



Date : Le / / Heure :

Partie à remplir par le patient

IDENTIFICATION DU PATIENT

Je soussigné, né(e) le atteste avoir été informé(e) par le laboratoire que l'Assurance Maladie ne prend pas en charge le remboursement des analyses suivantes :

Partie à remplir par le laboratoire

COÛT DES ANALYSES NON REMBOURSEES

Analyse : Coût :
Analyse : Coût :
Analyse : Coût :
Analyse : Coût :

Soit un coût total de :

Partie à remplir par le patient

CHOIX DU PATIENT

- Néanmoins, je souhaite faire réaliser ces analyses.
- Je ne souhaite pas pour le moment faire réaliser ces analyses.

Visa du patient

Si votre assurance complémentaire prend en charge tout ou partie des analyses « Hors Nomenclature », utilisez ce document avec une copie de l'ordonnance pour vous faire rembourser.

Visa du laboratoire

Montant réglé :
Le :/...../.....

Donner une copie du document au patient. Le numériser dans le SIL dans le dossier patient (coller l'étiquette patient au dos). A classer avec l'ordonnance.