

**SITE :**

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

**Civilite :**

**Nom :**

**Prénom :**

Nom de naissance :

Né(e) le

**Tuteur Nom :**

**Prénom :**

N° Dossier :

Enregistré par :

A :

Le :

J'ai bien pris note que le(s) examen(s) : \_\_\_\_\_ demandé(s) par le  
prescripteur : \_\_\_\_\_ ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale ou ne  
rentrent pas dans le cadre d'une prise en charge par la sécurité sociale.

**Je reconnais** avoir reçu toutes les informations relatives à ces examens, en particulier les conditions de  
prélèvement, le lieu et le délai de réalisation des analyses, les modalités de rendu des résultats et leur coût.

**J'ai été informé** que conformément à l'article L162-13-2 du code de la sécurité sociale, la réalisation sans  
prescription d'un examen de biologie médicale ne fait pas l'objet d'un remboursement par l'assurance  
maladie ou par les assurances complémentaires.

**J'accepte** de régler le montant des honoraires : \_\_\_\_\_ **Euros**, non pris en charge par la sécurité sociale.

*Je suis informé(e) que dans le cas d'examens à facturation variable, ce montant peut varier en fonction des résultats  
et n'est communiqué au moment du prélèvement qu'à titre indicatif.*

**Signature du patient / tuteur :**

*Document à scanner après signature du patient*