

Informations en matière de facturation destinées aux patients

Chère patiente, cher patient,

Afin de pouvoir consacrer plus de temps à votre traitement et prise en charge, nous vous informons que nous avons transféré la procédure de facturation à notre partenaire :



FACTORING

Coordonnées

mediserv SA		
FMH Services (Factoring)	Téléphone	032 560 39 30
Rue Neuve 5	Téléfax	032 560 39 31
2502 Biel / Bienne	E-mail	service@mediserv.ch

mediserv SA est une entreprise indépendante sur le plan juridique et économique recommandée par la société coopérative FMH Services.

Mention relative à la protection des données et au système de décompte

En tant que société de décompte, mediserv SA est soumise aux dispositions pertinentes de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et traite les données des patients avec le plus grand soin et dans la confidentialité absolue. Les collaborateurs de mediserv SA sont soumis au secret professionnel conformément aux § 162 et 321 CP.

mediserv SA traite les factures aussi bien selon le système du tiers garant* que du tiers payant*. Nous avons besoin de votre accord écrit pour les deux modes de décompte. Nous vous prions donc de donner votre approbation en signant la déclaration au verso.

Pour toutes les questions par rapport à votre décompte, les interlocuteurs/trices de mediserv SA sont à votre entière disposition.

Nous vous remercions de votre confiance.

Votre cabinet

* Tiers garant: facture du médecin transmise au patient par mediserv SA. Le patient règle la facture à mediserv SA et demande à son assurance de lui reverser la part de frais qui lui revient (remboursement).

Tiers payant: facture du médecin transmise directement à l'assurance par mediserv SA. L'assurance règle la facture de mediserv SA et facture au patient sa propre part (franchise, quote-part).

VEUILLEZ REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES, SVP.

Nom	Prénom		
	<input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN		
Date de naissance	Etat civil	Nationalité	
Nom et prénom du représentant légal (si mineur)			
Rue	CP	Localité	
Tél. privé	Tél. portable	E-mail	
Profession	Employeur	Tél.	
Médecin traitant	Médecin de famille		
TRAITEMENT AMBULATOIRE	<input type="checkbox"/> CAISSE MALADIE <input type="checkbox"/> ASSURANCE ACCIDENTS	<input type="checkbox"/> COMPTE PRIVÉ	
Garant			
Caisse maladie / assurance	Numéro d'assuré(e)		
TRAITEMENT HOSPITALIER	<input type="checkbox"/> EN CHAMBRE COMMUNE <input type="checkbox"/> EN CHAMBRE SEMI-PRIVÉE	<input type="checkbox"/> EN CHAMBRE PRIVÉE <input type="checkbox"/> COMPTE PRIVÉ	
Garant			

Déclaration de consentement

Par la présente, j'accepte

- que les créances financières du médecin résultant du traitement soit cédées à mediserv SA, Rue Neuve 5, 2502 Biel/Bienne;
- la transmission de mes données personnelles traitées dans le cadre de la relation contractuelle avec le médecin (nom, date de naissance, adresse, numéro AVS, numéro d'assuré, données de traitement, factures, objet du traitement, compagnie d'assurance, adresse e-mail) à mediserv SA et, en cas d'utilisation du *modèle de tiers payant*, également à ma société d'assurance (caisse-maladie). Cette transmission a pour but principal de permettre à mediserv SA de faire valoir les créances cédées. À cette fin, mediserv SA peut transmettre mes données - si et dans la mesure où cela est nécessaire (par ex. pour des contrôles de solvabilité ou des vérifications d'adresses) - à d'autres tiers tels que des agences d'évaluation du crédit comme CRIF SA ainsi qu'à des instituts de refinancement, au contrôle des habitants et à d'autres services officiels ainsi qu'à des autorités ou des tribunaux et les utiliser pour l'envoi des copies de factures dans le *modèle du Tiers payant* (par ex. au moyen d'un e-mail crypté TLS/SSL);
- des frais de traitement supplémentaires ou des frais de retard si je ne remplis pas mes obligations de paiement dans le délai et que mediserv SA me met en demeure pour cette raison (les frais dépendent du montant de la créance) : pour une créance jusqu'à CHF 500 (max. CHF 165), pour une créance jusqu'à CHF 1'000 (max. CHF 295), pour une créance jusqu'à CHF 1'500 (max. CHF 355) et pour toute créance à partir de CHF 1'500 CHF (max. CHF 435).

Je délègue mon médecin/ma médecin dans la mesure indiquée ci-dessus de son obligation de respecter le secret professionnel.

Mon consentement s'étend également aux demandes découlant de tout traitement futur éventuel; je peux révoquer mon consentement à tout moment avec effet immédiat pour l'avenir, en envoyant une notification écrite à l'adresse du médecin traitant.

Lieu, date

Signature du patient ou du représentant légal