



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale
Île-de-France

MODIFICATION ADMINISTRATIVE : PRESTATAIRES RELEVANT DU TITRE I ET IV

En cas de 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 responsables
- ☐ 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
la fiche remplie relative à la sécurisation des données bancaires annexée en fin de document

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 KBIS ou RNE de moins de 3 mois mentionnant le siège social, le site principal / référent et les sites secondaires s'il y en a
- ☐ une copie lisible de la pièce d'identité valide du ou des représentants légaux / responsables juridiques
- ☐ un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable juridique)
- ☐ une copie du bail commercial et copie du règlement de copropriété le cas échéant [ou] une copie du bail locatif en cas d'exercice au domicile du prestataire et copie du règlement de copropriété le cas échéant : si le prestataire loue le ou les locaux
- ☐ une copie de la taxe foncière [ou] une copie du titre de propriété si le prestataire est propriétaire du ou des locaux
- ☐ une 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 responsabilité civile et professionnelle en cours de validité et couvrant les activités de la convention et les locaux concernés par la demande

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 KBIS ou RNE de moins de 3 mois mentionnant le siège social, le site principal / référent et les sites secondaires s'il y en a
- ☐ le statut de la société et la répartition des parts sociales
- ☐ 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
- ☐ une copie lisible de la pièce d'identité en cours de validité du nouveau responsable technique
- ☐ un justificatif de travail signé par au moins un des représentants légaux : une attestation employeur indiquant notamment le type du contrat, sa date de début, le type d'emploi occupé et s'il est occupé à temps plein ou partiel, le lieu d'exercice

POUR LE TITRE I DE LA LPP

- ☐ 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)

EN CAS DE COMMERCIALISATION DES VÉHICULES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (VPH), LOCATION ET ACHAT

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

EN CAS DE DISPENSATION DE SYSTÈMES ACTIFS POUR PERFUSION

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

EN CAS DE DISPENSATION D'OXYGÈNE À USAGE MÉDICAL

- ☐ copie du diplôme de pharmacien
- ☐ 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)

EN CAS DE DISPENSATION DE MATÉRIEL POUR NUTRITION ENTÉRALE

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

EN CAS DE DISPENSATION D'APPAREIL DE VENTILATION, DE PRESSION POSITIVE CONTINUE ET 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
- ☐ 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)

EN CAS DE DISPENSATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX D'INSULINOTHÉRAPIE

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

EN CAS DE COMMERCIALISATION DE PROTHÈSES MAMMAIRES EXTERNES

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

EN CAS DE COMMERCIALISATION DE PROTHÈSES CAPILLAIRES

- ☐ si le 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 une copie du ou des certificats de travail pour justifier de l'expérience acquise
- ☐ 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)

➤ **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 :

Courriel : @

Représentants légaux de l'entreprise : personnes physiques

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

Qualité :

Fonction :

Diplôme :

Compétences :

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

PSDM ☐ oui ☐ non

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

Qualité :

Fonction :

Diplôme :

Compétences :

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

PSDM ☐ oui ☐ non

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Enseigne :

Adresse :

CP : Ville :

Courriel : @

Téléphone : Fax :

N° SIRET :

N° FNPS :

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

IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL	
Nom – Prénom (suivi du nom marital) :	
Diplôme :	Année d’obtention :
N° RPPS :	Date de prise de fonction :
PSDM ou expérience de 2 ans validée au 1 ^{er} janvier 2012 (joindre le ou les certificats de travail) ☐ oui ☐ non	
Successeur de :	
Nom – Prénom (suivi du nom marital) :	
Diplôme :	Année d’obtention :
N° RPPS :	Date de prise de fonction :
PSDM ou expérience de 2 ans validée au 1 ^{er} janvier 2012 (joindre le ou les certificats de travail) ☐ oui ☐ non	
Successeur de :	
Nom – Prénom (suivi du nom marital) :	
Diplôme :	Année d’obtention :
N° RPPS :	Date de prise de fonction :
PSDM ou expérience de 2 ans validée au 1 ^{er} janvier 2012 (joindre le ou les certificats de travail) ☐ oui ☐ non	
Successeur de :	
Nom – Prénom (suivi du nom marital) :	
Diplôme :	Année d’obtention :
N° RPPS :	Date de prise de fonction :
PSDM ou expérience de 2 ans validée au 1 ^{er} janvier 2012 (joindre le ou les certificats de travail) ☐ oui ☐ non	
Successeur de :	
Nom – Prénom (suivi du nom marital) :	
Diplôme :	Année d’obtention :
N° RPPS :	Date de prise de fonction :
PSDM ou expérience de 2 ans validée au 1 ^{er} janvier 2012 (joindre le ou les certificats de travail) ☐ oui ☐ non	
Successeur de :	

Fait à	Le
Signature	Cachet de l’entreprise

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

☐ Titre I, chapitre 1

- ☐ Dispensation de systèmes actifs pour perfusion à domicile
- ☐ Dispensation de systèmes actifs pour perfusion nutrition entérale
- ☐ Dispensation d'appareil de ventilation respiratoire assistée
- ☐ Dispensation d'appareil pour pression positive continue
- ☐ Dispensation de dispositifs médicaux d'aérosolthérapie pour pathologies respiratoires chroniques
- ☐ Dispensation d'oxygène à usage médical :

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

Date de l'arrêté préfectoral :

- ☐ Dispensation de 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 II, chapitre 4

- ☐ Prothèses mammaires externes
- ☐ Autre, précisez :

☐ Titre IV :

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

☐ Nom du produit et référence LPP du principal dispositif médical :

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.

☐ oui ☐ non

Le site accueille-t-il des patients ?

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

☐ oui ☐ non

Le local d'accueil est-il utilisé pour une activité autre qu'en rapport avec la santé ?

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

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

☐ oui ☐ non

Précisez l'adresse :

Observations particulières 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 plus brefs 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 particulières sur le local de stockage :

LOCAL DE DÉSINFECTION (EN CAS DE LOCATION DE MATÉRIELS)

Le local de désinfection est séparé de celui dans lequel les assurés sociaux sont reçus et dispose d'accès indépendant.

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



**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