

Confirmation de délégation

Par la présente je délègue mon(ma) patient(e)

Prénom

Nom

Date de naissance

Domicilié(e) à

pour la durée de 12 mois au maximum au spécialiste suivant

Prénom

Nom

Rue/Numéro

NPA/Localité

Date du délégation

Timbre et signature du médecin de famille

Numéro de client

Signature du(de la) patient(e) ou de la personne assurée ou de son représentant légal

Cette confirmation de délégation doit être **signée** par le **médecin de famille avant le début du traitement** auprès du spécialiste ou de l'hôpital et envoyée ensuite **par e-Mail, myCSS App ou par courrier immédiatement** à la CSS Assurance par la personne assurée.

CSS Assurance
Contact Center
Case postale
6002 Lucerne
info@css.ch

Sans confirmation de la délégation, l'assureur maladie ne prend en charge, conformément au règlement de l'assurance du médecin de famille, aucun frais de traitement lié à la consultation d'un spécialiste, à une hospitalisation ou à un séjour de cure. Vous pouvez télécharger ce document sous www.css.ch/downloads ou le commander auprès du Contact Center 0844 277 277.