



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

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:

Traitement effectué entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

Traitement:  ambulatoire  en milieu hospitalier

<b>A</b>	<b>A l'intention de tous les patients</b> (à remplir par le patient/la patiente) L'OAS traite vos données de manière confidentielle!
----------	---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Personne de référence (nom, adresse et n° de téléphone)

\_\_\_\_\_

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

Caisse-maladie: \_\_\_\_\_ N° d'assuré: \_\_\_\_\_

Période: \_\_\_\_\_ Motif de la démission: \_\_\_\_\_

**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 C**

Vous ne disposez pas d'une autorisation de séjour valable ⇨ **poursuivez à la rubrique B**

<b>B</b>	<b>A l'intention des patients qui ne disposent pas d'une autorisation de séjour valable</b> (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, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Non

**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): \_\_\_\_\_ Départ vers: \_\_\_\_\_

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

Oui

Non, à l'étranger également, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

Oui, dans le canton de BE  Oui, dans le canton de \_\_\_\_\_

Non (nom du pays): \_\_\_\_\_

<b>C</b>	<b>A l'intention de tous les patients</b> (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:** \_\_\_\_\_

<b>D</b>	<b>A l'intention du fournisseur de prestations</b>
----------	--

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.pvo@be.ch](mailto:asv.pvo@be.ch)

Commentaires:

\_\_\_\_\_

**Nom de la personne de référence:** \_\_\_\_\_

**N° de téléphone en cas de questions:** \_\_\_\_\_

**Lieu, date**

**Timbre et signature du fournisseur de prestations**