

## DEMANDE D'ADHÉSION

**Conventions administratives pour les soins infirmiers ambulatoires et à domicile selon OPAS 7 :**

**Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) – tarifsuisse ag,**

**ASI – Helsana SA, ASI – Sanitas SA, ASI – CPT, ASI – Assura/Supra.**

**Convention tarifaire de l'ASI avec les assureurs sociaux (AA, AM, AI) représentés au sein de la  
Commission des tarifs médicaux (CTM)**

**J'ai pris connaissance des conventions susmentionnées et je souhaite y adhérer :**

Nom :

Prénom :

Adresse:

NPA :

Lieu :

Téléphone :

E-mail :

Numéro d'AVS :

**Veillez répondre et cocher ce qui convient :**

Je suis membre de l'ASI. Numéro de l'ASI :

Je ne suis pas membre de l'ASI et j'accepte les taxes d'adhésion selon le règlement de l'ASI.

Je propose les prestations suivantes (OPAS 7) :

- soins généraux à domicile / en ambulatoire
- soins pédiatriques
- soins psychiatriques
- soins palliatifs
- soins spécialisés des plaies
- soins post-partum

J'ai joint la copie de mon autorisation cantonale d'exercer (les copies de mes autorisations) ;

j'ai joint une copie de mon diplôme enregistré ;

l'attestation de deux ans de pratique (curriculum et copies des certificats de travail).

**Je reconnais explicitement les conditions des conventions, en particulier les modalités de facturation et le règlement relatif aux taxes, et j'autorise l'ASI de publier mes coordonnées (nom, adresse postale et électronique, téléphone et numéro RCC) dans les listes des infirmières indépendantes et infirmiers indépendants et de les communiquer à des tiers (clientes et clients, service sociaux, partenaire du système de santé).**

Lieu et date :

Signature