

CONVENTIONNEMENT

en tant que fournisseur

délivrant des produits et prestations remboursables au titre I et IV
(dispositifs médicaux, produits et prestations, véhicules pour handicapés physiques)

Vous désirez déposer une demande de conventionnement pour bénéficier de la dispense d'avance de frais dans le cadre de la délivrance des produits référencés aux titres I et IV de la liste des Produits et Prestations remboursables prévue par l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 en application de la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013.

Votre immatriculation

Adressez-vous au Service IMMATRICULATION au 2^e étage au siège social de la CPS ou dans une de nos antennes, accompagné d'une copie de votre pièce d'identité, pour vous **immatriculer à la CPS, obtenir un DN et vous affilier à l'un des régimes de protection sociale de la Caisse.**

Votre dossier

Adressez-vous au Service **de Gestion Des Risques (G.D.R.)**, muni du formulaire de demande d'adhésion, ci-joint, dûment rempli, accompagné des justificatifs nécessaires.

Votre identification

Le Service des **de Gestion Des Risques (G.D.R.)** vous demandera de :

1. remplir une fiche de renseignement pour le Fichier central
2. fournir un spécimen de votre signature et de votre paraphe

Reconnaissance de l'adhésion

1. Une fois le dossier complet, vous recevrez le courrier de notification de la convention-cadre
2. Il sera procédé à la visite de vos locaux professionnels.
3. A l'issue de cette visite, un courrier de notification de la reconnaissance de l'adhésion ainsi que vos codes Tiers et Professionnel vous parviendra.

La reconnaissance de l'adhésion ne pourra intervenir qu'à partir du moment où la Caisse de prévoyance sociale aura vérifié le respect des conditions fixées aux articles 5, 13, 15 et 20 de la convention, objet de la demande.

Organisation des locaux professionnels

Vous devez disposer de locaux répondant aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et à des **conditions de confort et de salubrité** conformément à la réglementation en vigueur. Vous vous engagez, quelle que soit votre activité à disposer de :

- ☐ **Un local adapté à l'accueil** des assurés sociaux
- ☐ **Un local d'exposition**, dissocié ou non du local d'accueil permanent :
 - La présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie,
 - L'essayage des dispositifs médicaux,
 - Un choix de différents modèles de véhicules pour handicapés physiques,

Les essais des fauteuils doivent être effectués dans des conditions de déplacement appropriées et sur une surface d'évolution de 16 mètres carrés au moins, avec une largeur minimum de 2 mètres (cette pièce doit être toujours libre d'accès et ne sert en aucun cas de salle de stockage).
- ☐ **Un local de stockage** identifié, interdit au public.
Ce local peut être indépendant des locaux d'accueil et d'exposition.
- ☐ **Un atelier de réparation** situé dans l'entreprise, ou dans un local suffisamment proche ainsi que d'un stock des **pièces détachées** les plus courantes pour permettre la remise en état des appareils dans les plus brefs délais.
- ☐ **Un local de désinfection séparé** de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus avec accès indépendant.



SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE !

LE DELAI D'ENREGISTREMENT D'UN DOSSIER EST DE 30 JOURS AVANT LE DEBUT DE L'ACTIVITE CONVENTIONNEE

INFORMATIONS PRATIQUES

Pour le bon suivi de votre activité, pensez à informer par écrit la GDR de tout changement dans votre situation (changement d'adresse professionnelle, cessation d'activité...).



La CPS simplifie votre quotidien. Avec les e-services Professionnels de santé, gérez votre quotidien de chez vous :

- consulter les droits de vos patients,
- éditer une prise en charge,
- échanger des fichiers en toute sécurité,
- consulter votre dossier professionnel de santé,
- consulter la CPAM en ligne,...

Professionnels de santé, inscrivez-vous sur <https://sante.cps.pf>

Les horaires d'ouverture au public du Service de Gestion Des Risques (G.D.R.) sont les suivants :

- **sans rendez-vous** du lundi au vendredi de 7h30 à 12h00
- **uniquement sur rendez-vous** l'après-midi du lundi au vendredi



Formulaire de demande d'adhésion à la convention organisant les rapports entre la Caisse de Prévoyance Sociale et le prestataire délivrant des produits et prestations remboursables inscrits aux titres I et IV de la réglementation

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Raison sociale/forme juridique :

Enseigne :

Adresse du siège social :

Téléphone : **Fax :**

E-mail :

B.P. :

REPRESENTANT(S) DE L'ENTITE

1 **Nom** (marital suivi du nom patronymique) **Prénom :**

Qualité :

2 **Nom** (marital suivi du nom patronymique) **Prénom :**

Qualité :

3 **Nom** (marital suivi du nom patronymique) **Prénom :**

Qualité :

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT POUR LEQUEL LE CONVENTIONNEMENT EST DEMANDE

Enseigne :

Adresse :

Jours et heures d'ouverture :

Téléphone : **Fax :**

E-mail :

B.P. :

Situation

Activité exercée (*cocher les cases correspondantes*) :

- ☐ Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie à l'exclusion de la dispensation d'oxygène à usage médical
- ☐ Dispensation d'oxygène à usage médical
- ☐ Véhicules pour handicapés physiques
- ☐ Autres, (précisez code(s) LPP) :

Réception des assurés par un personnel qualifié

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.

Nom (marital suivi du nom patronymique)
Prénom :
1 Domaine d'intervention,
Compétence :

Nom (marital suivi du nom patronymique)
Prénom :
2 Domaine d'intervention,
Compétence :

Dispensation d'oxygène à usage médical

Dans le cadre de la dispensation d'oxygène à usage médical il y a lieu de préciser l'identité du pharmacien :

Nom (marital suivi du nom patronymique)
Prénom
Jours et heures de présence

Assurances souscrites par le prestataire

Le prestataire doit justifier qu'il est titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour tous les produits inscrits sur la liste précitée qu'il est susceptible de mettre à disposition des assurés sociaux.

Pièces à fournir

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités pratiquées et entrant dans le champ de la convention
- ☐ Contrat de travail du ou des Responsable(s) Technique(s) + justificatif de la qualification (diplômes, attestation de l'ordre ...)
- ☐ Relevé d'identité bancaire
- ☐ Extrait de registre de commerce (Tél : 40 46 13 13), statut de la société enregistré à la DAF (Tél : 40 47 18 25)
- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité lisible
- ☐ Photo d'identité récente
- ☐ Contrat de bail et plan des locaux
- ☐ Procédés de désinfection

Pour une association

- ☐ Statuts de l'association enregistrés à la Direction de la réglementation et du contrôle de la légalité

ATTESTATION DU REPRESENTANT DE L'ENTITE

Je soussigné (nom, prénom) :

- Déclare exacts les renseignements figurant ci-dessus

Fait le :

Signature :