



cerfa

n° 10128*02

demande d'entente préalable

VOLET 1
à adresser
au contrôle médical

Nomenclature des actes de biologie médicale

date de réception:

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet 2)

nom – prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) :

adresse de l'assuré(e):

code postal commune :

nom – prénom du bénéficiaire des soins

date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))

à compléter par le prescripteur

nature de(s) acte(s) prescrit(s) :

urgence oui non

motif de(s) l'acte(s) et indications cliniques :

identification du prescripteur

date :

signature :

à compléter par le directeur de laboratoire qui dispense l'(es) acte(s)

code(s) de(s) l'acte(s) et cotation(s) :

autorisation de pratiquer l'(les) acte(s) – n° et/ou date
(à compléter si nécessaire)

identification du directeur de laboratoire

date :

signature :

Nomenclature des actes de biologie médicale

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet 2)

nom – prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) :

adresse de l'assuré(e):

code postal commune :

nom – prénom du bénéficiaire des soins

date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))

à compléter par le prescripteur

nature de(s) acte(s) prescrit(s) :

urgence oui non

identification du prescripteur

date :

signature :

à compléter par le directeur de laboratoire qui dispense l'(es) acte(s)

code(s) de(s) l'acte(s) et cotation(s) :

autorisation de pratiquer l'(les) acte(s) – n° et/ou date
(à compléter si nécessaire)

identification du directeur de laboratoire

date :

signature :

Nomenclature des actes de biologie médicale

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet 2)

nom – prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) :

adresse de l'assuré(e):

code postal commune :

nom – prénom du bénéficiaire des soins

date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))

avis médical

décision administrative

favorable

défavorable : _____

accord

droits ouverts

sous réserve de l'ouverture des droits

refus – notification le _____

date : _____

signature :

date : _____

signature :

cachet

cachet

à compléter par le directeur de laboratoire qui dispense l'(es) acte(s)

code(s) de(s) l'(es)acte(s) et cotation(s) :

autorisation de pratiquer l'(les) acte(s) – n° et/ou date
(à compléter si nécessaire)

identification du directeur de laboratoire

date : _____

signature :

demande d'entente préalable

Nomenclature des actes de biologie médicale

notice

La présente demande doit être établie pour tous les actes de la nomenclature des actes de biologie médicale soumis à l'obligation de l'entente préalable.

Les volets 1 et 3 doivent être adressés préalablement à l'exécution des actes au service médical de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'assuré(e), à l'aide de l'enveloppe prévue à cet effet et remise par le directeur de laboratoire.

Le volet 2 est conservé par l'assuré(e).

LA NON RÉPONSE DE L'ORGANISME SOUS 15 JOURS , À COMPTER DE LA DATE DE RÉCEPTION DE L'ENTENTE PRÉALABLE, ÉQUIVAUT À UN ACCORD.

Dans tous les cas, le remboursement du traitement ou des actes accordés est subordonné aux conditions administratives d'ouverture de droit et à leur inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale.