

DEMANDE D'HABILITATION ET DE CONVENTIONNEMENT EN ORTHÈSE (PETIT APPAREILLAGE)

Vous souhaitez déposer une demande d'habilitation et de conventionnement pour délivrer des articles d'Orthèses aux assurés sociaux.

À toutes fins utiles, nous vous informons que les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Organisations Professionnelles représentatives des Orthésistes ont conclu à effet du 26 mars 2012, une convention qui a pour but de préciser les conditions de prise en charge des articles d'Orthèses inscrits au Titre II chapitre 1 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 rencontre.

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'orthésiste énumérées par les articles L 4364-1 à L 4364-7, D 4364-1, D 4364-6 et D 4364-7, D 4364-10 et suivants, D 4364-12 à D 4364-18 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'habilitation et au conventionnement,

▷ la convention conclue le 26 mars 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
- 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
- les statuts de la société
- le contrat de travail des salariés de l'établissement
- un relevé d'identité bancaire (daté et signé obligatoirement par le responsable légal)
- une copie du diplôme d'État (DU) des orthésistes de l'établissement

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

DOSSIER

D'HABILITATION ET DE CONVENTIONNEMENT

- Première installation Ouverture établissement secondaire Reprise d'un établissement
 Changement d'adresse Changement de dénomination sociale
 Adhésion à la convention

IDENTIFICATION DU SIÈGE SOCIAL DE L'ENTREPRISE

Forme juridique :

Raison 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 orthèse (joindre photocopie du diplôme) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2 | Nom – Prénom (suivi du nom marital) : Qualité (directeur général, gérant associé...) : Diplômé en orthèse (joindre photocopie du diplôme) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 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 sociétés, 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 :

IDENTIFICATION ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

Dans la mesure où l'exercice de son activité le rend nécessaire, le professionnel doit affecter à l'accueil des assurés un responsable technique compétent pour délivrer un ou plusieurs types d'orthèses.

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié dans le local réservé à cet effet, aux heures et jours d'ouverture et de réception des assurés.

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

AGRÉMENT

DEMANDE DANS LE CADRE DES CRITÈRES DE COMPÉTENCE

| CRITÈRES DE COMPÉTENCES | CATÉGORIE | ARTICLES |
|--|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pharmaciens ayant suivi une formation complémentaire en orthèse dispensée par une université reconnue <input type="checkbox"/> Titulaires du Certificat de l'École d'Orthopédie de la Chambre de Commerce et de l'Industrie de Marseille <input type="checkbox"/> Prothésistes-Orthésistes agréés comme fournisseurs de Grand Appareillage <input type="checkbox"/> Titulaires du certificat de technicien bandagiste orthopédiste délivré par le Centre de formation ECOTEV <input type="checkbox"/> Titulaires du diplôme d'enseignement d'orthopédiste de la chambre des métiers de Paris et de la CSNPO | <input type="checkbox"/> 1 | Ceintures medico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu armé |
| | | Bandages herniaires |
| | | Orthèses élastiques de contention des membres fabriquées sur mesure |
| | | Appareils de correction orthopédique concernant le membre inférieur : ▶ Niveau genoux ▶ Niveau hanches |
| | | Appareils de correction orthopédiques concernant le membre supérieur : ▶ Niveau main et poignet |
| Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés | | |
| <input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 1 <input type="checkbox"/> Tous les pharmaciens | <input type="checkbox"/> 2 | Orthèses élastiques de contentieux des membres fabriquées en série Colliers cervicaux |
| <input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 1 <input type="checkbox"/> Les podos-orthésistes agréés | <input type="checkbox"/> 3 | Chaussures thérapeutiques de série |
| | | Coques talonnières |
| | | Appareils de correction orthopédique concernant le membre inférieur : ▶ Niveau pied |
| Chaussures de série non thérapeutiques pouvant recevoir des appareils de marche Montage de l'appareil sur chaussures à talon monté en cuir et de la semelle après mise en place d'un étrier ou tourillon | | |
| <input type="checkbox"/> Les pédicures podologues <input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 3 | <input type="checkbox"/> 4 | Orthèses plantaires |

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

Le 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 d'orthésiste ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé
 - dans son local professionnel, l'orthésiste doit disposer du 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'habilitation et le 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, 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 delegueprotectiondonnees.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