

FORMULAIRE D'ADHÉSION AUX CONVENTIONS TARIFAIRES TARDOC ET FORFAITS AMBULATOIRES selon AOS pour le médecin non-membre de la SMVS

Par ce formulaire, la SMVS régularise le dossier d'un médecin non-membre de sa société et autorisé à facturer à la charge de l'AOS.

Documents à joindre obligatoirement :

- ☐ Copie de l'autorisation de pratique dans le canton du Valais, délivrée par le Service de la santé publique.
- ☐ Copie de l'admission à pratiquer dans le canton du Valais à charge de l'AOS délivrée par le même service.

1. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom / prénom

GLN

N° RCC (si déjà attribué) ou N° C

Adresse professionnelle

E-mail

Téléphone

2. ACTIVITÉ ET FACTURATION

Début / reprise d'activité : _____

☐ Cabinet de groupe ☐ Centre médical / institution ☐ Autre : _____

☐ Activité salariée ☐ Activité mixte

3. DECLARATION D'ADHESION AUX CONVENTIONS CANTONALES CONCLUES AVEC LES COMMUNAUTÉS D'ASSUREURS (LAMAL) CI-DESSOUS / VALEUR DU POINT TARIFAIRE (information applicable à la facturation TARDOC, à confirmer selon les conventions en vigueur)

<u>Groupe d'assureurs / convention</u>	<u>VPT au 01.01.2026</u>	<u>Adhésion</u>
santésuisse / tarifsuisse SA	CHF 0.85	☐
Communauté d'achat HSK (Helsana – Sanitas – KPT)	CHF 0.85	☐
Groupe CSS	CHF 0.84 provisoire	☐

Ces valeurs constituent la référence à la date de signature du présent formulaire. Toute modification de la valeur du point avec l'une des trois communautés d'assureurs précitées fera l'objet d'une information de la SMVS au signataire.

4. DÉCLARATION D'ADHÉSION

Je soussigné(e) déclare adhérer, en qualité de non-membre de la SMVS, aux conventions tarifaires applicables à ma pratique médicale et à la facturation à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (LAMAL), dans leur version en vigueur.

Je reconnais les conventions nationales TARDOC et forfaits ambulatoires ainsi que, le cas échéant, les conventions cantonales applicables aux groupes d'assureurs concernés (santésuisse/tarifsuisse SA, HSK et CSS).

Je reconnais que l'adhésion est soumise au paiement de la taxe d'adhésion et/ou des contributions prévues par les conventions applicables de CHF 1'730.-.

Je m'engage à respecter les conventions et leurs annexes et à annoncer à la SMVS toute modification de mes données figurant dans le présent formulaire, notamment du GLN, du RCC, de l'adresse ou des modalités de facturation.

5. SIGNATURE DU MÉDECIN

Lieu et date

Nom / prénom

Signature et tampon

6. TRAITEMENT RÉSERVÉ AU SECRÉTARIAT DE LA SMVS

- ☐ Dossier complet ☐ Autorisation de pratique contrôlée ☐ Admission AOS contrôlée
- ☐ Adhésion TARDOC / forfaits ambulatoires contrôlée
- ☐ Taxe / contribution communiquée ou encaissée
- ☐ Adhésion enregistrée / confirmation envoyée au médecin

Date de traitement : _____ Collaborateur SMVS : _____

Remarques : _____

Formulaire à envoyer par courriel à contact@smvs.ch

Par poste : **Société Médicale du Valais – Avenue de France 8 – 1950 Sion**