



Direction de l'intérieur et de la justice
Office des assurances sociales
Service de la réduction des primes et de l'application du régime obligatoire

Forelstrasse 1
3072 Ostermundigen
+41 31 636 45 00
asv.vp@be.ch
www.be.ch/rpo

Formulaire d'annonce

Patient/e ne disposant pas d'une assurance-maladie suisse

Version de novembre 2021

Aux patients

Pour pouvoir vérifier si vous êtes soumis/e à l'obligation de vous assurer en Suisse et si vous devez vous affilier à une caisse-maladie, l'Office des assurances sociales (OAS) a besoin des indications suivantes.

Période du traitement effectué

Du au

Traitement

ambulatoire en milieu hospitalier

Données personnelles

(à remplir par le patient/la patiente)

L'OAS traite vos données de manière confidentielle!

Titre de civilité

Madame Monsieur Non précisé

Nom

Prénom

Date de naissance

Nationalité

Numéro de téléphone

Courriel

Adresse

NPA

Localité

Depuis quand êtes-vous domicilié/e à cette adresse?

Personne de référence:

Titre de civilité

Madame Monsieur Non précisé

Nom

Prénom

Numéro de téléphone

Courriel

Adresse

NPA

Localité

Avez-vous déjà été assuré/e auprès d'une caisse-maladie suisse?

oui non

Caisse-maladie

N° d'assuré

Période

Motif de la résiliation

Vous avez une autorisation de séjour (veuillez joindre une copie dans la mesure du possible):

B C F L N G

→ poursuivez à la rubrique
«Signature du patient/de la patiente»

Vous ne disposez pas d'une autorisation de séjour
valable et/ou n'êtes pas inscrit/e auprès
d'une commune

→ poursuivez à la rubrique
«Données relatives séjour en Suisse»

Données relatives au séjour en Suisse

(à remplir par le patient/la patiente)

Nous ne transmettons pas vos données à la police des étrangers!

Date d'entrée en Suisse

Avez-vous déjà été annoncé/e en Suisse en tant que requérant/e d'asile?

oui non

Si oui, de quand à quand?

Du au

Depuis quand vivez-vous en Suisse sans autorisation de séjour valable?

Combien de temps prévoyez-vous d'être domicilié/e à votre adresse actuelle?

Jusqu'à nouvel avis

Jusqu'au (date)

Si vous êtes domicilié/e à votre adresse actuelle jusqu'à une date précise, veuillez indiquer votre prochaine destination

Depuis votre entrée en Suisse, avez-vous toujours été domicilié/e dans ce pays?

oui non

Si non, quelle a été la durée de votre domiciliation à l'étranger?

Du au

Avez-vous l'intention de rester dans le canton de Berne ou en Suisse de manière permanente?

oui non

Si oui, dans quel canton

Si non, dans quel pays habitez-vous

Signature du patient/de la patiente

(à remplir par le patient/la patiente)

Commentaires

Par ma signature, je confirme avoir rempli le formulaire de manière conforme à la vérité.

Lieu

Date

Signature du patient/de la patiente

Fournisseur de prestations

Si le présent formulaire concerne un patient/une patiente ayant suivi un traitement en milieu hospitalier, veuillez le renvoyer le plus rapidement possible par courrier électronique à l'adresse: asv.vp@be.ch

Commentaires

[Two empty grey rectangular boxes for comments]

Nom de la personne de référence

Numéro de téléphone en cas de questions

[Two empty grey rectangular boxes for name and phone number]

Lieu

Date

Timbre et signature du
fournisseur de prestations

[Three empty grey rectangular boxes for location, date, and stamp/signature]