



**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 pour délivrer aux assurés sociaux des articles relevant des dispositifs médicaux, produits et prestations associées et/ou des VHP.

À toutes fins utiles, nous vous informons que les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Organisations Professionnelles représentatives des 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 qui a pour but de préciser les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux, des prestataires de service 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.

Vous avez donc 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 tiers payant.

Dans les deux cas, les conditions d'exercice requises de la profession énumérées par les articles L. 5211-1 à L. 5211-6, L. 5232-3, R. 5211-1 et suivants, D. 5232-1 à D. 5232-15 doivent être remplies (diplôme, conformité des locaux professionnels réservés à votre activité et matériels spécifiques).

Le prestataire respecte l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment celles du code de la santé publique relatives aux règles d'exercice et aux règles professionnelles et de bonne pratique.

En conséquence, afin de constituer votre dossier, vous trouverez dans ce document :

- **un questionnaire relatif à l'attribution d'un numéro de facturation (FNPS) et/ou d'un conventionnement**
- **la convention conclue le 15 juillet 2012.**

Le questionnaire, 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)
- ☐ 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
- ☐ les statuts de la société
- ☐ le contrat de travail du responsable technique et des autres salariés de l'établissement 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
- ☐ un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)
- ☐ le bail du local commercial
- ☐ une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle à jour mentionnant les coordonnées complètes de la société et son activité.
- ☐ le protocole de désinfection en cas de location de matériels
- ☐ une attestation sur l'honneur si vente de matériels uniquement (sans location)
- ☐ une 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

Cette formation doit être suivie, conformément à l'arrêté du 23 décembre 2011 (articles L. 5232-3, D. 5232-10 et D. 5232-12 du code de la santé publique) 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 résumé :

- **le suivi de cette formation n'est pas obligatoire** pour les professionnels de santé titulaires d'un diplôme médical (pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, etc.)
 - **le suivi de cette formation est obligatoire** pour les professionnels non titulaires d'un diplôme médical (garants de l'application des règles professionnelles et de bonne pratique, responsable légal, intervenant) sauf s'ils justifient au 1^{er} janvier 2012 de deux ans d'expérience professionnelle dans le domaine du Titre I et IV
- ☐ joindre les certificats de travail

PIÈCES JUSTIFICATIVES SPÉCIFIQUES

En cas de dispensation d'oxygène à usage médical :

- ☐ copie de l'arrêté préfectoral
- ☐ copie du diplôme de pharmacien
- ☐ numéro RPPS
- ☐ justificatif d'inscription à l'ordre des pharmaciens
- ☐ planning des pharmaciens

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

- ☐ copie du diplôme de pharmacien ou d'infirmier(e)
- ☐ pour le pharmacien : numéro RPPS
- ☐ justificatif d'inscription à l'ordre des pharmaciens

En cas de dispensation d'appareil de ventilation - d'appareil pour pression positive continue - de dispositifs médicaux d'aérosolthérapie pour pathologies respiratoires chroniques / Autres dispositifs médicaux et consommables :

- ☐ une attestation de suivi de la formation à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels (PSDM) le diplôme de pharmacien, d'infirmier(e) ou de masseur-kinésithérapeute en recto-verso pour le pharmacien : numéro RPPS
- ☐ justificatif d'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 :

- ☐ un diplôme de coiffeur
- ☐ une attestation de suivi de formation répondant aux exigences de la réglementation relative à la distribution de prothèses capillaires

En cas de commercialisation des véhicules pour handicapés physiques :

- ☐ une attestation de suivi de la formation à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels (PSDM)

➤ **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 :

Personnes juridiquement responsables

1

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

Raison sociale (personne morale) :

Adresse du siège social :

CP : _____ Ville : _____

N° SIREN :

(joindre un extrait KBIS de moins de 3 mois)

➤ **Si vous avez été ou êtes actuellement gérant ou PDG d'une ou plusieurs société(s), merci de compléter la fiche « Vos mandats »**

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

● Enseigne :

Adresse :

CP : Ville :

Courriel : @

Téléphone :

N° SIRET :

Date d'ouverture du local :

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

Dimanche de h à h et de h à h

● Si reprise, identification du prédécesseur :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : @

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : Ville :

N° SIRET :

● Si sous-traitance de la désinfection, identification de l'établissement reconnu Assurance Maladie :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel : @

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : Ville :

N° SIRET :

N° FNPS :

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 :

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.

1

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Compétences

PSDM

☐ oui ☐ non

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

☐ oui ☐ non

Diplôme :

Date de prise de fonction :

2

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Compétences

PSDM

☐ oui ☐ non

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

☐ oui ☐ non

Diplôme :

Date de prise de fonction :

3

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

Compétences

PSDM

☐ oui ☐ non

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

☐ oui ☐ non

Diplôme :

Date de prise de fonction :

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 :

VOS MANDATS

1

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

2

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

3

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

4

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

5

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

6

Dénomination sociale :

N° SIRET :

Qualité :

Activité :

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (nom, prénom)

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

Déclare :

☐ Adhérer à la convention

- avoir pris connaissance de la convention ;
- respecter les normes d'installation et d'équipement :
 - l'activité professionnelle des prestataires du Titre I et IV et du chapitre 4 du Titre II ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé ;
 - dans son local professionnel, le prestataire doit disposer d'un matériel nécessaire à l'exercice de son métier.

☐ Ne pas adhérer à la convention

M'engage à :

- certifier exact les renseignements figurants ci-dessus ;
- gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables à la profession ;
- signaler dans le délai d'un mois tout changement de nature à modifier les conditions de l'habilitation tel que déménagement, cession de fond, fusion, reprise totale ou partielle de la structure, changement de personnel ;
- accepter tout contrôle des caisses d'Assurance Maladie.

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) certifie sur l'honneur
l'authenticité des éléments transmis.

Signature du titulaire et cachet