

**Demande pour une « tentative de conciliation »  
selon l'article 17 alinéa 2  
des conventions administratives  
entre l'ASI et les assureurs maladie**

Indications relatives au cas

**Demandeur:**

**Infirmière/infirmier**

**Assureur**

**Infirmière/infirmier**

no. RCC :

no. ASI :

Nom / Prénom :

Adresse :

Lieu :

Téléphone / fax / mail :

**Assureur**

Nom :

Adresse :

Lieu :

Téléphone / fax / mail :

Personne de contact :

**Patient**

Initiales :

Date de naissance :

Sexe :

féminin

masculin

Numéro d'assuré/e

## **Prescription médicale par**

## **Objet du litige**

## **Demande à la partie adverse**

## **Justification**

## **Déroulement chronologique**

(Ordonnance(s) médicale (s), facture(s), autre correspondance

## **Annexe no**

Lieu / Date

Signature .....

Adresse / Timbre

La partie demandant est priée d'envoyer la demande à la partie adverse pour prise de position.

Prise de position de la partie adverse

Je souhaite, nous souhaitons l'organisation d'une « tentative de conciliation » selon l'article 17 alinéa 2 des conventions administratives entre l'ASI et les assureurs maladie.

oui

non

Lieu / Date

Signature

.....

Adresse / Timbre

Prière d'envoyer la demande à l'adresse suivante :

Secrétariat Central de l'ASI  
Madame Susann Weishaupt  
Case postale 8124  
3001 Berne