**DEclaration de pratique pendant 90 jours au plus par annee civile**

**Profession**  Cliquez ici pour taper du texte.

**Données personnelles**

Nom Cliquez ici pour taper du texte. Sexe F M

Prénom/s Cliquez ici pour taper du texte. Date de naissance Cliquez ici pour taper du texte.

Nom de célibataire Cliquez ici pour taper du texte.

Nationalité Cliquez ici pour taper du texte.

*Etrangers :* Permis de séjour B  C  Demande en cours

Autres  Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse privée**

Rue, No Cliquez ici pour taper du texte.

NPA, localité Cliquez ici pour taper du texte. Pays Cliquez ici pour taper du texte.

Tél. privé Cliquez ici pour taper du texte. Mobile Cliquez ici pour taper du texte.

E-mail privé Cliquez ici pour taper du texte. Fax Cliquez ici pour taper du texte.

**Future adresse professionnelle**

Nom de l’établissement Cliquez ici pour taper du texte.

Rue, No Cliquez ici pour taper du texte.

NPA, localité Cliquez ici pour taper du texte.

Tél. prof. Cliquez ici pour taper du texte. Mobile Cliquez ici pour taper du texte.

E-mail prof. Cliquez ici pour taper du texte. Fax Cliquez ici pour taper du texte.

Site internet Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse pour correspondance et facturation**

Adresse privée  Future adresse professionnelle  Si différente de ces adresses :

Rue, No Cliquez ici pour taper du texte.

NPA, localité Cliquez ici pour taper du texte. Pays Cliquez ici pour taper du texte.

**Description de l'activité professionnelle envisagée**

à titre indépendant sous sa propre responsabilité

à titre dépendant (salarié) sous sa propre responsabilité

Lors d'un remplacement? oui non

Nom du professionnel remplacé Cliquez ici pour taper du texte.

Pour les médecins

Avez-vous l'intention de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (l'AOS)?

oui, à titre indépendant au sens de l’AVS (admission personnelle).

oui, à titre dépendant (salarié), professionnellement responsable (admission personnelle).

Veuillez prendre note que l'exercice de la médecine dans le canton de Neuchâtel est soumis à la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS) depuis le 18 décembre 2013 en vertu de l'ordonnance fédérale.

Merci de vous référer à l'Arrêté d'exécution ci-joint (articles 2 et 3) pour savoir si vous êtes:

1. Soumis à la limitation. Dans ce cas, vous adressez une demande d'autorisation à facturer à charge de l'AOS à l'Office des prestataires ambulatoires (OPAM), dans laquelle vous démontrez que vous palliez au besoin de la population (article 4 de l'Arrêté susmentionné).
2. Pas soumis à la limitation. Alors, vous demandez par écrit à l'OPAM une attestation qui confirme que vous n'êtes pas soumis.

non

**Remarques ou informations supplémentaires**

Cliquez ici pour taper du texte.

Le soussigné ou la soussignée déclare avoir fourni des informations complètes et véridiques. En cas de

réponse inexacte ou trompeuse, l'autorité de surveillance sera saisie.

|  |
| --- |
|  |

Lieu, date Signature

Documents à joindre au présent formulaire:

* Un extrait original ou une copie certifiée conforme du casier judiciaire récent (3 mois au plus);
* Un certificat médical récent (3 mois au plus) ou une copie certifiée conforme;
* Un curriculum vitae à jour.

**Veuillez adresser le présent formulaire et les documents requis à l'Office des prestataires ambulatoires du Service de la santé publique, Rue de Tivoli 28, Case postale 1, 2002 Neuchâtel 2.**