**Convention de cession**

Conclue entre:

Psychothérapeute

Adresse

Numéro RCC

GLN

Patient / patiente, né·e le (date)

Numéro AVS

**Cession de créances**

Par la présente, je cède à Madame / Monsieur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tous mes droits au remboursement qu'elle / qu'il m'a facturé ou me facturera dans le cadre de mon traitement ambulatoire.

Madame / Monsieur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ est autorisé·e à faire valoir sa créance pour le traitement psychothérapeutique ambulatoire directement auprès de ma caisse-maladie.

La caisse-maladie reçoit en pièces jointes à la facture d'honoraires, une copie de cette convention de cession (conformément à l'art. 42, al. 1 LAMal) avec la demande d'approbation. En cas de refus, il est fait référence au risque de double paiement si la caisse-maladie verse des montants au patient malgré cet avis (conformément à l'art. 167 CO).

Lieu, date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la patiente / du patient

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------