



# DEMANDE D'INSTALLATION DANS LE DEPARTEMENT DE LA REUNION DES PROFESSIONNELS DE L'APPAREILLAGE TITRES II Chap. 1, 5, 6 et 7 de la LPP <sup>(1)</sup>



## VOTRE PROFESSION

Cochez la case correspondante à votre activité		ARTICLES
Orthésiste-orthopédiste	<b>LPP titre II Chap. 1</b> <input type="checkbox"/>	Orthèses de série ou sur mesure après thermoformage à basse température.
Podo-orthésiste	<b>LPP titre II Chap. 6</b> <input type="checkbox"/>	Chaussures orthopédiques pour les personnes présentant une déficience de la marche et de la posture et de fortes déformations du pied.
Orthoprothésiste	<b>LPP titre II Chap. 7</b> <input type="checkbox"/>	Appareillage orthopédique pour les handicapés lourds : amputations, déficiences osseuses ou musculaires...
Oculariste	<b>LPP titre II Chap. 5</b> <input type="checkbox"/>	Prothèses oculaires.
Epithésiste	<b>LPP titre II Chap. 5</b> <input type="checkbox"/>	Reconstitution des parties mutilées d'un visage par des prothèses faciales.

**Si vous distribuez des produits autres que ceux du chapitre lié à votre profession, veuillez l'indiquer :**

.....  
 .....  
 .....

## **RECEPTION DES ASSURES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE**

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**

## **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 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 de la convention et de la LPP propre à chaque profession ;
- ✓ 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.

# DEMANDE D'INSTALLATION DANS LE DEPARTEMENT DE LA REUNION DES PROFESSIONNELS DE L'APPAREILLAGE TITRES II Chap. 1, 5, 6 et 7 de la LPP <sup>(1)</sup>



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,
- des aménagements nécessaires à la préservation de l'intimité du patient 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 aux adaptations et réparations courantes.

PIECES A FOURNIR :

1	Le questionnaire dûment rempli et signé par le responsable juridique
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 et leur attestation ADELI
6	Une copie du contrat de travail des personnes compétentes (pour les salariés)
7	L' <b>annexe 1a</b> d'adhésion à la convention nationale dûment complété

## ENGAGEMENT

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 :

Ce questionnaire et les pièces justificatives doivent être retournés par **courrier recommandé avec accusé de réception** 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 : [psinstallation@cgss.re](mailto:psinstallation@cgss.re)