédécesseur :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : @

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : Ville :

N° SIRET :

Cochez la catégorie d'articles délivrés et indiquez le code LPP du principal dispositif médical

Les dispositifs médicaux du titre Ier de la LPP qui sont loués doivent faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection après retour du domicile du patient pour les parties sans contact direct avec ce dernier. En cas de contact direct, le dispositif doit être stérilisé (sauf produits consommables).

☐ **Titre I, chapitre 1**

- ☐ Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
- ☐ Dispositifs de systèmes actifs pour perfusion de nutrition entérale
- ☐ Ventilation respiratoire assistée
- ☐ Appareil de pressions positive continue
- ☐ Dispositifs d'aérosolthérapie pour pathologies respiratoires chroniques
- ☐ Oxygène à usage médical

Date de l'arrêté préfectoral :

Aire géographique autorisée par l'Agence régionale de santé pour l'oxygénothérapie :

- ☐ Dispositifs médicaux d'insulinothérapie

☐ **Titre I, chapitre 2**

- ☐ Lits médicalisés et dispositifs médicaux d'aide à la prévention et d'aide au traitement de l'escarre (supports de lits et de fauteuils)
- ☐ Aides techniques à la posture
- ☐ Location de véhicules pour personnes en situation de handicap
- ☐ Prothèses capillaires

☐ **Titre I, chapitre 3 : Articles pour pansements, matériels de contention**

☐ **Titre I, autre** (précisez) :

☐ **Titre IV**

- ☐ Achat de véhicules pour personnes en situation de handicap
- ☐ Autre (précisez) :

☐ **Titre II, chapitre 4**

- ☐ Prothèses mammaires externes
- ☐ Autre, précisez :

IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié, répondant aux obligations des articles D.5232-1 et suivants du Code de la santé publique, capable de conseiller les assurés sur le fonctionnement, l'utilisation et l'entretien des produits remboursables susceptibles de leur être fournis. La présence effective de personnel qualifié est toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local que le prestataire entend réserver à l'accueil des assurés et déclaré ci-dessus. Il affiche dans son ou ses locaux ses jours et heures d'ouverture. Les modalités pratiques d'exercice de l'activité, si elle est à temps partiel, doivent être précisées au moment du conventionnement (jours et heures de présence obligatoire du professionnel ou du responsable technique pour recevoir les assurés).

1

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Profession :

Personnel intervenant auprès de la personne malade ou handicapée afin de lui délivrer les produits et prestations

☐ oui ☐ non

Personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonnes pratiques de délivrance des produits et prestations

☐ oui ☐ non

Si oui, quelle est la catégorie de produits et prestations garantie ?

1	<u>Compétences</u> PSDM ☐ oui ☐ non ou expérience de 2 ans validée au 1^{er} janvier 2012 (joindre les certificats de travail) Autre compétence à préciser selon l'activité exercée (ex : prothèses capillaires, prothèses mammaires externes, VPH) : Diplôme : RPPS (si applicable) : Date de prise de fonction : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel (préciser les jours et heures de travail) :
2	Nom – Prénom (suivi du nom marital) : Date de naissance : Profession : Personnel intervenant auprès de la personne malade ou handicapée afin de lui délivrer les produits et prestations ☐ oui ☐ non Personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonnes pratiques de délivrance des produits et prestations ☐ oui ☐ non Si oui, quelle est la catégorie de produits et de prestations garantie ? <u>Compétences</u> PSDM ☐ oui ☐ non ou expérience de 2 ans validée au 1^{er} janvier 2012 (joindre les certificats de travail) Autre compétence à préciser selon l'activité exercée (ex : prothèses capillaires, prothèses mammaires externes, VPH) : Diplôme : RPPS (si applicable) : Date de prise de fonction : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel (préciser les jours et heures de travail) :
3	Nom – Prénom (suivi du nom marital) : Date de naissance : Profession : Personnel intervenant auprès de la personne malade ou handicapée afin de lui délivrer les produits et prestations ☐ oui ☐ non Personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonnes pratiques de délivrance des produits et prestations ☐ oui ☐ non Si oui, quelle est la catégorie de produits et de prestations garantie ? <u>Compétences</u> PSDM ☐ oui ☐ non ou expérience de 2 ans validée au 1^{er} janvier 2012 (joindre les certificats de travail) Autre compétence à préciser selon l'activité exercée (ex : prothèses capillaires, prothèses mammaires externes, VPH) : Diplôme : RPPS (si applicable) : Date de prise de fonction : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel (préciser les jours et heures de travail) :

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.

Le site accueille-t-il des patients ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, répondez aux questions suivantes :

Le local d'accueil des patients répond-il aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité des personnes à mobilité réduite ? ☐ oui ☐ non

La superficie du local d'accueil répond-elle aux conditions d'accès, de confort et de salubrité ? ☐ oui ☐ non

Le local d'accueil est-il utilisé pour une activité autre que celle en rapport avec la santé ? ☐ oui ☐ non

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

Le site dispose-t-il d'un local d'exposition ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, répondez aux questions suivantes :

Le local d'exposition est-il dissocié du local d'accueil des patients ? ☐ oui ☐ non

Précisez l'adresse :

Précisez la superficie du local d'exposition :

Le local d'exposition permet-il la présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie ? ☐ oui ☐ non

En cas de délivrance de véhicules pour personnes en situation de handicap :

Le local d'exposition permet-il la présentation de différents modèles de véhicules pour handicapés physiques et la possibilité de les essayer sur place dans des conditions de déplacement appropriées ? ☐ oui ☐ non

Le local d'accueil ou le local d'exposition disposent-ils d'une rampe d'accès ? ☐ oui ☐ non

D'une surface d'évolution de 16 m² et d'une largeur de 2 m ? ☐ oui ☐ non

Le cas échéant, d'un ascenseur répondant aux normes en vigueur en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ? ☐ oui ☐ non

En cas de délivrance de prothèses capillaires :

Disposez-vous d'un local permettant l'essayage ? ☐ oui ☐ non

Le local est-il équipé d'un espace ou d'une cabine permettant de garantir l'intimité de la patiente pendant l'essayage ? ☐ oui ☐ non

En cas de délivrance de prothèses mammaires externes :

Disposez-vous d'un local permettant l'essayage en cas de première délivrance ? ☐ oui ☐ non

Le local est-il équipé d'un espace ou d'une cabine permettant de garantir l'intimité de la patiente pendant l'essayage ? ☐ oui ☐ non

Observations complémentaires sur le local d'exposition :

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.

Le site dispose-t-il d'un local de stockage ?

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Le local de stockage est-il dissocié du local d'accueil des patients ?

Si oui, précisez l'adresse :

Observations complémentaires sur le local de stockage :

ATELIER DE RÉPARATIONS

Le site dispose-t-il d'un atelier de réparation ?

☐ oui ☐ non

Si oui :

Est-il situé sur le site référent ou dans un local suffisamment proche ?

☐ oui ☐ non

Disposez-vous d'un stock de pièces détachées les plus courantes pour permettre la réparation des appareils dans les meilleurs délais ?

☐ oui ☐ non

Si non (remplacement du dispositif médical au lieu de réparation ou réparation non nécessaire suivant le type de dispositif) :

Êtes-vous en mesure d'échanger le matériel défectueux ?

☐ oui ☐ non

Comment procédez-vous (réparateur extérieur, échange avec le fabricant, etc.) ?

Observations complémentaires sur le local de stockage:

REPRISE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX AU DOMICILE DES PATIENTS ET DÉSINFECTION

Le site reprend-t-il des dispositifs médicaux au domicile des patients ?

☐ oui ☐ non

Le local où sont effectuées les opérations de nettoyage, de désinfection et/ou de stérilisation est-il séparé de celui dans lesquels les assurés sont reçus lorsqu'il y a un local d'accueil ?

☐ oui ☐ non

Si non, avez-vous recours à un prestataire extérieur ?

Nom et coordonnées du prestataire extérieur :

Le local où sont effectuées les opérations de nettoyage, de désinfection et/ou de stérilisation dispose-t-il d'un accès indépendant ?

☐ oui ☐ non

Observations complémentaires et description des procédés de désinfection :

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (nom, prénom)
certifie et déclare ce qui suit :

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

- ① **Par rapport à la convention nationale organisant les rapports entre les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres Ier et IV et au chapitre 4 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale et l'assurance maladie :**
☐ Adhère à ladite convention, en en ayant pris connaissance au préalable
☐ N'adhère pas à ladite convention
- ② **Certifie sur l'honneur l'authenticité des éléments transmis, renseignements figurant au présent formulaire ainsi que dans les pièces justificatives jointes.**
- ③ **M'engage à gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur applicables.**
- ④ **Ai connaissance que l'Assurance Maladie peut procéder à tout moment à un contrôle de mon activité.**

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-reference/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)
l'authenticité des éléments transmis.

certifie sur l'honneur

Signature du titulaire et cachet