

**Charte de Bonnes Pratiques des fournisseurs
 de dispositifs médicaux et de prestations à domicile
 FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR**

Identification :	Nom commercial : N° SIRET : Adresse siège social : Téléphone : Personne référente :
Liste des intervenants : (Nom, prénom, qualité)	- - - - -
Procédure à suivre pour joindre la société 7J/7 et 24H/24 (N° non surtaxé)	N° téléphone :
Délai de livraison en service (48 heures maximum)	heures
Identification du matériovigilant fournisseur	Nom - Prénom : Fonction : Téléphone : Mail :

Quelques points de vérification pour la charte de bonnes pratiques :

(rayer les mentions inutiles)

Recensement des liens d'intérêts entre prestation et établissement de santé, structures associatives et professionnels de l'établissement	OUI / NON
Numéro de téléphone non surtaxé	OUI / NON
Engagement de réponse dans l'évaluation et l'analyse de signalements par les professionnels de l'établissement	OUI / NON
Ordonnances types fournies à l'établissement	OUI / NON
Ordonnances sans quantité et durée moins de 30 jours	OUI / NON
LPP durée moins de 12 mois	OUI / NON
Engagement dans la vérification des pièces numérisées	OUI / NON
Absence de remboursements spécifiques par des assurances de santé complémentaires	OUI / NON
Absence d'incitation des professionnels et des patients	OUI / NON
Port d'un badge avec nom, fonction et entreprise	OUI / NON
Venue sur site uniquement sur rendez-vous	OUI / NON
Entrée dans la chambre d'un patient uniquement sur autorisation de l'équipe soignante	OUI / NON