

Réception des assurés par un personnel qualifié

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié capable de conseiller les assurés sur le fonctionnement, l'utilisation et l'entretien des produits remboursables susceptibles de leur être fournis.

Le prestataire s'engage à ce que la présence effective du personnel qualifié soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture.

1 Nom : _____
Prénom(s) : _____
Domaines d'intervention _____
Compétences (diplômes): _____

2 Nom : _____
Prénom(s) : _____
Domaines d'intervention _____
Compétences (diplômes): _____

3 Nom : _____
Prénom(s) : _____
Domaines d'intervention _____
Compétences (diplômes): _____

4 Nom : _____
Prénom(s) : _____
Domaines d'intervention _____
Compétences (diplômes): _____

DATE DU DEBUT D'ACTIVITE DE CET ETABLISSEMENT : _____

Dans le cas de la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels (titre I et IV) (arrêté du 23 décembre 2011) il y a lieu d'avoir suivi la formation PSDM (prestataire de services et distributeur de matériels) organisée pour exemple, par le CERAH (arrêté du 23 décembre 2011) ou équivalent.

Organisation des locaux professionnels

Pour que son adhésion à la présente convention soit reconnue par les caisses, le prestataire doit disposer de locaux répondant aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et à des conditions de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur.

Le prestataire s'engage, quelle que soit son activité à disposer d' :

- Un local adapté à l'accueil** des assurés sociaux (lieu pour lequel l'adhésion à la convention est demandée)
- Un local d'exposition**, dissocié ou non du local d'accueil permettant :
 - la présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie proposés par le fournisseur,
 - un choix de différents modèles de véhicules pour handicapés physiques, (Titre IV uniquement)

Les essais des fauteuils doivent être effectués dans des conditions de déplacement appropriées et sur une surface d'évolution de 16 mètres carrés au moins avec une largeur minimum de 2 mètres (cette pièce doit être toujours libre d'accès et ne sert en aucun cas de salle de stockage).

Si le local d'exposition est dissocié du local d'accueil qui doivent néanmoins être situés dans la même **circonscription régionale** :

Adresse : _____

- Un local de stockage** identifié, interdit au public.

Ce local peut être indépendant des locaux d'accueil et d'exposition :

Adresse : _____

- 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.

A défaut : **Etre en mesure d'échanger le matériel défectueux.**

- Un local de désinfection** séparé de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus, avec accès indépendant.

Adresse : _____

Mode de désinfection pratiqué : _____

Dispensation d'oxygène à usage médical

Dans le cadre de la dispensation d'oxygène à usage médical il y a lieu de préciser :

Date de l'arrêté préfectoral : _____

NOM et Prénom du Pharmacien : _____

Jours et heures de présence : _____

Assurances souscrites par le prestataire

Le prestataire doit justifier qu'il est titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour tous les produits inscrits sur la liste précitée qu'il est susceptible de mettre à disposition des assurés sociaux.

Activité extérieure à la région

Si vous avez adhéré à la présente convention dans une ou plusieurs régions veuillez nous préciser lesquelles

Pièces à fournir

- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités pratiquées et entrant dans le champ de la convention
- Copie du protocole de désinfection
- Contrat de travail du Responsable Technique
- Relevé d'identité bancaire original

Pour une entreprise commerciale :

- Extrait de registre de commerce faisant état de la situation juridique et mentionnant le local pour lequel l'entreprise adhère à la convention (KBIS)

Pour une association ou auto-entrepreneur :

- Statuts de l'association enregistrés à la préfecture ou copie du Journal Officiel ou déclaration

En cas de dispensation d'oxygène à usage médical :

- Photocopie de l'arrêté préfectoral faisant état du local pour lequel l'adhésion à la convention est sollicitée
- Photocopie du diplôme de pharmacien

En cas de commercialisation titre I ou/et IV:

- Attestation du stage pour le(s) technicien(s) concerné(s)

ATTESTATION DU REPRESENTANT JURIDIQUE

Je soussigné (NOM Prénom) : _____

DÉCLARE :

- Exact les renseignements figurant ci-dessus
- Adhérer**, pour l'établissement désigné page 2 du présent document, à la convention organisant les rapports entre les trois caisses nationales de l'assurance maladie obligatoire et les prestataires délivrant des dispositifs médicaux, produits et prestations associés inscrits aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale. (*Joindre l'annexe 1a dûment complété*)
- Ne pas adhérer**

M'ENGAGE À :

- **Respecter** l'accord de modération de prix tel qu'annexé à la convention
- **Gérer** mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui lui sont applicables,
- **Avoir pris connaissance** de la convention nationale susmentionnée, et à en respecter tous les termes,
- Signaler dans le délai d'un mois tout changement de nature à modifier les conditions de l'adhésion tel que déménagement, cession du fond, fusion, reprise totale ou partielle de la structure, cessation d'activité du personnel compétent déclaré,
- Accepter tout contrôle des Caisses d'Assurance Maladie.

Fait le :

Signature :

Ce questionnaire et les pièces justificatives doivent être retournés par courrier en R+AR à l'adresse suivante :

Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion
Service Relations avec les Professionnels de Santé
4 Bd DORET CS 53001 – 97741 SAINT DENIS CEDEX 9

Pour tout complément d'information, vous pouvez poser vos questions par E-mail à l'adresse : rps@cgss.re