

**AUTO DIAGNOSTIC POUR ETUDE DE LA DEMANDE D'ADHESION
 A LA CONVENTION NATIONALE
 DES FOURNISSEURS DE PRODUITS ET PRESTATIONS
 INSCRITS AU TITRE II CHAPITRE 3 DE LA LPP - AUDIOPROTHESES**

réf demande/..... Adhésion initiale Déclaration de nouveaux locaux

SOCIETE

Nom et Prénom du représentant légal de l'entreprise, de la société ou du groupement mutualiste (*personne physique ou morale ayant la responsabilité juridique*):

.....

Raison sociale :

Adresse du siège social :

TEL :/...../...../...../...../..... FAX :/...../...../...../..... E-Mail :

N° SIRET :

N° U.R.S.S.A.F.(adhésion initiale uniquement) :

AUTRES ACTIVITES EXERCEES – demande initiale uniquement

Autres activités exercées relevant d'autres titres de la LPP (ex Optique)

.....

Autres activités exercées relevant du domaine de la santé :

.....

Activité extérieure à la région :

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

➤

➤

INFORMATION DES ASSURES ET COMMUNICATION (article 3)

- Modalités mises en œuvre par l'audioprothésiste pour informer le client sur les conditions de prise en charge des fournitures d'audioprothèse par l'assurance maladie obligatoire

➤

.....

.....

.....

.....

.....

- Etablissement, préalablement à la délivrance de la prestation prescrite, en 2 exemplaires dont 1 remis à l'assuré, d'un devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L 165-9 du code de la Sécurité Sociale et conforme au modèle prévu en annexe de l'arrêté du 31 octobre 2008 relatif à ce devis.

oui non

- Accueil des bénéficiaires de la CMU :

- Offre de produits relevant du champ CMU aux prix limites de vente déterminés par arrêté :

oui non

- Information et conseils permettant aux personnes de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, les produits relevant du champ précité :

oui non

- Pratiques de Communication

- Engagement à ne pas recourir à des supports publicitaires et campagnes promotionnelles grand public faisant référence au remboursement de leurs prestations par les organismes d'assurance maladie obligatoire ainsi qu'aux autres pratiques énumérées à l'article 3 de la convention :

oui non

Commentaires / informations complémentaires

LOCAL n°1*

* Indiquer l'enseigne

➤ Adresse :

➤ SIRET : Téléphone :

➤ Situation du local : Centre ville : Centre commercial : Zone industrielle :

S'agit-il d'un rachat d'un site délivrant des produits et prestations inscrits à la LPP : oui non

↳ Si oui, indiquer le nom du précédent propriétaire :

● Accessibilité des locaux

➤ Conformité des locaux aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (décret n°94-86 du 26 janvier 1994) : oui non

Si non, indiquer :

- Largeur de la porte d'entrée :

- Présence d'une marche : oui non

↳ si oui, installation d'un plan incliné amovible : oui non

Existe-il un parking automobile réservé aux personnes handicapées : oui non

Le cheminement prévu pour les personnes handicapées est-il le cheminement usuel : oui non

Existe-t-il des toilettes aménagées pour les personnes handicapées : oui non

Commentaires / informations complémentaires

➤
.....

● Normes d'installation - Accueil des assurés

➤ Local d'accueil des assurés sociaux répondant aux conditions d'accès, de confort et de salubrité (conformément aux réglementations en vigueur) : oui non

Séparation du local dans le cas où une activité ne relevant pas du domaine de la santé serait également exercée : oui non sans objet

LOCAL n°2*

* Indiquer l'enseigne

➤ Adresse :

➤ SIRET : Téléphone :

➤ Situation du local : Centre ville : Centre commercial : Zone industrielle :

S'agit-il d'un rachat d'un site délivrant des produits et prestations inscrits à la LPP : oui non

↳ Si oui, indiquer le nom du précédent propriétaire :

● Accessibilité des locaux

➤ Conformité des locaux aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (décret n°94-86 du 26 janvier 1994) : oui non

Si non, indiquer :

- Largeur de la porte d'entrée :

- Présence d'une marche : oui non

↳ si oui, installation d'un plan incliné amovible : oui non

Existe-il un parking automobile réservé aux personnes handicapées : oui non

Le cheminement prévu pour les personnes handicapées est-il le cheminement usuel : oui non

Existe-t-il des toilettes aménagées pour les personnes handicapées : oui non

Commentaires / informations complémentaires

➤

● Normes d'installation - Accueil des assurés

➤ Local d'accueil des assurés sociaux répondant aux conditions d'accès, de confort et de salubrité (conformément aux réglementations en vigueur) : oui non

Séparation du local dans le cas où une activité ne relevant pas du domaine de la santé serait également exercée : oui non sans objet

● Normes d'installation - Décret N°85-590 du 10 juin 1985

➤ Le local comprend un cabinet et une cabine insonorisée ou une salle de mesures audio-prothétiques conforme à l'article 1 § 1 du décret susvisé.

- Cabine : oui non (joindre facture)
- Local oui non (joindre attestation de conformité acoustique)

➤ Résultats des mesures :

a) Niveau de pression acoustique continu équivalent pondéré A sur une durée de 1 heure :

$$L_{Aeq} = \dots\dots \text{dB(A)}$$

b) Durée de réverbération à la fréquence de 500 Hz : $T_{r500\text{Hz}} = \dots\text{s}$

➤ Le local comprend une salle d'attente distincte de la salle de mesure audio-prothétique :

- oui non

➤ Lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques, un laboratoire isolé de la salle de mesures audio-prothétiques :

- oui non non concerné

➤ Le local dispose :

❶ des matériels de mesures audio-prothétiques visés à l'article 2§ 1 du décret du 10 juin 1985 :

- oui non

❷ des matériels et produits nécessaires aux prises d'empreintes du conduit auditif listés à l'article 2 § 2 du décret susvisé. oui non

❸ de matériels d'entretien nécessaire à la maintenance des amplificateurs correcteurs de l'audition et des embouts oui non

● Information des assurés dans le local

➤ Mise à disposition des documents d'information répertoriant les appareillages selon les critères tels que marque commerciale, caractéristique, base de remboursement, prix de vente ?

- oui non

➤ information des assurés sur les conditions de prise en charge des audioprothèses par l'assurance maladie et notamment sur leur participation éventuelle pour la part non remboursable par mes organismes d'assurance maladie ?

- oui non

LOCAL n°3*

* Indiquer l'enseigne

➤ Adresse :

➤ SIRET : Téléphone :

➤ Situation du local : Centre ville : Centre commercial : Zone industrielle :

S'agit-il d'un rachat d'un site délivrant des produits et prestations inscrits à la LPP : oui non

↳ Si oui, indiquer le nom du précédent propriétaire :

● Accessibilité des locaux

➤ Conformité des locaux aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (décret n°94-86 du 26 janvier 1994) : oui non

Si non, indiquer :

- Largeur de la porte d'entrée :

- Présence d'une marche : oui non

↳ si oui, installation d'un plan incliné amovible : oui non

Existe-il un parking automobile réservé aux personnes handicapées : oui non

Le cheminement prévu pour les personnes handicapées est-il le cheminement usuel : oui non

Existe-t-il des toilettes aménagées pour les personnes handicapées : oui non

Commentaires / informations complémentaires

➤

● Normes d'installation - Accueil des assurés

➤ Local d'accueil des assurés sociaux répondant aux conditions d'accès, de confort et de salubrité (conformément aux réglementations en vigueur) : oui non

Séparation du local dans le cas où une activité ne relevant pas du domaine de la santé serait également exercée : oui non sans objet

Je soussigné (e), (Nom et Prénom).....
représentant juridique de la société (ou groupement mutualiste),

.....

↳ certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document,

↳ m'engage à signaler à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail Rhône-Alpes (CARSAT) tout arrivée ou départ définitif d'un audioprothésiste.

↳ m'engage à signaler à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail Rhône-Alpes (CARSAT) toute modification des conditions de l'adhésion de la société (déménagement, cession du fonds, fusion, reprise totale ou partielle...) dans le délai d'un mois

Fait à, le.....

Signature et tampon de la société

PIECES A FOURNIR

Identification de l'entreprise

Pour une entreprise commerciale :

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

Pour un artisan :

- Attestation d'inscription au répertoire des métiers

Pour une mutuelle :

- Extrait du registre national des mutuelles faisant état de la situation juridique et mentionnant le (s) local (aux) pour le(s)quel(s) la mutuelle adhère à la convention

Pour une association :

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

Autres documents demandés :

- Photocopie du(des) diplôme(s) ou certificat(s) de compétence
- Attestation d'inscription des personnels diplômés sur la liste établie par la délégation territoriale des Agences Régionales de Santé (ex. DDASS) (N°ADELI)
- Planning des intervenants
- Attestation(s) de conformité acoustique du(des) local (locaux) réalisée par un bureau d'étude spécialisé ou facture de la(les) cabine(s) insonorisée(s)
- Plan des locaux
- Attestation de déclaration URSSAF ou RSI mentionnant le n° du compte cotisant ou le n° TI (Travailleur Indépendant)