

## Formulaire de demande d'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
- Institutions de soins ambulatoires dispensés par moins de 3 EPT de médecins-dentistes salariés
- Organisations de logopédistes-orthophonistes
- Organisations de neuropsychologues
- Organisations de podologues
- Organisations de psychologues-psychothérapeutes
- Organisations de sage-femmes
- Organisations de chiropraticiens

*A noter que nous ne délivrons pas d'admission à pratiquer à charge de l'AOS pour les institutions de soins ambulatoires dispensés par moins de 3 EPT de médecins-dentistes. En effet, celles-ci ne font pas partie de l'OAMal. Seule une attestation confirmant que la société n'est pas soumise à autorisation d'exploiter sera délivrée.*

|   |  | <b>A remplir / fournir par l'institution / organisation<br/>(1 formulaire par type d'organisation)</b>                                     | <b>* Reçu<br/>oui-non</b> |
|---|--|--|---------------------------|
| 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 <a href="http://www.vd.ch/ae">www.vd.ch/ae</a> ) |                           |

|    |  | <b>A remplir / fournir par l'institution / organisation</b><br>(1 formulaire par type d'organisation)  | * Reçu<br>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>Taux d'activité en tant que responsable de l'institution / organisation : .....</p> <p>N°GLN : .....</p> <p><b>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 secteur des autorisations de pratiquer : <a href="http://www.vd.ch/ap">www.vd.ch/ap</a> (autorisation.pratiquer@vd.ch).</b></p>  |                   |
| 11 | <b>Une liste du personnel</b>  | <p>Modèle de liste du personnel disponible sur notre site internet : <a href="http://www.vd.ch/ae">www.vd.ch/ae</a></p> <p>Le 9 juillet 2024, le Département de la santé et de l'action sociale a publié une directive relative aux autorisations de pratiquer les professions prévues par la LPSan. L'article 2 de la directive précise les catégories de professionnel-le-s devant obtenir une autorisation de pratiquer pour exercer dans le canton de Vaud, en application de l'article 11 et suivants de la LPSan. (<a href="http://www.vd.ch/lpsan">www.vd.ch/lpsan</a>).</p> <p>Responsabilité de l'employeur : ce dernier s'assure que les professionnels de la santé qu'il engage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sont titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal pour exercer leur profession.</li> <li>- bénéficient d'un état de santé physique et psychique qui permet l'exercice de leur profession.</li> </ul> <p>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.</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 et pour les médecins-dentistes.</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><br><br><b>Système de gestion de la qualité</b><br><b>Principes d'évaluation et de contrôle des concepts de qualités</b> | <p>Concept écrit présentant tout système de gestion de la qualité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Définir sa raison d'être et ses principales prestations</li> <li>b. Définir un but ou des objectifs à atteindre</li> <li>c. Qualifier ses prestations par le biais d'indicateurs de mesure</li> <li>d. Définir des actions d'améliorations en fonction des résultats obtenus et mesurés.</li> </ol> <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>Assurance responsabilité civile</b>   | <p>Les institutions / organisations de soins doivent être couvertes par une assurance responsabilité civile (assurance RC). Les salarié-e-s sont couvert-e-s par celle de leur employeur.</p> <p><input type="checkbox"/> L'organisation s'engage à souscrire sans délai une assurance RC couvrant son activité.</p>   |                   |

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

\*À remplir par la Direction générale de la santé – Office du médecin cantonal. Visa du gestionnaire : \_\_\_\_\_