**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION DE FACTURER A CHARGE DE L’ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS (AOS)**

**Fournisseur de prestations** : Choisissez un élément.

Pour les médecins, spécialité pour laquelle l’autorisation de facturer est demandée :



**Données personnelles du fournisseur de prestations**

Nom : 

Nom figurant sur l’autorisation

de pratiquer/d’exploiter : 

Prénom/s : 

**Données professionnelles du fournisseur de prestations**

valables dès le :

Nom établissement : 

Rue, N° : 

NPA/Localité : 

Tél. prof. : 

Mobile : 

E-mail prof. : 

Site internet : 

**Adresse pour correspondance et facturation**

[ ]  Adresse professionnelle [ ]  Autre :

Rue, N° : 

NPA/Localité : 

**Type d’activité professionnelle**

[ ]  Je vais travailler en tant qu’indépendant-e (au sens de l’AVS) à raison de  demi-journées par semaine\*

[ ]  Je vais travailler en tant que salarié-e (au sens de l’AVS) à raison de  demi-journées par semaine\*

[ ]  Organisation / institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins

\*10 demi-journées = 100%

**Éventuelles remarques**



**Informations importantes**

Par sa signature, le-la requérant-e déclare avoir fourni des informations complètes et conformes à la vérité.

Toute demande incomplète (cf. liste des documents requis sur le [site internet du Service de la santé publique](https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/Medecine1erRecours/Pages/Autorisation-de-facturer-%C3%A0-l%27AOS.aspx)) sera renvoyée au requérant / à la requérante.

Le-la requérant-e s’engage à communiquer au SCSP toute modification de sa situation professionnelle ou personnelle par rapport aux informations figurant dans le présent formulaire, en particulier les changements de nom et/ou d’adresse, ainsi que la cessation et la reprise d’activité, le départ du canton ou la modification du taux d’activité.

Lieu, date : 

 Prénom, Nom :

 Signature

 manuscrite :