

**CESSION DE CREANCES
OU
DOMICILIATION DE PAIEMENT**

(à joindre à chaque facture)

Par la présente, je soussigné(e).....

n° assuré (à préciser).....

cède au Dr

toutes mes prétentions au remboursement,

par ma caisse maladie (à préciser impérativement).....

de sommes qu'il (elle) m'a facturées pour le traitement

du au.....

J'autorise ainsi ma caisse maladie à verser directement à mon médecin
le montant de la note d'honoraires concernée.

Lieu et date :

Signature du patient :