



**Demande d'agrément en tant que fournisseur de prestations
à la charge de l'assurance complémentaire selon la LCA**

Demande présentée par:

Monsieur Madame

Nom, prénom Date de naissance

Numéro RCC

Nom du cabinet

Rue, n°

NPA, lieu Canton

N° de tél.

Courriel

Site internet

Position professionnelle actuelle:

Sous contrat de travail Indépendant/e

Pour quelle/s forme/s de thérapie souhaitez-vous être reconnu/e par nous?

Veillez joindre les documents suivants à votre demande de reconnaissance:

Pour les diplômes de fin de formation diplôme fédéral, brevet fédéral, certificat de branche (OrTra TC), certificat (OrTra MA), diplôme CDS en ostéopathie, Master of Science HES-SO en ostéopathie ou affiliation APS-MTC (membre A):

- Diplôme/ brevet fédéral - certificat de la formation suivie - attestation d'affiliation (membre A)
- Extrait de casier judiciaire (ne datant pas de plus de 6 mois)

Pour toutes les autres formations :

- Diplôme de votre profession d'origine (seulement si dans le domaine de la santé)
- Diplôme de la forme thérapeutique faisant l'objet de la demande
- Attestation de la durée de la formation, avec indications détaillées relatives aux heures de formation
- Justificatif de l'affiliation à une association professionnelle pour la forme thérapeutique faisant l'objet de la demande (le cas échéant)
- Extrait de casier judiciaire (ne datant pas de plus de 6 mois)

Attention:

Pour éviter toute charge administrative inutile, veuillez consulter au préalable notre site Internet (www.visana.ch), afin de connaître les critères de reconnaissance à remplir pour la forme de thérapie souhaitée. Vous trouverez ces renseignements et d'autres informations importantes (tels que les principes d'une collaboration partenariale) sous la rubrique «Partenaires / Aperçu Fournisseurs de prestations».

Je confirme que les informations que j'ai fournies sont correctes et que les documents que j'ai présentés sont authentiques. J'accepte qu'un groupe d'experts puisse effectuer des contrôles concernant mes activités thérapeutiques.

Lieu et date: Signature: