



- Demande d'analyses supplémentaires par rapport à une ordonnance existante
- Demande d'analyses sans ordonnance
- Accord pour la réalisation d'analyse hors nomenclature
- Refus d'analyses prescrites

**Analyses concernées :**



Médecin traitant à contacter en cas de résultats perturbés : .....

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Du fait qu'aucun résultat ne sera rendu sans ordonnance ou régularisation du paiement
- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à payer
- Du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale. Conformément à l'Article L162-13-2 du code de la sécurité sociale, modifié par l'ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010, article 4, « Un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement ».

Je m'engage à régler le montant au laboratoire de.....

Fait à.....

Le.....

Signature