|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Type de document attendu | Document / Information |
| Autorisations administratives à jour | Entreprise : Kbis |  |
| Enregistrement du ou des diplômes à l’ARS |  |
| Ancienneté de l'exercice professionnel | Ancienneté professionnelle d’au moins 1 an  - Kbis du magasin ou du magasin précédent  - Toutes preuves d’ancienneté (bulletins de salaire, lettre référence employeur, pas le CV) | Indiquez la date : |
| Attestation d'assurance | Attestation d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle valable à la date de l'audit |  |
| Convention UNCAM | Signataire de la convention avec l’UNCAM (Union National des Caisses d’Assurance Maladie) (convention avec le régime obligatoire).  Dérogation possible : relevé justifiant la télétransmission comportant un numéro d’identification CPAM, CPAM régionale correspondant à l’adresse du magasin, et l’identification du magasin correspondant au Kbis. |  |
| Attestation sur l’honneur à imprimer sur papier à entête | Engagement au respect de la réglementation |  |
| Validation de la prise en compte du contexte réglementaire du référentiel (§4) |  |
| Equipements | Disponibilité des équipements de mesure requis par le référentiel : - MESU (données Acuité Magasin), - Mesures écart, hauteur, - Conformité de la puissance, centrage et montage, - L’examen de la réfraction, |  |
| Capacité informatique pour le stockage des informations clients |  |
| Capacité informatique de traitement des remboursements conforme à la norme 1.40 (ex : attestation, copie d’agrément) |  |
| Carte CPS | Titulaire d’une carte CPS (Carte Professionnelle de Santé) |  |
| DPC | Attestation DPC (Développement Professionnel Continu) |  |
| Diplômes | Copie du ou des diplômes des opticiens de l’entreprise |  |
| Sous-traitance | L’établissement sous-traite-t-il des prestations ? Lesquelles ? Coordonnées des structures sous-traitantes : | Oui  Non |
| Pour les magasins multi-sites : | Procédure d’audit interne |  |
| Rapport d’audit interne |  |
| Informations relatives à la facturation | Nom du site de facturation : .................................................................................. Adresse complète du site de facturation : ................................................................................................................................ N° de SIRET : .................................... Code APE .......................... N° de TVA Intracommunautaire .................................................. | |