ofac

Cession de créances

Je soussigné(e)

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du représentant légal : _____

Adresse : _____

N° postal / Ville : _____

Ev. pièce d'identité présentée et N° : _____

déclare céder les créances qui me sont dues par

Assurance maladie obligatoire auprès de : _____

Numéro d'assuré : _____

pour la période de validité :

Début de validité : ⌊_⌊_⌋ . ⌊_⌊_⌋ . ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Fin de validité : jusqu'à revocation par l'une ou l'autre des parties ou rupture du contrat d'assurance

à la pharmacie ayant émis la (les) facture(s) :

⌜ Timbre et signature de la pharmacie : ⌝

⌞ ⌟

En signant cette cession de créance, je déclare :

- rester **débiteur de la différence** entre le montant de la facture et le montant effectivement versé par l'assurance-maladie, les intérêts et frais étant réservés
- d'entente avec la pharmacie ci-dessus, autoriser mon assureur-maladie à verser le montant me revenant directement à Ofac société coopérative, la coopérative professionnelle des pharmaciens suisses, à Genève, conformément à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), sous déduction de la participation légale aux frais.

La présente vaut cession de créance au sens des articles 164 et suivants du Code des obligations (CO).

Fait en deux exemplaires,

Lieu et date : _____

Signature légale : _____

© Ofac – Formulaire cession de créance FR