



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse régionale
Île-de-France

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO DE FACTURATION AUX SOCIÉTÉS DISTRIBUANT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Titre I de la LPP

Vous êtes une société non PSDM et souhaitez déposer une demande d'attribution de numéro de facturation et de conventionnement pour vendre et distribuer des dispositifs médicaux relevant du Titre 1 de la LPP.

Afin de constituer votre dossier, vous devez compléter le questionnaire suivant.

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
- 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
- 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)
- la fiche remplie relative à la sécurisation des données bancaires annexée en fin de document
- La copie signée de la convention conclue entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et la société ou la copie de l'arrêté d'inscription

DOSSIER À COMPLÉTER

IDENTIFICATION DU SIÈGE SOCIAL DE L'ENTREPRISE

Forme juridique :

Dénomination sociale :

Enseigne :

Courriel :

@

Téléphone :

Adresse du siège social :

CP :

Ville :

N° SIRET du siège :

 **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 DU DISPOSITIF

Nom / type de dispositif médical relevant du Titre I :

Code LPP :

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

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