

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE DEMANDE D'ANALYSES

LABORATOIRE - _____
ETABLISSEMENT _____
DE SANTE _____
CODE DEBITEUR * _____ UAM EXTERNE CHU : 3814

NOM DU SERVICE DE FACTURATION* _____
** destinataire de la facture*

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TELEPHONE _____

TELECOPIE _____

EMAIL _____@_____

1. IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

REFERENCE* A TRANSMETTRE POUR L'IDENTIFICATION _____

** cette référence, de 10 caractères maximum, sera transmise sur la facture établie par le chu de bordeaux et permettra au demandeur d'identifier la prestation réalisée*

DATE DE LA DEMANDE _____

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM D'USAGE _____ SEXE M F

NOM DE FAMILLE* _____

** nom de naissance ou patronymique*

PRENOM DE L'ETAT CIVIL _____

NE(E) LE _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

ZONE RESERVEE
ETIQUETTE CHU

4. RAPPEL

La présente fiche doit être adressée correctement remplie et avec les justificatifs attendus pour la prescription (ordonnance).

Si le système informatique du demandeur permet l'édition d'un document retraçant l'intégralité des éléments attendus, elle pourra se substituer à cette fiche.

Il est rappelé que le CHU de Bordeaux facturera au demandeur l'ensemble des examens réalisés, en se fondant sur les indications fournies par ce dernier, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Le demandeur est donc responsable de la qualité et de l'exhaustivité des informations saisies et transmises, seules à même de garantir la facturation des analyses réalisées.

Le demandeur est réputé respecter les exigences de l'article R162-17 du code de la sécurité sociale, en termes de consentement du patient et d'information sur les tarifs (examens non remboursés).

CONTACT CHU DE BORDEAUX : cellule de facturation des laboratoires 05 57 82 11 26