

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.

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Raison sociale / forme juridique : _____

Enseigne : _____

Adresse du siège social : _____

CP / Ville : _____

N° SIRET :

N° AM attribué par la CGSS : (uniquement prestataire déjà titulaire d'une convention)

Téléphone : **Fax :**

E-Mail : _____

RESPONSABLE(S) JURIDIQUE(S)

1 **Nom :** _____
Prénom(s) : _____

Qualité : _____

2 **Nom :** _____
Prénom(s) : _____

Qualité : _____

3 **Nom :** _____
Prénom(s) : _____

Qualité : _____

(1) LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

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 : _____

Votre catégorie professionnelle

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE (cochez les cases correspondantes aux produits délivrés)	ARTICLES	RÉFÉRENCES LPP		
Pharmaciens ayant suivi une formation complémentaire en orthèses dispensés par une université reconnue Titulaires du Certificat d'une École d'Orthopédie reconnue Prothésistes-Orthésistes agréés comme fournisseurs de Grand Appareillage Titulaires du certificat de technicien bandagiste orthopédiste délivré par un Centre de Formation Titulaires du diplôme d'enseignement d'orthopédiste d'une Chambre des Métiers	CATEGORIE <input type="checkbox"/> 1	Ceintures médico-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 orthopédique concernant le membre supérieur : - niveau main et poignet Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés	201 E 201 A 201 D 03 201 D 05 201 G 002 201 G 003 201 G 01 201 J	
	Les professionnels agréés pour la catégorie 1 Tous les pharmaciens	CATEGORIE <input type="checkbox"/> 2	Orthèses élastiques de contention des membres fabriquées en série Colliers cervicaux	201D/00/01/04 201 F
	Les professionnels agréés pour la catégorie 1 Les podo-orthésistes agréés	CATEGORIE <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 talons en cuir avec semelles, après mise en place d'un étrier ou d'un tourillon.	201 H 201 C 201 G 001 201 I 201 I 00
	Les pédicures podologues Les professionnels agréés pour la catégorie 3	CATEGORIE <input type="checkbox"/> 4	Orthèses plantaires	201 B

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) : _____
Nature du diplôme : _____ Année :

N° ADELI : ou N° RPPS :

Jours et heures de présence : _____
Début d'activité :

2 Nom : _____
Prénom(s) : _____
Nature du diplôme : _____ Année :

N° ADELI : ou N° RPPS :

Jours et heures de présence : _____
Début d'activité :

3 Nom : _____
Prénom(s) : _____
Nature du diplôme : _____ Année :

N° ADELI : ou N° RPPS :

Jours et heures de présence : _____
Début d'activité :

DATE DU DEBUT D'ACTIVITE DE CET ETABLISSEMENT : _____

Organisation des locaux professionnels

Pour que votre demande d'habilitation à la distribution ou d'adhésion à la convention locale des professionnels délivrant des produits et prestations inscrits au titre II chapitre 1 de la LPP soient reconnues par la CGSS de la Réunion, le prestataire doit disposer de locaux et d'une installation répondant aux exigences fixées par les textes applicables, à savoir :

- ✓ Le cahier des charges orthèses plantaires/spécifications techniques pour le titre 2 Chapitre 1 de la LPP ;
- ✓ Les normes en vigueur en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ;
- ✓ Les normes en vigueur sur les conditions de confort et de salubrité du local.

A cet effet, le prestataire s'engage, à disposer pour ses locaux : (cases à cocher)

- de la conformité aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite,
- de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel,
- de l'équipement pour préserver l'intimité de la personne lors des essayages, y compris vis-à-vis du professionnel,
- d'un éclairage convenable, d'un point d'eau, d'une table d'examen et d'un espace minimum de déambulation,
- du matériel nécessaire à l'adaptation et au suivi des appareils permettant de réaliser les retouches et adaptation sur place

En outre pour la fourniture des orthèses plantaires, le prestataire s'engage à disposer : (cases à cocher)

- d'un podoscope,
- et/ou d'un podographe,
- du matériel nécessaire à la confection des orthèses sur mesure et à leur correction.

Pièces à fournir

Pour le conventionnement d'une entreprise commerciale : (non pharmacien ou pédicure-podologue)

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 salarié diplômé (pièces 1 – 5 – 6)

1	Le questionnaire dûment rempli et signé par le ou les responsable(s) juridique(s)
2	Un extrait du registre de commerce – KBIS – de moins de trois mois
3	Une fiche de situation au répertoire SIRENE relatif à l'établissement (point de vente) concerné
4	Un relevé d'identité bancaire original
5	Une copie des diplômes des personnes compétentes en orthèse et l'attestation ADELI
6	Une copie du contrat de travail des personnes compétentes en orthèse (pour les salariés)

Pour l'habilitation d'une pharmacie (1 – 2 – 4 – 5) ou d'un pédicure-podologue (1 – 3 – 4) :

1	Le questionnaire dûment rempli et signé par le professionnel
2	Une copie de votre formulaire validé d'adhésion à la convention nationale des pharmaciens d'officines
3	Une copie de votre numéro Assurance Maladie, délivré par la CGSS de la Réunion, suite à votre adhésion à la convention des pédicures-podologues
4	Une copie des diplômes des personnes compétentes en orthèse
5	Une copie du contrat de travail des personnes compétentes en orthèse (pour les salariés)

ENGAGEMENT (tous fournisseurs d'orthèses Titre II Chapitre 1 de la LPP)

Je soussigné (NOM Prénom) : _____

CERTIFIE exact les renseignements figurant ci-dessus

M'ENGAGE À :

- **Gérer** mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui lui sont applicables,
- **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 :

CONVENTIONNEMENT (entreprise commerciale sans convention)

Je soussigné (NOM Prénom) : _____

représentant(e) légal(e) de l'entreprise gestionnaire,

DÉCLARE :

- Adhérer**, pour l'établissement désigné page 2 du présent document, à la convention locale organisant les rapports entre la CGSS de la Réunion et les prestataires délivrant des dispositifs médicaux, produits et prestations associées inscrits aux titres II chapitre 1 de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale. (*Joindre l'annexe « **Formulaire adhésion orthésistes** » dûment complété*)
- Ne pas adhérer** à la convention sus-mentionnée, 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.

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