

**1**

**ASSURE(E) ET LE MALADE (1)**

Numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE ORGANISME AFFILIATION \_\_\_\_\_

Nom et Adresse de l'organisme de paiement \_\_\_\_\_

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE \_\_\_\_\_

Nom et Adresse de l'organisme complémentaire \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident causé par un tiers ?  OUI  NON

Date \_\_\_\_\_

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

**PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE**

**IDENTIFICATION DU LABORATOIRE**

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.

Pour votre démarche, l'original du formulaire vous sera remis par le professionnel de santé

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	Colation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit/dimanche/jour férié)	Montant du décaissement	Montant total des actes de prélèvement	I.F. ou I.F.D.	I.D.	Nombre	Montant	Décaissement	Total des frais de déplacement
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

**2**

**ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE**

Remboursement assureur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du décaissement D.E.
1	2	3	4	5
TOTAL * (5+11+12+13)				
Part organisme obligatoire				
Part organisme complémentaire				
Part assuré				
Date de la prescription				
Ligne d'exécution des actes				

Suppléments nuit, dimanche et jour férié \_\_\_\_\_

TOTAL DES COEFFICIENTS \_\_\_\_\_

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant) \_\_\_\_\_

**REMBOURSEMENT**

AU LABORATOIRE

A L'ASSURE (E)

A L'ITRF MODIF DE PAIEMENT

Signature de l'assuré(e) \_\_\_\_\_

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

**4**

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie est régi par les dispositions des articles relatifs aux informations de l'assuré(e) du 17/05/1975 et des articles relatifs aux cotisations des assurés du 17/05/1975 et des articles relatifs à la prescription des prestations de l'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale).

(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

- 1- NIR Assuré (Nom/prénom)
- 2- Codes actes sur la partie basse de la FSP
- 3- Date de la prescription médicale jointe (la prescription médicale doit être à la même date que la date mentionnée) joindre la prescription médicale sur feuille blanche à part format A4
- 4- Signature du professionnel de santé et assuré