

Formulaire d'adhésion
à la convention destinée à faciliter l'accès aux soins auditifs des assurés sociaux en difficultés financières

A REMPLIR PAR L'AUDIOPROTHESISTE

Je soussigné
Représentant la personne morale.....
Forme juridique.....
Numéro SIREN.....
Exerçant l'activité de
Adresse du ou des locaux dans la circonscription :
.....
.....
.....

Déclare gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales, conventionnelles et réglementaires en vigueur et avoir pris connaissance de la convention susmentionnée dont je m'engage à respecter tous les termes.

A, le

A REMPLIR PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA GIRONDE

Je soussigné, Directeur de la Caisse primaire d'Assurance
Maladie de la Gironde

Reconnais l'adhésion de cet audioprothésiste à la convention susmentionnée.

A, le

Le Directeur de la Caisse primaire d'Assurance
Maladie de la Gironde,

L'audioprothésiste,

Rappel des principaux textes régissant votre activité :

- Dispositions générales sur l'exercice et l'accès à la profession d'audioprothésiste : Articles L. 4361-1 à L. 4361-11 du Code la santé publique (CSP)
- Dispositions pénales sur la confidentialité et l'exercice illégal de la profession d'audioprothésiste : Articles L 4363-1 à L 4363-4 du CSP
- Plateau technique réservé à l'activité d'audioprothèse : Articles D 4361-19 et D 4361-20 du Code de la santé publique
- Devis normalisé d'appareillage auditif : Article L 165-9 du Code de la sécurité sociale / Arrêté du 31 août 2008 fixant le modèle du devis normalisé d'appareillage auditif
- Convention nationale des audioprothésistes publiée par arrêté du 13 août 1993

Textes disponibles sur les sites Légifrance / Ameli