



Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Office du médecin cantonal
Division Autorisations

Rathausgasse 1
Case postale
3000 Berne 8
+41 31 636 43 86 (Tél.)
+41 31 633 78 29 (Fax)
info.bewi.kaza@be.ch
www.be.ch/gsi

👉 Précisions concernant la demande d'autorisation d'un remplacement 👉

Vous devez adresser une demande écrite à l'Office du médecin cantonal (OMC) si vous souhaitez vous faire remplacer pour cause de vacances, de maladie, de service militaire, de formation continue ou en raison d'autres empêchements par une professionnelle ou un professionnel de la santé ne possédant pas d'autorisation d'exercer dans le canton de Berne. La durée maximale d'une telle autorisation est en règle générale de 2 à 3 mois par année

La demande doit parvenir à l'OMC 6 jours ouvrables au plus tard avant le début du remplacement.

Cette formalité n'est pas nécessaire si votre remplaçante ou votre remplaçant possède une autorisation d'exercer dans le canton de Berne et ce, quelle que soit la durée de votre absence.

Remarque à l'intention des médecins: en cas d'absence pendant plus de 14 jours par an (consécutifs ou non), il convient d'annoncer à santésuisse le nom et la valeur intrinsèque de la remplaçante ou du remplaçant. Si le remplacement dure plus de 6 mois, la remplaçante ou le remplaçant doit demander à santésuisse un numéro de code créancier (N° RCC).

Pour plus d'informations à ce sujet :

[Article 8 de la convention-cadre TARMED passée entre santésuisse et la FMH \(Link\)](#)

[Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique \(LSP ; RSB 811.01\)](#)

Direction de la santé publique, des
affaires sociales et de l'intégration
Division Autorisations
Rathausgasse 1
Case postale
3000 Bern 8

Demande d'autorisation d'un remplacement

1. Auteur de la demande (titulaire de l'autorisation d'exercer)

Nom : Prénom :

N° GLN

Adresse de l'activité :

.....
.....
.....

Dates du remplacement :

du : au :

du : au :

du : au :

du : au :

2. Remplaçante ou remplaçant

Nom : Prénom :

N° GLN

Date de naissance : Nationalité :

Diplôme obtenu le : établi par :

Adresse : NPA/localité :

Téléphone : Courriel:

3. Documents concernant la remplaçante ou le remplaçant (à annexer)

- Copie des diplômes
- Pour les médecins spécialistes : copie du titre de formation postgrade
- Copie du passeport ou de la carte d'identité

Date et signature de l'auteur de la demande :
