

ANNEXE 1 – MODELE DE CONTRAT D’ADHESION À L’EXPERIMENTATION DE DEMATERIALISATION DES ORDONNANCES

CONTRAT D’ADHESION A L’EXPERIMENTATION DE DEMATERIALISATION DES ORDONNANCES

Il est convenu ce qui suit entre

Nom et prénom de l’orthoptiste :
Numéro d’identification de l’orthoptiste :
Dénomination sociale et adresse du cabinet :

d'une part,

et

Le directeur de la caisse primaire d’assurance maladie de,

L’Agent Comptable de la caisse de

d'autre part.

Je soussigné(e), [*nom de l’orthoptiste*] m’engage en tant qu’orthoptiste expérimentateur/expérimentatrice] à respecter les dispositions du protocole d’accord de dématérialisation des ordonnances conclu le

Monsieur ou Madame, directeur de la caisse primaire d’Assurance maladie de et Monsieur ou Madame, Agent Comptable de la caisse primaire d’Assurance maladie de..... nous engageons à respecter l’ensemble des dispositions du protocole précité incombant à la caisse primaire d’Assurance maladie de..... en fonction de nos responsabilités respectives dans la gestion des pièces justificatives au paiement.

L’adhésion à l’expérimentation par le biais du présent contrat oblige les expérimentateurs à utiliser une procédure de dématérialisation et de transmission conforme aux dispositions susvisées.

En contre-partie du respect de ses engagements, le professionnel de santé expérimentateur percevra une aide forfaitaire de 300 euros TTC.

Le présent contrat d’adhésion prend effet à compter du pour une période ne pouvant excéder celle du protocole d’accord.

Fait à

Le

Signature de l’orthoptiste :
Signature du directeur de la caisse primaire d’Assurance maladie :
Signature de l’Agent Comptable de la caisse primaire d’Assurance maladie :