

ANNEXE 4

Formulaire d'adhésion pour les médecins à la convention sur la facturation des prestations du médecin à la charge de l'assurance LCA en cas d'hospitalisation en division demi-privée ou privée entre ASSURA et SVM (ci-après la convention)

Données du médecin adhérent :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro RCC :

Numéro GLN (ancien code EAN) :

Membre SVM : **oui** **non****Le médecin soussigné atteste par la présente :**

- vouloir adhérer à la convention LCA réglant les prestations supplémentaires du médecin en cas d'hospitalisation en division demi-privée ou privée entre ASSURA et SVM
- avoir pris connaissance de la convention et ses annexes et s'engager à les respecter, notamment les droits et obligations du Médecin qui lui sont conférés à la signature de cette adhésion, les accepter et les reprendre comme les siens propres
- reconnaître que son adhésion, pour être effective, ne doit pas avoir été refusée par la SVM et par ASSURA lors de la réception de sa demande d'adhésion
- s'engager à facturer ses prestations médicales supplémentaires à charge de la LCA uniquement au moyen de la structure élaborée conjointement par l'Assureur et la SVM mise à sa disposition (interdiction de double facturation) et à fournir la documentation requise
- s'engager à régler tout litige concernant la facturation des prestations médicales supplémentaires directement avec ASSURA et SVM, et de ne pas introduire de poursuite ou d'action judiciaire contre le patient/assuré

Le médecin soussigné déclare que les informations figurant dans ce formulaire sont correctes.

L'adhésion du médecin à la convention et ses annexes peut être résiliée par écrit dans un délai de 3 mois pour la fin d'un mois.

[lieu, date]

Signature : _____

Le formulaire est à remettre à SVM et copie à ASSURA.

L'adhésion prend effet dès la signature du présent formulaire par le médecin adhérent.

Veuillez retourner ce formulaire complété et signé par e-mail à sg@svmed.ch.