



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Aude

Envoyé en préfecture le 04/07/2022

Reçu en préfecture le 04/07/2022

Affiché le

SLOW

ID : 011-200035863-20220629-DE_2022_109-DE

Contact Isabelle HENRY
Téléphone 04 68 77 76 05
Mail isabelle.henry1@assurance-maladie.fr

CCRLCM
A l'attention de M. Raymond - DGS
48 Avenue Charles Cros
11200 LEZIGNAN-CORBIERES

Date le 21 avril 2022

Objet **IMPORTANT** – Mise en place du conventionnement explicite pour les centres de santé

Monsieur,

Par le présent courrier, je tiens à vous faire part des nouvelles dispositions réglementaires issues de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022, publiée au journal officiel du 24 décembre 2021, concernant les centres de santé.

En effet, l'article 71 de la loi instaure, à compter de la publication au journal officiel, le conventionnement explicite pour les centres de santé à l'Accord National destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie. Les centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national disposent d'un délai de six mois, à compter de l'entrée en vigueur de cet article, pour se faire connaître à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort duquel ils sont situés et y adhérer.

Par conséquent, votre structure (Centre de Santé Intercommunal du Lézignanais) est invitée, si elle le souhaite, à effectuer cette démarche au plus tard le 24 juin 2022, auprès de mes services. A défaut, je vous informe que vos patients seront remboursés sur la base des tarifs d'autorité.

En outre, seuls les centres de santé conventionnés avec l'Assurance Maladie seront éligibles à la subvention dite « Teulade » (Article L162-32 du CSS).

Mes services restent à votre disposition pour vous apporter tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

P/le Directeur,
La Chargée de projets GDR / Exercice coordonné

Isabelle HENRY

Accord national

Formulaire de renseignement

Ce document est à remplir par le centre de santé qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui retourne un exemplaire.

Date de mise à jour en cas de modification de la spécialité (article 51 de l'accord) :

Identification du centre de santé

- Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :
- Numéro d'identification du centre de santé délivré par l'ARS (n° FINESS) :
- Date d'autorisation d'exercice délivrée par l'ARS (date d'attribution du numéro d'identification) :
- Adresse du lieu d'implantation principal du centre de santé (entité juridique) :

Spécialité du centre de santé

- Centre de santé polyvalent Centre de santé médical Centre de santé infirmier
 Centre de santé dentaire

Adhésion aux contrats

- Contrat incitatif Centres de Santé dentaires
 Contrat incitatif Centres de Santé médicaux ou polyvalents
 Contrat incitatif Centres de Santé infirmiers
 Contrat d'aide à l'installation des centres de santé (avenant n°1 à l'accord national)
 Contrat de stabilisation et de coordination pour les centres de santé (avenant n°1 à l'accord national)
 Contrat de solidarité territoriale pour les centres de santé (avenant n°1 à l'accord national)
 Contrat d'accès aux soins dentaires (CASD)

Non adhésion à la ROSP

- Non adhérent à la ROSP

Adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles

- Adhérent (date d'adhésion) :
 Non adhérent

Je soussigné(e), atteste de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et m'engage à respecter toutes les dispositions de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Fait à
Le

Signature

Cachet du centre de santé

Accusé de réception de la caisse primaire

- Enregistrement le : A effet du :
 Numéro d'identification du centre de santé (n° FINESS) :

- Non enregistrement Motif(s) :

Cachet de la caisse primaire

Date :

Accord national Centres de Santé

Formulaire de renseignement

Ce document est à remplir par le centre de santé qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui retourne un exemplaire.

Date de mise à jour en cas de modification de la spécialité (article 51 de l'accord) :

Identification du centre de santé

- Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :
 - Numéro d'identification du centre de santé délivré par l'ARS (n° FINESS) :
 - Date d'autorisation d'exercice délivrée par l'ARS (date d'attribution du numéro d'identification) :
 - Adresse du lieu d'implantation principal du centre de santé (entité juridique) :
-

Spécialité du centre de santé

- Centre de santé polyvalent Centre de santé médical Centre de santé infirmier
- Centre de santé dentaire

Adhésion aux contrats

- Contrat incitatif Centres de Santé dentaires
- Contrat incitatif Centres de Santé médicaux ou polyvalents
- Contrat incitatif Centres de Santé infirmiers
- Contrat d'aide à l'installation des centres de santé (*avenant n°1 à l'accord national*)
- Contrat de stabilisation et de coordination pour les centres de santé (*avenant n°1 à l'accord national*)
- Contrat de solidarité territoriale pour les centres de santé (*avenant n°1 à l'accord national*)
- Contrat d'accès aux soins dentaires (CASD)

Non adhésion à la ROSP

- Non adhérent à la ROSP

Adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles

- Adhérent (date d'adhésion) :
- Non adhérent

Je soussigné(e), atteste de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et m'engage à respecter toutes les dispositions de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Fait à
Le

Signature

Cachet du centre de santé

Accusé de réception de la caisse primaire

- Enregistrement le : A effet du :
- Numéro d'identification du centre de santé (n° FINESS) :
- Non enregistrement Motif(s) :
- Cachet de la caisse primaire Date :