

Demande d'autorisation d'exploiter et admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Hôpital
Clinique
Centre de traitement et de réadaptation (CTR)
Etablissement de soins ambulatoires dispensés par plus de 3 EPT de médecins salariés

Documents et informations à fournir à la DGS		Demande d'autorisation d'exploiter - à remplir par l'établissement	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 du/des sites		
4	Adresse/s du/des site/s		
5	Date d'ouverture souhaitée		
6	Adresse mail et téléphone		
7	Copie de l'inscription au Registre du commerce	à annexer	
8	Copie des statuts	à annexer	
9	Responsable d'exploitation et autorisation de diriger	NOM :	
10	Missions	Type de prestations :	
11	Lits	Nombre total de lits exploitables	
12	Equipements	Type d'équipement et personnes responsables (cas échéant, joindre les dossiers des responsables) : - bloc opératoire : oui / non, si oui qui est responsable : - stérilisation : oui / non, si oui qui est responsable : - hygiène : oui / non, si oui qui est responsable :	
13	Equipements lourd - régulation	Les équipements lourds sont soumis à autorisations spécifiques, conformément au Décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds du 29 septembre 2015 (DREMTL; RSV 800.032)	
14	Dispensez-vous des soins infirmiers ?	oui / non si oui, joindre la fiche IC*, le dossier complet et toutes les pièces requises.	
15	Médecin responsable (MR)	NOM :	

Forr	nulaire de demande d'autorisati	on d'exploiter et d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)	V7 02.2024			
16	Médecin responsable remplaçant (MRR)	NOM :				
17	Disposez-vous d'une pharmacie d'établissement (stock non nominatif)	oui / non si oui = remplir le formulaire de "Surveillance pharmaceutique" *				
18	Détenez-vous des stupéfiants	oui / non				
19	Disposez-vous d'un laboratoire ?	oui / non si oui, indiquer si c'est un laboratoire interne ou externe, qui est responsable et qui supervise. Cocher : Type 1, 2 ou 3 *				
20	Sang et produits sanguins	oui / non Stockage / Manipulation si oui qui est le responsable :				
21	Toxiques	oui / non				
22	Radiations	oui / non				
23	En cas de nouvelle construction ou de transformation	Joindre une copie du permis d'utiliser délivré par la commune de domicile				
24	Locaux existants Décrire les locaux et joindre les plans	Joindre le document				
25	Protocole des soins d'urgence	Joindre le document				
26	Listes du personnel médical	Joindre la liste dûment complétée				
27	Liste du personnel paramédical	Joindre la liste dûment complétée				
28	Exigences de qualité telles que définies à l'art. 58g OAMal Système de gestion de la qualité Principes d'évaluation et de contrôle des concepts de qualités	Concept écrit présentant tout système de gestion de la qualité : 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. Vous trouverez les fiches explicatives ainsi que les items qui doivent figurer dans votre concept, sur le lien suivant : 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				
29	Responsabilité civile	Copie ou proposition d'assurance responsabilité civile professionnelle				
30	Financement	Joindre un business plan				
31	Copie de l'affiliation à CARA (dossier électronique du patient)	Information sur le lien suivant : https://www.cara.ch				
* en annexe ou en pièce jointe Date et signature du demandeur : À remplir par la Direction générale de la santé – Office du médecin cantonal Visa gestionnaire :						
<i>71</i> 0						