



# Laboratoire de Biologie Médicale

## CONTRAT PATIENT

www.bioxa.fr

1. Analyse **Hors Nomenclature**                       2. Demande d'**analyses Sans Ordonnance**  
 3. Demande d'**analyses supplémentaires** par rapport à une ordonnance existante

→ **Cas 2 et 3 : Nom du biologiste acceptant la demande :**

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
- 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.

OU :  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 \_\_\_\_\_