

## INFORMATION

- Toute ouverture de local destiné à une pratique professionnelle entrant dans le champ de la convention, doit être déclarée à la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion.
- Chaque local doit être reconnu conforme aux conditions d'installation et d'équipement prévues par la convention.

**CREATION OU REPRISE**

**MODIFICATION**

Date de début d'activité de cet établissement :

## IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Raison sociale / forme juridique : \_\_\_\_\_

Enseigne : \_\_\_\_\_

Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP / Ville :

N° SIRET :

Téléphone :  Fax :

E-Mail : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE(S) JURIDIQUE(S)

**1** Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Diplôme optique :  Oui  Non Nature : \_\_\_\_\_

**2** Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Diplôme optique :  Oui  Non Nature : \_\_\_\_\_

QUESTIONNAIRE RELATIF AU CONVENTIONNEMENT  
OU A L'HABILITATION D'OPTIQUE MEDICALE (TITRE 2 - Chap. 2)

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LEQUEL LE CONVENTIONNEMENT EST DEMANDÉ

Enseigne : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Jours et heures d'ouverture: \_\_\_\_\_

CP / Ville : | | | | | | \_\_\_\_\_

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_ Fax : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Si sous-traitance de montage : Identification de l'établissement reconnu Assurance Maladie

Enseigne : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP / Ville : | | | | | | \_\_\_\_\_

OPTICIEN DIRECTEUR ou RESPONSABLE TECHNIQUE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU PERSONNEL DE L'OPTIQUE DE DÉTAIL  
(2 juin 1986 étendue par arrêté du 15 octobre 1986)

Classification minimum requise de l'opticien responsable de l'établissement

D.2.1 Coefficient 250 – Opticien directeur de magasin, responsable selon les articles L 4362-9 et suivants du code de la Santé Publique d'un rayon d'optique ou d'un établissement.  
L'opticien Directeur, **ne peut être déclaré que dans un seul établissement.**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_ N° ADELI : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_

Diplôme optique - Nature : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : | | | | | \_\_\_\_\_

Coefficients : | | | | | | | (ne pas indiquer le coefficient si l'opticien directeur est aussi le responsable juridique)

Début d'activité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_ Qualification : \_\_\_\_\_

Jours et heures de présence : \_\_\_\_\_

## OPTICIEN(S) ASSISTANT(S)

L'embauche d'un opticien assistant est indispensable lorsque l'amplitude d'ouverture de l'établissement est supérieure au temps de présence de l'opticien directeur et pour pallier ses absences.

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) : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale :                      N° ADELI :

Diplôme optique - Nature : \_\_\_\_\_ Année d'obtention :

Coefficients :      (ne pas indiquer le coefficient si l'opticien directeur est aussi le responsable juridique)

Début d'activité :           Qualification : \_\_\_\_\_

Jours et heures de présence : \_\_\_\_\_

**2** Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale :                      N° ADELI :

Diplôme optique - Nature : \_\_\_\_\_ Année d'obtention :

Coefficients :      (ne pas indiquer le coefficient si l'opticien directeur est aussi le responsable juridique)

Début d'activité :           Qualification : \_\_\_\_\_

Jours et heures de présence : \_\_\_\_\_

**3** Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale :                      N° ADELI :

Diplôme optique - Nature : \_\_\_\_\_ Année d'obtention :

Coefficients :      (ne pas indiquer le coefficient si l'opticien directeur est aussi le responsable juridique)

Début d'activité :           Qualification : \_\_\_\_\_

Jours et heures de présence : \_\_\_\_\_

## 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 à disposer d' :**

- Un local adapté à l'accueil** des assurés sociaux (lieu pour lequel l'adhésion à la convention est demandée)
- Un espace aménagé à l'intérieur du magasin** permettant de conseiller l'assuré et de lui faire essayer les produits.
- Un espace de détermination de la réfraction**, dans l'enceinte du magasin ou dans un local attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées.
- Un matériel spécifique destiné aux tests d'évaluation :**
  - Une boîte d'essai (sphère -20.00 à +20.00 et cylindre de 6.00) pour la mise en condition d'usage ;
  - Un tableau d'optotype pour quantifier l'acuité visuelle.
- Un atelier de montage**, attenant à la surface de vente ou centralisé.
- Un frontofocomètre et tout le matériel de façonnage** nécessaire à la réalisation sur place de l'équipement optique, pour montage et remontage dans cet atelier.

**Tous les montages doivent être effectués sous le contrôle de l'opticien ou du responsable technique**

## PIÈCES A FOURNIR

**Dans le cadre :**

- D'une création d'entreprise ou lors d'un changement de numéro SIRET (pièces 1-2-3-4-5-6)
- D'une modification d'ordre juridique (gérant, forme juridique ....) (pièces 1-2-3)
- D'un changement de diplômé (pièces 1-5)

1	le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsables juridiques
2	un extrait du registre de commerce - KBIS -(original) de moins de trois mois ou à défaut la liasse complète présentée aux greffes et le récépissé du dépôt sous réserve de transmettre le KBIS par la suite
3	une fiche de situation au répertoire SIRENE relatif à l'établissement (point de vente) concerné
4	un relevé d'identité bancaire original
5	la photocopie de l'attestation ADELI (enregistrement auprès de l'Agence Régionale de Santé de l'ensemble des opticiens lunetiers de l'établissement-opticien directeur, opticien(s) assistant(s)) <u>ou à défaut</u> , la photocopie du diplôme en optique de ces personnels et leur numéro ADELI
6	Copie du bail commercial + Attestation de conformité aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite

## ATTESTATION DU REPRESENTANT JURIDIQUE

**Je soussigné** (NOM Prénom) : \_\_\_\_\_

**CERTIFIE** exact les renseignements figurant ci-dessus

**M'ENGAGE** à gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables à la profession, et notamment celles définies par :

- Le code de la santé publique régissant l'exercice de la profession et celles du code de la sécurité sociale organisant les rapports avec les organismes d'assurance maladie.
- L'arrêté du 23 juillet 1996 modifié relatif à l'information des consommateurs sur les produits d'optique médicale.

**DECLARE :**

- Adhérer**, pour l'établissement désigné page 2 du présent document, à la convention conclue le 14 octobre 2003 entre les trois caisses nationales de l'assurance maladie obligatoire et les opticiens ce qui me permet de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part pris en charge par les caisses d'assurance maladie et pratiquer la télétransmission. (*Joindre le **formulaire d'adhésion opticien** dûment complété*)
- Ne pas adhérer** à la convention susmentionnée, ce qui implique que je ne peux pas faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais (sauf dans le cadre de la CMU) et pratiquer la télétransmission.

**IMPORTANT: M'engage à aviser immédiatement la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion si des modifications étaient apportées à l'installation ou au fonctionnement de l'entreprise (modification juridique, changement de personnel diplômé).**

Pour notre information, veuillez indiquer si vous exercez :

La vente par internet :

Oui

Non

La délivrance à domicile des équipements d'optique médicale:

Oui

Non

**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@cqss.re](mailto:rps@cqss.re)