**Accordo di cessione**

Concluso tra:

Psicoterapeuta

Indirizzo

Numero RCC

GLN

Paziente, data di nascita

Numero AVS

**Cessione delle richieste**

Con la presente la/il sottoscritto, sig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cedo tutte le mie

richieste di rimborso da lei/lui fatturatemi o che mi fatturerà nel quadro del mio trattamento ambulatoriale.

La/il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è autorizzato a far valere le sue richieste per il trattamento psicoterapeutico ambulatoriale direttamente di fronte alla mia cassa malati.

La cassa malati, insieme alla fattura dell'onorario, riceve copia del presente accordo di cessione (secondo art. 42 cpv. 1 LAMal) con la richiesta di approvazione. In caso di mancata approvazione, si rimanda al rischio del doppio pagamento, nel caso in cui la cassa malati nonostante questa indicazione versasse importi alla/al paziente

(secondo art. 167 CO).

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della/del paziente

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