# Cession de créance

Par la présente, je, soussigné-e, ……………………………………..……………………….

cède au Dr. ……………………………. toutes mes prétentions de remboursement

par ma caisse maladie …………………………………………………………………...…..

de sommes qu'il/elle m'a facturées pour le traitement du …………….. au …………….

J'autorise ainsi ma caisse maladie à verser directement au Dr. ………………………..

le montant de la note d'honoraires concernée.

………………………………… ………………………………………

 lieu et date signature