

## Formulaire de demande Admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

La LSP ne soumet pas les institutions / organisations de soins ci-dessous à autorisation d'exploiter.

Une attestation confirmant cet état de fait sera délivrée en complément  
à l'admission à pratiquer à charge de l'AOS.

- Institutions de soins ambulatoires dispensés par moins de 3 EPT de médecins salariés
- Organisations de chiropraticiens
- Organisations de logopédistes-orthophonistes
- Organisations de neuropsychologues
- Organisations de podologues
- Organisations de psychologues-psychothérapeutes
- Organisations de sage-femmes

		A remplir / fournir par l'institution / organisation (1 formulaire par type de profession)	Reçu oui-non
1	Nom de l'entité juridique telle que figurant au registre du commerce		
2	Adresse de l'entité juridique telle que figurant au registre du commerce		
3	Nom de l'organisation (site)		
4	Adresse de l'organisation (site)		
5	Adresse mail et téléphone		
6	Site internet		
7	Date d'ouverture		
8	Registre du commerce ou IDE	Copie de l'inscription de la société au registre du commerce / site ou du registre IDE	
9	Plans des locaux	Nous remettre les plans architecturaux (se référer aux lignes directrices architecturales)	

		<b>A remplir / fournir par l'institution / organisation</b> (1 formulaire par type de profession)	Reçu oui-non
10	<b>Professionnel responsable au bénéfice d'une autorisation de pratiquer sous propre responsabilité professionnelle</b>	<p>Professionnel responsable au bénéfice d'une autorisation de pratiquer sous propre responsabilité professionnelle</p> <p>NOM : ..... Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>N°GLN : .....</p> <p>Si ce dernier n'est pas au bénéfice d'une admission à pratiquer à charge de l'AOS individuelle, nous vous rendons attentifs qu'une demande d'attestation C pour le professionnel responsable doit être demandée auprès du service des autorisations de pratiquer : <a href="http://www.vd.ch/ap">www.vd.ch/ap</a></p>	
11	<b>Une liste du personnel</b>	<p>Modèle de liste du personnel disponible sur notre site internet : Autorisations de diriger et d'exploiter   État de Vaud (vd.ch)</p> <p><b>*Tous les professionnels de la santé, soumis à autorisation de pratiquer dans le canton de Vaud, doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer hormis les psychologues-psychothérapeutes en formation et neuropsychologues qui ne sont pas soumis à autorisation de pratiquer.</b></p> <p><b>Pour les neuropsychologues, une copie du titre post-grade fédéral en neuropsychologie ou titre de spécialisation en neuropsychologie FSP ou reconnaissance PsyCo d'un titre étranger doit être joint à la liste du personnel.</b></p>	
12	<b>Copie de l'affiliation à CARA (dossier électronique du patient)</b>	<p>Obligatoire pour les institutions de soins ambulatoires dispensés par moins de 3 EPT de médecins dépendants.</p> <p>Facultatif pour les organisations de soins.</p> <p>Information sur le lien suivant : <a href="https://www.cara.ch">https://www.cara.ch</a></p>	
13	<b>Exigences de qualité telles que définies à l'art. 58g OAMal</b>  <b>Système de gestion de la qualité</b> <b>Principes d'évaluation et de contrôle des concepts de qualités</b>	<p>Concept écrit présentant tout système de gestion de la qualité :</p> <p>a. Définir sa raison d'être et ses principales prestations b. Définir un but ou des objectifs à atteindre c. Qualifier ses prestations par le biais d'indicateurs de mesure d. Définir des actions d'améliorations en fonction des résultats obtenus et mesurés.</p> <p>Vous trouverez les fiches explicatives ainsi que les items qui doivent figurer dans votre concept, sur le lien suivant : <a href="https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/portail-des-autorisations-pour-les-professionnelles-de-la-sante/qualite-art-58g-oamal">https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/portail-des-autorisations-pour-les-professionnelles-de-la-sante/qualite-art-58g-oamal</a></p>	
14	<b>Copie d'assurance de responsabilité civile professionnelle entreprise</b>		

Date et signature du demandeur : \_\_\_\_\_

**À remplir par la Direction générale de la santé – Office du médecin cantonal**

visa du gestionnaire : \_\_\_\_\_