



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale
Île-de-France

DEMANDE D'UN NUMÉRO DE FACTURATION ET/OU DE CONVENTIONNEMENT EN OPTIQUE MÉDICALE

Titre II chapitre 2

Vous souhaitez déposer une demande d'attribution et/ou de conventionnement pour délivrer des articles d'Optique Médicale aux assurés sociaux.

À toutes fins utiles, nous vous informons que les trois Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Organisations Professionnelles représentatives des Opticiens ont conclu à effet du 14 octobre 2003, une convention qui a pour but de préciser les conditions de prise en charge des appareils d'optique médicale inscrits au Titre II chapitre 2 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 d'opticien énumérées par les articles L. 4362-1 à L. 4362-11, D. 4362-1, R. 4362-9 à R. 4362-11, D. 4362-11-1 à D. 4362-13, R. 4362-14 et R. 4362-15, D. 4362-16 à D. 4362-21 du code de la santé publique 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 de conventionnement,**
- **la convention conclue le 14 octobre 2003.**

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
- un extrait KBIS de moins de 3 mois (registre du commerce et des sociétés)
- les statuts de la société
- une copie de la carte d'identité recto/verso lisible de l'ensemble des responsables juridiques et techniques
- le contrat de travail du responsable technique et des autres salariés de l'établissement
- une fiche de situation au répertoire SIRENE relatif au siège social et à l'établissement concerné
- la liste de tous les points de vente en optique dont vous assurez la gestion
- un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)
- la copie de la carte vitale et/ou attestation d'assurance maladie de l'ensemble des responsables juridiques et techniques
- le bail du local commercial (pour l'activité de vente à distance, il est attendu un justificatif type bail personnel ou facture EDF)
- en cas de vente à distance : indiquer l'adresse de votre site internet
- le diplôme (BTS) en optique de l'ensemble des opticiens lunetiers de l'établissement
- l'attestation ADELI (enregistrement auprès de l'Agence Régionale de Santé) des opticiens lunetiers de l'établissement concerné. L'ADELI devra correspondre au département du lieu d'exercice
- le contrat de sous-traitance si sous-traitance des montages

⇒ **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

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...) : Diplômé en optique (joindre copie du diplôme et du N° ADELI) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------	---

2	Nom – Prénom (suivi du nom marital) : Qualité (directeur général, gérant associé...) : Diplômé en optique (joindre copie du diplôme et du N° ADELI) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------	---

3	Dénomination 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 montage, identification de l'établissement reconnu Assurance Maladie :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel :

@

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP : Ville :

N° SIRET :

N° FNPS :

IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

L'exercice de l'activité exige, aux heures d'ouverture du local réservé à l'accueil des assurés, la présence effective et permanente de l'opticien compétent, ou de son responsable technique.

Dès lors que le local n'est pas ouvert de façon continue, l'opticien informe la Cramif des jours et heures de sa présence effective ou de celle de son responsable technique dans chaque local.

1

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Diplôme permettant l'exercice de l'optique :

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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

2

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Diplôme permettant l'exercice de l'optique :

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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

3

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Diplôme permettant l'exercice de l'optique :

Année d'obtention :

N° ADELI :

Date de prise de fonction :

Jours et heures de présence :

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

IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL I (suite)

4	Nom – Prénom (suivi du nom marital) :					
	Date de naissance :			N° sécurité sociale :		
	Diplôme permettant l'exercice de l'optique					
	Année d'obtention :		N° ADELI :		Date de prise de fonction :	
	Jours et heures de présence :					
	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	

5	Nom – Prénom (suivi du nom marital) :					
	Date de naissance :			N° sécurité sociale :		
	Diplôme permettant l'exercice de l'optique					
	Année d'obtention :		N° ADELI :		Date de prise de fonction :	
	Jours et heures de présence :					
	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	

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 :

7

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 opticiens ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé
 - dans son local professionnel, l'opticien 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

Veillez indiquer si vous exercez de la vente par internet :

Oui Non

Veillez indiquer si vous exercez de la vente à domicile :

Oui Non

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-referance/conventions-nationales-avenants

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