

CONTRAT PATIENT

- 1. Analyse **Hors Nomenclature**
- 2. Demande **d'analyses Sans Ordonnance**
- 3. Demande **d'analyses supplémentaires** par rapport à une ordonnance existante
- 4. Recherche de **Toxiques urinaires**

→ **Cas 2, 3 : Initiales du Biologiste acceptant la demande** : _____

→ **Cas 4 : Initiales du Biologiste / RNB / Préleveur acceptant le prélèvement** : _____

Identité Patient : Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

Coller ici une étiquette du dossier

Analyses demandées :



Analyse(s) HN : **Oui** **Non**

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Qu'en cas de recherche de toxique urinaire : si le test d'adultération est positif, la facturation sera effectuée bien qu'il n'y ait pas d'analyses réalisées et de résultats sortis
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à payer avant réalisation : _____, _____ € (**non remboursable**)

Pour les analyses HN, tarif donné à titre indicatif, susceptible d'être modifié par le laboratoire sous-traitant.

J'accepte et je règle le montant dû au laboratoire BIOXA

Je refuse la réalisation d'analyse(s) non remboursée(s)

Fait à :

le :

Signature :

----- **A DECOUPER ET A REMETTRE AU PATIENT EN CAS DE REGLEMENT** -----

Le laboratoire BIOXA atteste avoir reçu la somme de _____, ___ € le _____

En espèce

En Chèque

En Carte Bleue

en règlement d'acte(s) hors nomenclature ou non prescrit(s) du dossier _____