

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