



## INFORMATION DES ASSURES , REALISATION DES APPAREILLAGES et COMMUNICATION

- Modalités mises en œuvre par le fournisseur pour informer le client sur les conditions de prise en charge des produits et prestations par l'assurance maladie obligatoire)

➤ .....

.....

.....

.....

.....

.....

- Respect des tarifs de responsabilité et des prix réglementés en vigueur

oui       non

- Délai de réalisation des appareillages :

- Réalisation dans un délai d'un mois à compter de la validation du bon de commande pour une première mise :       oui       non

- Réalisation dans un délai de deux mois à compter de la validation du bon de commande pour une seconde mise ou un renouvellement

oui       non

- Pratiques de communication (article 12)

➤ 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 12 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 : .....

### ● Activités réalisées dans le local

podo-orthèses<sup>1</sup>  prothèses oculaires<sup>2</sup>  prothèses faciales<sup>3</sup>  orthoprothèses<sup>4</sup>

(1) podo-orthésistes confectionnant les chaussures orthopédiques sur mesure inscrites au titre II chapitre 6 de la L.P.P.

(2) ophtalmologistes fabricant les prothèses oculaires inscrites au titre II chapitre 5 de la L.P.P.

(3) épithésistes réalisant les prothèses faciales inscrites au titre II chapitre 5 de la L.P.P.

(4) Orthoprothésistes réalisant des appareils de prothèses ou d'orthopédie inscrites au titre II chapitre 7 de la L.P.P.

### ● 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

➤ 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

➤ Préservation de l'intimité du patient lors du déshabillage et de l'habillage.

- Le Local est- il isolé phoniquement ?  oui  non

- Le Local est- il isolé visuellement ?  oui  non

- Le local est- il équipé:

- d'un éclairage convenable :  oui  non

- d'un point d'eau :  oui  non

➤ Le local est-il équipé du matériel nécessaire à la fabrication des appareils inscrits à la nomenclature :

oui

non

↳ Si non ; où sont réalisés les appareillages :.....  
.....  
.....

↳ est-il équipé du matériel nécessaire aux retouches et réparations courantes  oui  non

● Dispositions propres à chaque profession

**Orthoprothésistes** : Le local comporte-il une table ou lit d'examen  oui  non

**Orthoprothésistes et podo-orthésistes** Le local comporte-il un espace de déambulation de 3,50 m de long et de 1,20 m de large avec une tolérance possible de 0,50 m pour la longueur et la largeur ou un plateau de marche  oui  non

**Ocularistes et épithésistes** Le local est-il équipé :

- du matériel nécessaire au nettoyage et à la désinfection des prothèses oculaires ou des éphithèses lors des essayages ou lors des rectifications  oui  non

- du matériel technique nécessaire aux moulages  oui  non

- d'un miroir à trois faces permettant simultanément une vision frontale et sagittale  oui  non



**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 : .....

● **Activités réalisées dans le local**

podo-orthèses<sup>1</sup>  prothèses oculaires<sup>2</sup>  prothèses faciales<sup>3</sup>  orthoprothèses<sup>4</sup>

(1) podo-orthésistes confectionnant les chaussures orthopédiques sur mesure inscrites au titre II chapitre 6 de la L.P.P.

(2) ophtalmologistes fabricant les prothèses oculaires inscrites au titre II chapitre 5 de la L.P.P.

(3) épithésistes réalisant les prothèses faciales inscrites au titre II chapitre 5 de la L.P.P.

(4) Orthoprothésistes réalisant des appareils de prothèses ou d'orthopédie inscrites au titre II chapitre 7 de la L.P.P.

● **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

➤ 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

➤ Préservation de l'intimité du patient lors du déshabillage et de l'habillage.

- Le Local est- il isolé phoniquement ?  oui  non

- Le Local est- il isolé visuellement ?  oui  non

- Le local est- il équipé:

- d'un éclairage convenable :  oui  non

- d'un point d'eau :  oui  non

➤ Le local est-il équipé du matériel nécessaire à la fabrication des appareils inscrits à la nomenclature :

oui

non

↳ Si non ; où sont réalisés les appareillages :.....  
.....  
.....

↳ est-il équipé du matériel nécessaire aux retouches et réparations courantes  oui  non

● Dispositions propres à chaque profession

**Orthoprothésistes** : Le local comporte-il une table ou lit d'examen  oui  non

**Orthoprothésistes et podo-orthésistes** Le local comporte-il un espace de déambulation de 3,50 m de long et de 1,20 m de large avec une tolérance possible de 0,50 m pour la longueur et la largeur ou un plateau de marche  oui  non

**Ocularistes et épithésistes** Le local est-il équipé :

- du matériel nécessaire au nettoyage et à la désinfection des prothèses oculaires ou des éphithèses lors des essayages ou lors des rectifications  oui  non

- du matériel technique nécessaire aux moulages  oui  non

- d'un miroir à trois faces permettant simultanément une vision frontale et sagittale  oui  non



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 départ définitif d'un responsable technique dans un délai de 15 jours précédant ce départ (article 7- §1)

↪ m'engage à aviser, par lettre recommandée avec AR, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail Rhône-Alpes (CARSAT) de tout remplacement définitif (ou transitoire) et de tout recrutement d'un nouveau responsable technique et à transmettre, par même courrier, les justificatifs de compétence visés aux pages 5 et 8 du présent document ainsi que les heures de présence dudit responsable sur le point de vente

↪ 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

### Autres documents demandés :

- Photocopie du ou des diplôme(s) ou titre(s) de compétence du ou des professionnel(s) réalisant les appareillages
- Attestation d'inscription des personnels diplômés sur la liste établie par la délégation territoriale des Agences Régionales de Santé (ex. DDASS) (N°ADELI)
- Attestation de déclaration URSSAF ou RSI mentionnant le n° du compte cotisant ou le n° TI (Travailleur Indépendant)
- Plan des locaux