



**Richiesta di trattamento del Dottor**

**Oggetto della lite**

**Richiesta alla controparte**

**Motivazione**

**Decorso cronologico del caso**

(Prescrizioni mediche, onorari, altra corrispondenza)

**Allegato no.**

Luogo / Data:

Firma

Indirizzo / timbro

Si prega di inviare la domanda alla controparte per presa di posizione.

Presa di posizione della controparte

Desidero, desideriamo un “tentativo di conciliazione” secondo l’articolo 17 alinea2 delle convenzioni amministrative tra l’ASI e gli assicuratori malattia

sì

no

Luogo / Data:

Firma

Indirizzo / timbro

Si prega di inviare la domanda all’indirizzo seguente

Segretariato centrale dell’ASI  
Signora Susann Weishaupt  
Casella postale 8124  
3001 Berna