

INFORMATION DES ASSURES ET COMMUNICATION (articles 16,24 et 12)

- 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

➤

.....

.....

.....

.....

.....

- Pour la délivrance des véhicules pour handicapés physiques :

- établissement d'un devis détaillant le véhicule prescrit afin que l'assuré ait une parfaite connaissance du matériel susceptible de lui être délivré préalablement à la délivrance de la prestation prescrite :

oui non non concerné

- réalisation d'un devis permettant à l'assuré d'être en mesure d'identifier clairement le coût total du véhicule qui lui est nécessaire, ainsi que de la part financière restant éventuellement à sa charge :

oui non non concerné

- Accueil des bénéficiaires de la CMU (article 24) :

- 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 (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

Oxygénothérapie Postiches Autres produits du titre I VHP

↳ Si oxygénothérapie, préciser :

- Date de l'arrêté préfectoral :

- Nom (marital suivi du nom patronymique) et prénom du pharmacien :
.....

- Jours et heures de présence :

● 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 d'exposition : oui non

Présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie: oui non

Choix de différents modèles de véhicules pour handicapés physiques (VHP) : oui non

Essai des VHP sur une surface d'évolution de 16 m² au moins (VHP) : oui non

● Normes d'installation - stockage

➤ Le local de stockage est-il :

- bien identifié : oui non

- interdit au public : oui non

- à l'abri des produits susceptibles de souiller ou d'altérer le matériel : oui non

- indépendant des deux autres locaux : oui non

Dans ce cas, préciser l'adresse :

➤ Transport et stockage du matériel

Quelles sont les procédures appliquées pour éviter tout risque de contamination par le matériel usagé du matériel à livrer :

.....
.....

● Réparation - Livraison (articles 19 et 20)

➤ Livraison :

Nom et qualification des personnels qui effectuent les livraisons à domicile

.....

➤ Réparation : Existe-il :

- un atelier de réparation attenant au local(1) : oui non

- un stock de pièces détachées indispensables aux réparations : oui non

- la possibilité d'échanger sur le champ le matériel défectueux : oui non

(1) Si non, Précisez les modalités de prise en charge des réparations :

.....

En cas de réparation de VHP, existe-il une mise à disposition gratuite de l'assuré, dans les 24 heures, d'un véhicule de secours à propulsion manuelle ? oui non

● **Désinfection (article 21)**

➤ Procédez-vous systématiquement à la désinfection du matériel à l'issue d'une période de location ?

oui non N.C.

➤ est elle effectuée par l'entreprise ?

oui non

- si OUI, est-elle réalisée dans un local spécifique ? oui non

- ce local est-il séparé de ceux dans lesquels le public est reçu ? oui non

- dispose-t-il d'accès indépendant ? oui non

- si NON, quelle entreprise se charge de la désinfection du matériel ?

.....

- cette prestation fait elle l'objet d'un contrat : oui non

● **Accueil des assurés**

➤ Jours et horaire d'ouverture (à préciser)

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

➤ cette amplitude d'ouverture est-elle affichée à l'entrée du local : oui non

➤ Présence effective et permanente d'un personnel qualifié aux jours et heures d'ouverture (VHP) :

oui non

➤ nom(s) et prénom(s) du ou des responsables techniques qui assurent cette permanence sur le point de vente

1 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

2 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

3 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

4 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

● **Commentaires / informations complémentaires**

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

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

Oxygénothérapie Postiches Autres produits du titre I VHP

↳ Si oxygénothérapie, préciser :

- Date de l'arrêté préfectoral :

- Nom (marital suivi du nom patronymique) et prénom du pharmacien :
.....

- Jours et heures de présence :

● 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 d'exposition : oui non

Présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie: oui non

Choix de différents modèles de véhicules pour handicapés physiques (VHP) : oui non

Essai des VHP sur une surface d'évolution de 16 m² au moins (VHP) : oui non

● Normes d'installation - stockage

➤ Le local de stockage est-il :

- bien identifié : oui non

- interdit au public : oui non

- à l'abri des produits susceptibles de souiller ou d'altérer le matériel : oui non

- indépendant des deux autres locaux : oui non

Dans ce cas, préciser l'adresse :

➤ Transport et stockage du matériel

Quelles sont les procédures appliquées pour éviter tout risque de contamination par le matériel usagé du matériel à livrer :

.....
.....

● Réparation - Livraison (articles 19 et 20)

➤ Livraison :

Nom et qualification des personnels qui effectuent les livraisons à domicile

.....

➤ Réparation. Existe-il :

- un atelier de réparation attenant au local(1) : oui non

- un stock de pièces détachées indispensables aux réparations : oui non

- la possibilité d'échanger sur le champ le matériel défectueux : oui non

(1) Si non, Précisez les modalités de prise en charge des réparations :

.....

En cas de réparation de VHP, existe-il une mise à disposition gratuite de l'assuré, dans les 24 heures, d'un véhicule de secours à propulsion manuelle ? oui non

● **Désinfection (article 21)**

➤ Procédez-vous systématiquement à la désinfection du matériel à l'issue d'une période de location ?

oui non N.C.

➤ est elle effectuée par l'entreprise ? oui non

- si OUI, est-elle réalisée dans un local spécifique ? oui non

- ce local est-il séparé de ceux dans lesquels le public est reçu ? oui non

- dispose-t-il d'accès indépendant ? oui non

- si NON, quelle entreprise se charge de la désinfection du matériel ?

.....

- cette prestation fait elle l'objet d'un contrat : oui non

● **Accueil des assurés**

➤ Jours et horaire d'ouverture (à préciser)

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

➤ cette amplitude d'ouverture est-elle affichée à l'entrée du local : oui non

➤ Présence effective et permanente d'un personnel qualifié aux jours et heures d'ouverture (VHP) :

oui non

➤ nom(s) et prénom(s) du ou des responsables techniques qui assurent cette permanence sur le point de vente

1 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

2 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

3 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

4 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

● **Commentaires / informations complémentaires**

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

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 :

● Activités réalisées dans le local

Oxygénothérapie Postiches Autres produits du titre I VHP

↳ Si oxygénothérapie, préciser :

- Date de l'arrêté préfectoral :

- Nom (marital suivi du nom patronymique) et prénom du pharmacien :
.....

- Jours et heures de présence :

● 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 d'exposition : oui non

Présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie: oui non

Choix de différents modèles de véhicules pour handicapés physiques (VHP) : oui non

Essai des VHP sur une surface d'évolution de 16 m² au moins (VHP) : oui non

● Normes d'installation - stockage

➤ Le local de stockage est-il :

- bien identifié : oui non

- interdit au public : oui non

- à l'abri des produits susceptibles de souiller ou d'altérer le matériel : oui non

- indépendant des deux autres locaux : oui non

Dans ce cas, préciser l'adresse :

➤ Transport et stockage du matériel

Quelles sont les procédures appliquées pour éviter tout risque de contamination par le matériel usagé du matériel à livrer :

.....
.....

● Réparation - Livraison (articles 19 et 20)

➤ Livraison :

Nom et qualification des personnels qui effectuent les livraisons à domicile

.....

➤ Réparation. Existe-il :

- un atelier de réparation attenant au local(1) : oui non

- un stock de pièces détachées indispensables aux réparations : oui non

- la possibilité d'échanger sur le champ le matériel défectueux : oui non

(1) Si non, Précisez les modalités de prise en charge des réparations :

.....

En cas de réparation de VHP, existe-il une mise à disposition gratuite de l'assuré, dans les 24 heures, d'un véhicule de secours à propulsion manuelle ? oui non

● **Désinfection (article 21)**

➤ Procédez-vous systématiquement à la désinfection du matériel à l'issue d'une période de location ?

oui non N.C.

➤ est elle effectuée par l'entreprise ? oui non

- si OUI, est-elle réalisée dans un local spécifique ? oui non

- ce local est-il séparé de ceux dans lesquels le public est reçu ? oui non

- dispose-t-il d'accès indépendant ? oui non

- si NON, quelle entreprise se charge de la désinfection du matériel ?

.....

- cette prestation fait elle l'objet d'un contrat : oui non

● **Accueil des assurés**

➤ Jours et horaire d'ouverture (à préciser)

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

➤ cette amplitude d'ouverture est-elle affichée à l'entrée du local : oui non

➤ Présence effective et permanente d'un personnel qualifié aux jours et heures d'ouverture (VHP) :

oui non

➤ nom(s) et prénom(s) du ou des responsables techniques qui assurent cette permanence sur le point de vente

1 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

2 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

3 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

4 - Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Diplôme(s) :

● **Commentaires / informations complémentaires**

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

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 respecter l'accord de modération de prix tel qu'annexé à la convention

☞ 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 :

- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités pratiquées et entrant dans le champ de la convention
- Attestation de déclaration URSSAF ou RSI mentionnant le n° du compte cotisant ou le n° TI (Travailleur Indépendant)
- Plan des locaux
- Copie du protocole de désinfection
- Attestation de stage CERAH (VHP)

En cas de dispensation d'oxygène à usage médical :

- Photocopie de l'arrêté préfectoral faisant état du (des) local (aux) pour le(s)quel(s) l'adhésion à la convention est sollicitée
- Photocopie du diplôme de pharmacien