

DÉCLARATION D'ADHÉSION

au
 contrat* sur les prestations pour les opérations de la cataracte et du glaucome ainsi que les injections
 intravitréennes réalisées en ambulatoire conformément à la LAMal du 01.09.2018,
 conclu entre la
 Société suisse d'Ophthalmologie (SSO) et la **communauté d'achat HSK**

Applicable à compter du 01.09.2018

| | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Facturation via: | <input type="checkbox"/> RCC médecin | ou | <input type="checkbox"/> RCC institution |
| Numéro RCC | | | |
| Nom de l'institution où les opérations ont lieu | | | |
| Adresse de l'institution | | | |
| Médecin: GLN ** | | | |
| Médecin: prénom/nom | | | |
| Médecin: adresse (ne remplir que si la facturation se fait via le numéro RCC médecin) | | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre | |
| E-Mail (titulaire du RCC) | | | |
| Téléphone (titulaire du RCC) | | Facturation: | <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> TP |

* Pour les membres de la SSO: cf. site Internet www.sog.ch. Pour les non-membres: merci de bien vouloir demander le contrat par e-mail: sog@imk.ch

** Pour les institutions avec plusieurs médecins employés ou médecins agréés facturant via le numéro RCC de l'institution: **Merci de tous les mentionner séparément et de toujours retourner les deux pages.**

Le titulaire du RCC signataire accepte explicitement les conditions du contrat susmentionné. Il est déclaré que les indications figurant sur ce formulaire sont correctes. Il déclare qu'il informera immédiatement les parties contractantes de tout changement concernant cette déclaration d'adhésion. Il a pris acte du fait que l'adhésion au contrat est payante pour les non-membres de la SSO. Le montant des cotisations est indiqué par le [barème des cotisations](#) en vigueur.

Les déclarations d'adhésion confirmées par la SSO jusqu'au **31.12.2018** sont applicables rétrospectivement à la date du **01.09.2018**, à condition que des factures TARMED n'aient plus été émises après le **01.09.2018**. Ensuite, les déclarations d'adhésion reçues par la SSO jusqu'au 20 du mois en cours seront applicables à partir du 1^{er} du mois suivant. Les tarifs applicables sont valables pour les traitements à partir du **01.09.2018** ou de la date d'adhésion confirmée par la SSO.

Lieu, date

Signature du titulaire du RCC

.....
La déclaration d'adhésion doit être envoyée par e-mail à l'adresse sog@imk.ch ou par voie postale à l'adresse suivante: Secrétariat administratif SSO-SGO c/o **IMK** Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, CH-4001 Bâle

Pour les institutions avec plusieurs médecins employés ou accrédités qui facturent via le numéro RCC de l'institution: **merci de renseigner les informations pour chacun d'entre eux et de toujours renvoyer les deux pages**

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Médecin: GLN ** | | |
| Médecin: prénom/nom | | |
| Médecin: Adhésion SSO | <input type="checkbox"/> Membre | <input type="checkbox"/> Non-membre |