

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation					CODE ORGANISME AFFILIATION				
Nom – Prénom <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)</small>					Nom et Adresse de l'organisme de paiement				
ADRESSE					Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires				
S'agit-il d'un accident causé par un tiers ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
Date <input type="text"/>					Nom et Adresse de l'organisme complémentaire				
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case									
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)									
NOM									
Prénom					Date de naissance				

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE					ACTES RESERVES <small>(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)</small>				
[Blank space for laboratory identification]					NOM – Prénom – Qualité				
					PRESCRIPTEUR : NOM et N°				
					Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement				
					MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE				
Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident									

ACTES DE PRELEVEMENT**FRAIS ACCESSOIRES**

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche jour férié)	Montant du dépassem. (DE)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.		Dépassement D.D.	Total des frais de déplacement
								Nombre	Montant		
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES				Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
				12	12	12	12	13
Suppléments nuit, dimanche et jour férié								
TOTAL DES COEFFICIENTS								
NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)								

REMBOURSEMENT

<input type="checkbox"/> AU LABORATOIRE	<input type="checkbox"/> A L'ASSURE (E)	
<input type="checkbox"/> VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant. <input type="checkbox"/> AUTRE MODE DE PAIEMENT		

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'enregistrement des données relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie

Signature de l'assuré(e)

Signature du Directeur du laboratoire attestant l'exécution des actes et le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02**S 3131e**