



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale  
Île-de-France

## DEMANDE D'UN NUMÉRO DE FACTURATION AUX FOURNISSEURS DE SOLUTIONS TECHNIQUES DE TÉLÉSURVEILLANCE

### Titre 1 de la LPP

Vous souhaitez déposer une demande d'attribution de numéro de facturation et de conventionnement pour délivrer aux assurés sociaux des solutions techniques de télésurveillance.

Afin de constituer votre dossier, vous trouverez dans ce document :

**- un questionnaire relatif à l'habilitation et au conventionnement**

Le questionnaire, dûment rempli et accompagné des justificatifs nécessaires, sera à retourner par courriel à :

[vie.conventionnelle.cramif@assurance-maladie.fr](mailto: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)

la copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité de l'ensemble des responsables juridiques

un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)

**l'accusé de réception de la DGOS** attestant du caractère complet de la déclaration de conformité

**l'autorisation CNIL** sur le traitement de données de santé à caractère personnel

**la fiche remplie relative à la sécurisation des données bancaires annexée en fin de document**

### DOSSIER D'HABILITATION

#### IDENTIFICATION DU SIÈGE SOCIAL DE L'ENTREPRISE

Forme juridique :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel :

@

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP :

Ville :

N° SIREN :

➤ **Tout dossier incomplet retardera le délai de traitement**

## PERSONNES JURIDIQUEMENT RESPONSABLES

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

## IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Enseigne :

Adresse :

CP : Ville :

Courriel : @

Téléphone :

N° SIRET :

Date d'ouverture :

## IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

1

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Date de prise de fonction :

Fonction :

2

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Date de prise de fonction :

Fonction :

3

Nom – Prénom (suivi du nom marital) :

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

Date de prise de fonction :

Fonction :

Fait à

Le

Signature



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale  
Île-de-France

ANNEXE

## FICHE RELATIVE À LA 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