



CONVENTIONNEMENT

en tant que fournisseur

*délivrant des produits et prestations remboursables au titre II –sur mesure
(orthoprothésiste, podo-orthésiste, oculariste, épithésiste)*

Vous désirez déposer une demande de conventionnement pour bénéficier de la dispense d'avance de frais au bénéfice des assurés dans le cadre de la délivrance des produits et dispositifs référencés au Titre 2 Chapitre 1 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 **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

Pour que votre demande de conventionnement soit reconnue par notre organisme, vous devez disposer de locaux et d'une installation répondant :

- Aux textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite,
- A des conditions de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur.

Vous vous engagez quelle que soit votre activité à disposer de :

- ☐ Locaux accessibles aux personnes handicapées,
- ☐ D'une salle d'essayage avec un bon isolement phonique et visuel, d'un éclairage convenable et un point d'eau,
- ☐ D'un atelier de réparation ainsi que d'un stock de pièces détachées et être en mesure d'échanger le matériel défectueux.

Equipement :

- ☐ Une table ou un lit d'examen,
- ☐ Un espace de déambulation de 3,50 m et 1,20 m de large ou un plateau de marche.

Pour la fourniture des prothèses oculaires :

- ☐ Matériel nécessaire au nettoyage et à la désinfection,
- ☐ Matériel technique nécessaire au moulage,
- ☐ Un miroir à 3 faces permettant simultanément une vision frontale et sagittale.



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. Inscrivez-vous en ligne aux e-services professionnels de santé pour gérer votre quotidien (consultation des droits de vos patients, RIAP, suivi des facturations,...).

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

Inscrivez-vous maintenant!

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**

IMPORTANT : Est passible des peines applicables en matière de faux et usage de faux prévus par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée.

CPS – Service Gestion Des Risques - BP 1 - 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 68 81 - Fax : 40 41 68 82 - Courriel : gdr@cps.pf - Site : www.cps.pf - N°TAHITI 183707

Conformément à la loi «Informatique et libertés» n°78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.



Caisse de Prévoyance Sociale
Te Fare Tūruatō'a
Votre Protection Sociale,
Notre Métier

Formulaire de demande d'adhésion à la convention cadre individuelle organisant les rapports entre la Caisse de Prévoyance Sociale et l'orthoprothésiste, le podo-orthésiste, l'oculariste ou l'épithésiste

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Raison sociale / forme juridique ou nom (pour les professions libérales) :

Enseigne :

Adresse du siège social :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--

Fax :

--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

[illegible]

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 OU CABINET POUR LEQUEL L'AGREMENT EST DEMANDE

Enseigne :**Adresse :****Jours et heures d'ouverture :**

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--

Fax :

E-mail :

[illegible]

B.P. :

IMPORTANT : Est passible des peines applicables en matière de faux et usage de faux prévus par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée». CPS – Service Gestion Des Risques - BP 1 - 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 68 81 - Fax : 40 41 68 82 - Courriel : gdr@cps.pf - Site : www.cps.pf - N°TAHITI 183707 Conformément à la loi «Informatique et libertés» n°78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.

RECEPTION DES ASSURES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié justifiant des critères de compétences tels que définis par la convention ou la réglementation et 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.

1 Nom (marital suivi du nom patronymique) :

Prénom :

**Diplômes
permettant
l'exercice**

Année :

**Début
d'activité**

**Jours et heures de
présence**

2 Nom (marital suivi du nom patronymique) :

Prénom :

**Diplômes
permettant
l'exercice**

Année :

**Début
d'activité**

**Jours et heures de
présence**

3 Nom (marital suivi du nom patronymique) :

Prénom :

**Diplômes
permettant
l'exercice**

Année :

**Début
d'activité**

**Jours et heures de
présence**

4 Nom (marital suivi du nom patronymique) :

Prénom :

IMPORTANT : Est passible des peines applicables en matière de faux et usage de faux prévus par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée». CPS – Service Gestion Des Risques - BP 1 - 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 68 81 - Fax : 40 41 68 82 - Courriel : gdr@cps.pf - Site : www.cps.pf - N°TAHITI 183707 Conformément à la loi «Informatique et libertés» n°78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.

**Diplômes
permettant
l'exercice**

Année :

**Début
d'activité**

**Jours et heures de
présence**

AGREMENT DEMANDE DANS LE CADRE DES CRITERES DE COMPETENCE

CRITERES DE COMPETENCE (1)	CATEGORIE (1)	ARTICLES
<input type="checkbox"/> Pharmaciens ayant suivi une formation complémentaire en orthèses <input type="checkbox"/> Prothésistes-Orthésistes agréés comme fournisseurs de Grand Appareillage <input type="checkbox"/> Titulaires du certificat de technicien bandagiste orthopédiste <input type="checkbox"/> Titulaires du diplôme d'enseignement d'orthopédiste	<input type="checkbox"/> 1	Ceintures médico-chirurgicales et corsets
		Bandages herniaires
		Orthèses élastiques de contention des membres fabriquées sur mesure
		Appareils de correction orthopédique concernant le membre inférieur : Niveau genoux Niveau hanches
		Appareils de correction orthopédique concernant le membre supérieur : Niveau main et poignet
		Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés
<input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 1 <input type="checkbox"/> Tous les pharmaciens	<input type="checkbox"/> 2	Orthèses élastique de contention des membres fabriquées en série
		Colliers cervicaux
		Coussins d'abduction exclusivement réservés aux professionnels agréés avant le 30 mars 1993 dans cette catégorie
<input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 1 <input type="checkbox"/> Les podo-orthésistes	<input type="checkbox"/> 3	Chaussures thérapeutiques de série
		Coques talonnières
		Appareils de correction orthopédique concernant le membre inférieur niveau pied
		Chaussures de série thérapeutiques ou non pouvant recevoir des appareils de marche. Montage de l'appareil sur chaussure à talon monté en cuir et de la semelle après mise en place d'un étrier ou tourillon
<input type="checkbox"/> Les pédicures podologues <input type="checkbox"/> Les professionnels agréés pour la catégorie 3	<input type="checkbox"/> 4	Orthèse plantaires

(1) Cocher la ou les cases correspondantes

IMPORTANT : Est passible des peines applicables en matière de faux et usage de faux prévus par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée». CPS – Service Gestion Des Risques - BP 1 - 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 68 81 - Fax : 40 41 68 82 - Courriel : gdr@cps.pf - Site : www.cps.pf - N°TAHITI 183707

Conformément à la loi «Informatique et libertés» n°78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.

PIECES A FOURNIR

Pour une entreprise commerciale :

- ☐ Extrait de registre de commerce (Tél : 40 46 13 13)
- ☐ Diplômes des personnes compétentes
- ☐ Copie du contrat d'engagement des personnes compétentes
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités pratiquées
- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité lisible
- ☐ Photo d'identité récente
- ☐ Statut de la société enregistré à la DAF
- ☐ Contrat de bail ou titre de propriété des locaux du lieu d'exercice professionnel
- ☐ Relevé d'identité bancaire

ATTESTATION DU REPRESENTANT JURIDIQUE

Je soussigné (nom, prénom) :

- Déclare exacts les renseignements figurant ci-dessus

Fait le :

Signature :