



**Demande de
reconnaissance comme fournisseur de prestations pouvant exercer à la charge de
l'assurance complémentaire Médecine complémentaire de Visana Assurances SA**

Health Insurance Solutions AG effectue la reconnaissance des thérapeutes sur mandat de Visana Assurances SA.

Requérant/e:

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom, prénom Date de naissance

Nom du cabinet N° RCC.....

Rue

NPA, lieu

N° de téléphone

Adresse électronique.....

Site internet

Éventuellement deuxième adresse de cabinet.....

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

.....

Veuillez joindre les documents suivants à votre formulaire de demande:

- attestation de formation selon les critères de reconnaissance de Visana
- extrait du casier judiciaire (datant de moins de six mois)
- autorisation de pratiquer la profession (pour plus d'informations, voir la notice informative «Autorisation de pratiquer la profession»)

Envoi par voie postale: Health Insurance Solutions AG, Therapeutenanerkennung, Marienstrasse 8, 3005 Bern

Envoi par courriel: therapeutenanerkennung@healthinsurancesolutions.ch

Attention

Pour éviter toute charge administrative inutile, nous vous prions de consulter au préalable le site internet de Visana (www.visana.ch), où figurent 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 régissant la collaboration) sous «Partenaires» > «Aperçu Fournisseur de prestations».

Par ma signature, je confirme que:

- mes informations sont correctes
- les documents présentés sont authentiques
- j'accepte les principes régissant la collaboration avec Visana
- un groupe d'experts/es peut effectuer des contrôles sur mon activité thérapeutique
- aucune procédure pénale / administrative en lien avec mon activité de thérapeute n'est en cours à mon encounter
- j'enverrai immédiatement à Health Insurance Solutions AG un extrait actuel de mon casier judiciaire en cas de modification
- je signalerai immédiatement à Health Insurance Solutions AG toute procédure pénale à mon encounter
- j'accepte l'échange de données entre Health Insurance Solutions AG et Visana Assurances SA, dans la mesure où il est nécessaire pour le traitement de ma demande ainsi que pour d'éventuels contrôles ultérieurs.

Lieu et date: Signature: