



**Demande d'accord du patient
pour la réalisation d'examens hors nomenclature**

Je soussigné(e)

Accepte que le laboratoire réalise le ou les examen(s) suivant(s) hors nomenclature (non remboursés par la caisse et la mutuelle) dont le paiement sera à ma charge.

- prix en euros =

Refuse de faire réaliser le ou (les) examen(s).....prescrit(s)

Dans ce cas là ces examens ne seront pas réalisés et le prescripteur en sera informé sur le compte rendu.

Fait le :/...../.....

Signature du patient :