

Annexe 4

à la convention concernant la remise de prothèses oculaires

entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019

Remarque : toutes les désignations de personnes valent pour les deux sexes. Afin d'améliorer la lisibilité, le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes. En cas d'incertitudes quant à l'interprétation, la version allemande fait foi.

Auto-déclaration

**en vue de la reconnaissance des fournisseurs de prestations par
les assureurs AA/AM/AI**

Nom de l'entreprise : _____

Nom du titulaire : _____

Personne à contacter : _____

Adresse (rue et n°) : _____

NPA et localité : _____

Pays : _____

Tél. : _____

Fax : _____

Adresse électronique : _____

Site Internet : _____

Noms des ocularistes ayant accompli une formation professionnelle spécifique ou ayant réalisé un apprentissage ou une formation supérieure suivi d'une formation complémentaire en fabrication de prothèses oculaires dans un institut de prothèses oculaires :

Oculariste 1 : _____

Oculariste 2 : _____

Oculariste 3 : _____

Oculariste 4 : _____

Oculariste 5 : _____

Veuillez joindre à cette auto-déclaration, pour chaque oculariste, une copie des diplômes, des certificats de capacité et des autres certificats pertinents.

Critères de reconnaissance

1. Expérience professionnelle
 2. Formation continue
 3. Connaissances d'autres langues
 4. Accessibilité
 5. Infrastructure du lieu de travail
 6. Fournisseur de prestations étranger
 7. Auto-déclarations
-

1. Expérience professionnelle

Les ocularistes suivants, engagés par le fournisseur de prestations, disposent d'au moins 10 années d'expérience professionnelle (formation comprise) dans le domaine de l'adaptation individuelle de prothèses oculaires.

Ophtalmo- logue 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oculariste 2	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oculariste 3	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oculariste 4	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oculariste 5	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Veuillez joindre à cette auto-déclaration, pour chaque oculariste, une copie des certificats de travail et des attestations pertinentes.

2. Formation continue

Le fournisseur de prestations atteste de la formation continue de ses ocularistes par leur participation à des colloques spécialisés nationaux ou internationaux et par leur formation sur leur lieu de travail.

Il prend acte du fait que la CPC exige de lui qu'il fournisse tous les deux ans la preuve de cette formation continue.

Oui Non

3. Connaissances d'autres langues

Le fournisseur de prestations garantit un service de conseil dans les trois langues officielles de la Suisse (allemand, français et italien).

Oui Non

Remarques :

4. Accessibilité

Le fournisseur de prestations garantit la mise à disposition d'un contact en cas d'urgence (numéro de téléphone, adresse électronique). Le client doit recevoir une réponse dans les 24 heures les jours ouvrables.

Oui Non

Remarques :

5. Infrastructure du lieu de travail

Afin de garantir le traitement adapté de l'assuré, les locaux doivent remplir les exigences minimales suivantes concernant l'équipement et l'infrastructure :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▪ propreté, hygiène et luminosité adaptée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ eau courante | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ entrée de l'institut visible depuis l'extérieur, coordonnées des personnes à contacter (numéros de téléphone et/ou adresses électroniques) indiquées à côté de la porte d'entrée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ dans l'espace client, aménagement d'une zone d'accueil et d'attente avec possibilité de s'asseoir ; toilettes pour les clients | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ respect de la sphère privée du client au moyen de mesures appropriées ; séparation des domaines de traitement, de laboratoire et de bureau | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ réalisation des tâches productrices de poussières, de vapeurs et d'odeurs dans des pièces aérées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ garantie de la sécurité des clients et du personnel ; vérification et maintenance régulières des appareils de travail | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ dossiers des patients non accessibles aux personnes non autorisées (art. 5 de la convention tarifaire sur la protection des données) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Veuillez joindre à la présente auto-déclaration le plan original des locaux à l'échelle 1:50 avec description précise des pièces et photos.

6. Fournisseur de prestations étranger

En apposant sa signature à la fin du présent document, le fournisseur de prestations confirme qu'il a connaissance des règles régissant les autorisations de commerce itinérant et s'engage à les respecter.

7. Auto-déclarations

Veuillez joindre à la présente auto-déclaration une copie d'une attestation d'assurance responsabilité civile de l'entreprise et un extrait du registre des poursuites à jour ou tout document étranger comparable.

Par ma signature, je certifie l'exactitude des informations ci-dessus :

Lieu et date :

Nom et prénom : _____ Signature : _____

(titulaire / membre de la direction)

Veuillez envoyer la présente auto-déclaration ainsi que les documents exigés à :

Secrétariat CPC prothèses oculaires AA/AM/AI
c/o Service central des tarifs médicaux LAA
Case postale 4358
6002 Lucerne