

Regrettably, the item was damaged and has therefore been provided with a plastic cover by the Deutsche Post.

Die Sendung wurde leider beschädigt und deshalb von der Deutschen Post mit Kunststoffhülle versehen.

912.902.000



L'envoi a malheureusement été endommagé et a donc été doté d'un emballage en matière plastique par la Deutsche Post.

~~NOUVELLE ADRESSE~~

5330008

Regrettably, the item was damaged and has therefore been provided with a plastic cover by the Deutsche Post.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MOTIF DE NON-DISTRIBUTION

- Parti sans laisser d'adresse
- Décédé
- N'habite pas à l'adresse indiquée
- Voir nouvelle adresse au verso

En cas de changement définitif de domicile,
prière de renvoyer à l'expéditeur en indiquant
la nouvelle adresse dans le cadre barré au verso.

MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

BAS-RHIN
06-07-09
807 00 492377
96C9 674820
LA POSTE
000,73
HD 108528

EXP. ▶

DEST. ▶

EXPIRÉ	BP 41019 67070 STRASBOURG CEDEX
	RUSTEN ISMAIL WICHMANNST 9 6 06 MITT
DESTINATAIRE	D -10787 BERLIN ALLEMAGNE
	6000176209415626809076>1214022000076+

Postfach 41019
 67070 Straßburg
 C. D. I.
 Rusten Ismail
 Wichmannst.
 9 6 06 Mitt
 D -10787 Berlin
 Deutschland

AVIS DES SOMMES A PAYER

TITRE EXECUTOIRE en application de l'article L.252A du Livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales.

HOP.UNIVERSIT.STRASBOURG Centre hospitalier		STRASBOURG Ville	670780055 Matricule	N° de Titre 1214022
N° ENTRÉE: 094156268 ÉTABL: HOPITAL CIVIL		670000025		Émis et rendu exécutoire le 26/06/2009
Nom: RUSTEN		Né(e) le: 07/11/1970		N° Bordereau 1000692
Nom J.F.: ISMAIL		A		N° Feuillet 1
Prénom: ISMAIL		ENT. 12/05/2009		Exercice 2009
ADRESSE WICHMANNST 9 6 06 MITT 99109 10787 BERLIN		ASSURÉ Nom: Prénom: ORG.:		RDT BEN: NN:

OBSERV. 99 99 799994 3431 FACTURE EN TOTALITE
SOINS FACT DU 12/05/2009 AU 12/05/2009 N° Mutualiste :

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	UF SPE
120509	BIOLOGIE 9105 B	5,00	135		100	135	3431 39
120509	BIOLOGIE 9106 B	5,00	135		100	135	3431 39
120509	BIOLOGIE 5219 B	85,00	2295		100	2295	3431 39

1
Partie à conserver

RENSEIGNEMENTS HÔPITAL: 03.88.11.53.95 Quittance:
 SERVICE CONSULTATIONS EXTERNES
 BP 426 - 67091 STRASBOURG CEDEX
 RENSEIG. TRESORERIE: 03.88.15.01.90
 JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

*****25,65 **A PAYER**

✂
Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

PAIEMENT

STRASBOURG
 RIP/RIB: 30001 00806 C6730000 000 22
 Heures d'ouverture: DE 8H00 A 12H00 ET DE 13H30 A 16H00
 Téléphone: 0388150190

*****25,65 **A PAYER**

COMPTE TIERS 4111

IDENTIFICATION
 PC. 067060
 CH 001
 EXC. 2009
 DOS.094156268
 TIT. 1214022
 Montant:
 *****25,65

EXP. TRESORERIE DES HOPITAUX UNIVERS.
 10 COUR SAINT NICOLAS
 BP 41019
 67070 STRASBOURG CEDEX

DESTINATAIRE RUSTEN ISMAIL
 WICHMANNST
 9 6 06 MITT
 D -10787 BERLIN
 ALLEMAGNE

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

+0000000025655406706000176209415626809076>1214022000076+

1 - Partie à conserver

RENSEIGNEMENTS, RÉCLAMATIONS, DIFFICULTÉS DE PAIEMENT

Renseignements

Si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimez qu'une erreur a été commise, adressez-vous à l'Établissement qui a établi le présent avis. Vous pouvez interroger l'établissement par téléphone (voir indications au recto, sous la rubrique RENSEIGNEMENTS HÔPITAL).

Réclamations

Si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous à l'Établissement qui a établi le présent avis. Veuillez avoir l'obligeance d'informer également de votre démarche le comptable chargé du recouvrement, en précisant les références du titre figurant au recto du présent acte (voir au recto, rubrique IDENTIFICATION).

* Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du juge judiciaire.

Difficultés de paiement

Si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement (voir au recto, rubrique EXP et PAIEMENT).

VOIES DE RECOURS

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal compétent selon la nature de la créance.

* Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE RECEVEUR OU L'HÔPITAL

2 - Talon de paiement

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Tout paiement est à effectuer au Receveur de l'établissement émetteur du présent Avis (voir adresse au recto, rubrique EXP).

En espèces :

- Présentez-vous aux guichets munis du présent avis (voir adresse et heures d'ouverture au recto sous les rubriques EXP et PAIEMENT).

Par chèque bancaire ou postal :

- libellez votre chèque à l'ordre du Receveur de l'établissement (rubrique EXP),
- joignez à votre chèque le talon de paiement n° 2, sans agraffer ni plier,
- adressez le tout, sous pli affranchi au Receveur de l'établissement (voir adresse au recto sous la rubrique EXP).

DANS VOTRE INTÉRÊT n'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire ainsi que des références de la créance dont vous vous acquittez.

3 Références

Si vous réglez par mandat postal collez ce talon sur la partie du mandat réservée à la correspondance.

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

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom

(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

RUSTEN ISMAIL
WICHMANNST
9 6 06 MITT

10787 BERLIN

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse de l'organisme de paiement

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

S'agit-il d'un accident causé par un tiers ?
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

OUI Date

NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse de l'organisme complémentaire

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

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité ACTES RESERVES (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
HOPITAL CIVIL
67091 STRASBOURG CEDEX

3431 LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE
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

67 0 00002 5 CONVENTIONNE
N. FINISS TARIF CONV. Z. ISD IK

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 dépassement (DE)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.P.	I.K.	Dépassement	Total des frais
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9

LA QUITTANCE DELIVREE PAR LA TRESORERIE PRINCIPALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG TIENT LIEU DE JUSTIFICATION DE PAIEMENT.

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	13
9105		SPEC: 39	5,00		
9106		SPEC: 39	5,00		
5219		SPEC: 39	85,00		
				25,65	
				TOTAL * (5+11+12+13)	
				25,65	€
				Part organisme obligatoire	

Part organisme complémentaire Part assuré

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

95,00

Date de la prescription Date d'expiration des examens

12/05/09

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

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

A L'ASSURE (E)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées 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 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

Recherche de bactéries

Fournir une feuille de demande pour chaque échantillon prélevé
Utiliser la feuille spécifique pour la sérologie, les IgE et les dosages d'antibioti

Tel : 03 90 24 37 90 HUS : 56.43790 Fax : 03 90 24 38 08

Chef de service : Pr. Y. PIEMONT - NCS : Pr. B. JAULHAC

Biologistes : Drs S. DE MARTINO, F. JEHL, G. PREVOST, Ph. RIEGEL, J.M. SCHEFFEL, C. MENARD, C. HARF-MONTEIL, V. MURBACH, A. KIESLER

Prescripteur + signature

Préleveur + signature

Date et heure de prélèvement

49829-
12/05/09 18h45

90512087101
RUSTEN ISMAIL

RUSTEN ISMAIL
M 07/11/1970 UF 2053



0905M12 0871 01

BABAA

90512087101
RUSTEN ISMAIL

9

Non 09-093289492 NIP 1616632
RUSTEN

Prén Ismail M 07-11-1970

Serv UF 2053 T. 50561

N° I PL 12-05-2009 17:36



Patient hospitalisé

Patient NON hospitalisé

Copie du résultat à

N° Sécurité Sociale

ALLEMAGNE

Adresse

Adresse

Traitement antibiotique : Aucun

Antibiotique(s) :

LCR :

Origine :

- Ponction lombaire
- Dérivation
- Autre :

Renseignements cliniques :

- Syndrome méningé
- Méningococcie
- Trauma crânien
- Brèche
- Valve dérivation
- Contexte neurochirurgical
- Site d'injection intra-thécal
- Autre :

Examen demandé :

- Culture standard
- Autre :

HÉMOCULTURE :

Origine :

- Sur veine périph
- Sang artériel
- Sur KT central / PAC
- Sur KT veineux
- Sur KT artériel
- Sur site implantable
- Sur cell saver
- TAPO
- Sur CEC
- Sang du cordon
- Moelle oss allogène
- Moelle oss autolog
- Poche plasma
- Poche GR
- Poche GB
- Poche plaquettes
- Poche placenta
- Autre

Produits de thérapie cellulaire

Phase A P N°

Phase B

Phase C S N°

Renseignements cliniques :

- Fièvre au long cours
- Endocardite
- Autre :
- Accident transfus
- PMO

Examens demandé :

- Hémoculture I : heure de prél.
- Hémoculture II : heure de prél.
- Hémoculture III : heure de prél.

BK (Mycobactéries) : Flaçon Spécial

Hémoculture quantitative : protocole (cf. Labonet)

Bactéries particulières :

URINES : (Pour BMR, voir cadre spécial)

Origine :

- Urine standard (mi-jet non appareillé)
- Urine sur sonde
- Pct suspub/cystocath
- Sondage aller/retour
- Embout de sonde

Pyélostomie D G
 Uretérostomie

Totalité des urines du matin (BK)

1^{er} jet d'urine (Chlam. trachomatis)

Autre :

Renseignements cliniques :

- Signes d'inf. urinaire
- Pyélonéphrite
- Choc septique
- MAP, RPM
- Immunodépression
- Greffe/prégreffe
- Bandelette positive
- PMO
- Prél. per op.
- Femme enceinte
- Prostatite
- Autre :

Examen demandé :

- ECBU
- BK I (culture)
- BK II (culture)
- BK III (culture)
- Ag Legionella
- Chlam trach (PCR)
- Autre :

BMR Prévention des infections nosocomiales (Bactéries MultiRésistantes)

- Recherche de SARM :

- Narine
- Escarre
- ou plaie chronique

- Recherche de E-BLSE / E-CHN :

- Frottis rectal / Selle
- Iléo/colostomie

- Après accord du laboratoire : autre BMR

- Site :
- Bactérie recherchée :

B
A
C
T
É
R
I
O
L
O
G
I
E

B
A
C
T
É
R
I
O
L
O
G
I
E

ORL ET STOMATO :

(Pour BMR, voir recto)

Origine :

- Gorge
- Narines
- Oreille extér
- Oreille moy
- Sinus max
- Sinus sphén
- Sinus frontal
- Sinus ethmo
- D
- G
- Mastoïde
- Amygdale
- Nasopharynx
- Larynx
- Langue
- Gencives
- Lèvres
- Lavage bouche
- Autre :

Renseignements cliniques :

- Infection
- Orite moy aiguë
- Orite chronique
- Sinusite aiguë
- Sinusite chronique
- Mucoviscidose
- Mastoïdite
- Greffe/prégreffe
- Imm-dépression
- PMO
- DDB
- Phlegm amygdale
- Autre :

Examen demandé :

- Cult. standard
- Autre :
- BK I (culture)
- BK II (culture)
- BK III (culture)

RESPIRATOIRE :

(Pour BMR, voir recto)

Origine :

- Bross endobronch.
- Asp distale protégée
- Asp bronchique
- Asp trachéale
- Expectoration
- Expect. post fibro
- Asp pharyngée (enfant)
- Tubage gastrique (BK uniquement)
- Sonde d'intubation
- Autre :
- Biopsie pulm
- Liq. pleural
- LB
- LBA
- LSD
- LMD
- LID
- LSG
- LIG

Renseignements cliniques :

- Mucoviscidose
- DDB
- Pneumop. inhalat°
- Imm-dépression
- Greffe/prégreffe
- PMO
- Inf pulm.
- Tuberc. pulm
- Ventilat° assistée
- Autre :

Examen demandé :

- Cult. standard
- Autre :
- BK I (culture)
- BK II (culture)
- BK III (culture)

NOUVEAU-NÉS : prèlèv. multiples à naissance

(Pour BMR, voir recto)

Origine :

- Liq gastr.
- Narines
- Autre :
- Oreille
- Gorge
- Peau/Aisselle
- Anus

Renseignements cliniques :

- Mère porteuse SH B
- Liq amniotique teinté
- RSM, RPM
- Autre :

Examen demandé :

- Cult. standard
- Autre :

BAS APPAREIL GÉNITAL :

(Pour BMR, voir recto)

Origine :

- Femme**
- Col utérin
- Paroi vaginale
- Prél endo-utérin
- Ptes lèvres
- Gdes lèvres
- Gp. Bartholin
- Stérilet
- Liq. amniotique
- Placenta
- Lochies
- Fils cerclage
- Cicatrice épisio
- Autre :

Homme

- Sperme
- Verge
- Gland
- Autre :
- Deux sexes**
- Urètre
- Méat urinaire
- Anus

Renseignements cliniques :

- Vaginite/ose
- Endométrite
- Salpingite
- Pyosalpinx
- Bartholinite
- MAP, RPM
- Grossesse
- Chorioamniotite
- Imm-dépression
- Ulcérat°
- Urérite
- Prostatite
- Epididymite
- MST
- Autre :

Examen demandé :

- Cult. standard
- Strepto B(grossesse)
- E. coli (grossesse)
- Autre
- Avec milieu de transport :**
- Gonocoque
- Mycoplasmes génitaux
- C. trachomatis

AUTRES : Pus, Ponctions, Biopsies, Frottis divers, Biomatériaux : (Pour BMR, voir recto)

- Liquides Internes (articulaire, péricardial, péricardique, pleural, ascite, kyste)
- Liquide péricardial sur perforation organe creux
- Collections fermées
- Biopsies prèlèv. per-op
- Biomatériaux implantés
- Biomatériaux externalisés (ex. cathéter, tuyau redon, lame, sondes...)
- Liquide de redons, drains, lames, lavage
- Prèlèv. profond (hors collection fermée), fistule
- Lésions cutanéomuqueuses superficielles (hors BMR)
- Prèlèv. oculaires
- Autres

Précisez le site anatomique :

Ecritre

liquide

Reschopiller

en boules

lames

liquide de redon

lames

Examen demandé :

- Cult. standard
- Autres demandes :

- BK (Mycobactéries)

Renseignements cliniques :

en frottis

lames

AVIS DES SOMMES A PAYER

TITRE EXECUTOIRE en application de l'article L.252A du Livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales.

HOP.UNIVERSIT.STRASBOURG
Centre hospitalier

STRASBOURG
Ville

670780055
Matricule

N° de Titre 1214021

N° ENTRÉE: 093999341 ÉTABLT.: HOPITAL CIVIL
Nom: RUSTEN
Nom J.F.:
Prénom ISMAIL

Né(e) le: 07/11/1970
A
ENT. 12/05/2009

670000025

Émis et rendu exécutoire le 26/06/2009

N° Bordereau 1000692

N° Feuillet 1

Exercice 2009

MALADE

RDT

ADRESSE

WICHMANNST
9 6 06 MITT

ASSURE

Nom :
Prénom :
ORG. :
NN :
BEN :

OBSERV.

99 99 799994 1321 FACTURE EN TOTALITE

SOINS FACT DU 12/05/2009 AU 12/05/2009 N° Mutualiste :

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	UF SPE
120509	BIOLOGIE 0552 B	5,00	135		100	135	1321 39
120509	BIOLOGIE 0593 B	10,00	270		100	270	1321 39
120509	BIOLOGIE 1601 B	15,00	405		100	405	1321 39
120509	BIOLOGIE 0522 B	20,00	540		100	540	1321 39
120509	BIOLOGIE 1609 B	20,00	540		100	540	1321 39
120509	BIOLOGIE 1804 B	25,00	675		100	675	1321 39
120509	BIOLOGIE 1104 B	35,00	945		100	945	1331 39
120509	BIOLOGIE 9005 B	3,00	081		100	081	1391 39
120509	BIOLOGIE 9105 B	5,00	135		100	135	1391 39

3726

RENSEIGNEMENTS HÔPITAL: 03.88.11.53.95
SERVICE CONSULTATIONS EXTERNES
BP 426 - 67091 STRASBOURG CEDEX
RENSEIG. TRESORERIE : 03.88.15.01.90
JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

Quittance :

*****37,26

A PAYER

PAIEMENT

*****37,26

A PAYER

STRASBOURG

RIP/RIB: 30001 00806 C6730000 000 22

COMPTE TIERS 4111

Heures d'ouverture :

DE 8H00 A 12H00 ET DE 13H30 A 16H00

Téléphone: 0388150190

P.C. 067060

ET. 01 ENT. 093999341

RUSTEN ISM

TIT. 1214021

C.H. 001 ---MONTANT--

EXC.2009 *****37,26

EXP.

TRESORERIE DES HOPITAUX UNIVERS.
10 COUR SAINT NICOLAS

BP 41019
67070 STRASBOURG CEDEX

DESTINATAIRE

RUSTEN ISMAIL
WICHMANNST
9 6 06 MITT

D -10787 BERLIN
ALLEMAGNE

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

IDENTIFICATION

PC. 067060

CH 001

EXC. 2009

DOS.093999341

TIT. 1214021

Montant :

*****37,26

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

+0000000037265706706000176209399934109088>1214021000085+

1 partie à conserver

2 talon à joindre à votre paiement

1 - Partie à conserver

RENSEIGNEMENTS, RÉCLAMATIONS, DIFFICULTÉS DE PAIEMENT

Renseignements

Si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimez qu'une erreur a été commise, adressez-vous à l'Établissement qui a établi le présent avis. Vous pouvez interroger l'établissement par téléphone (voir indications au recto, sous la rubrique RENSEIGNEMENTS HÔPITAL).

Réclamations

Si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous à l'Établissement qui a établi le présent avis.

Veuillez avoir l'obligeance d'informer également de votre démarche le comptable chargé du recouvrement, en précisant les références du titre figurant au recto du présent acte (voir au recto, rubrique IDENTIFICATION).

* Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du juge judiciaire.

Difficultés de paiement

Si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement (voir au recto, rubrique EXP et PAIEMENT).

VOIES DE RECOURS

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal compétent selon la nature de la créance.

* Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE RECEVEUR OU L'HÔPITAL

2 - Talon de paiement

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Tout paiement est à effectuer au Receveur de l'établissement émetteur du présent Avis (voir adresse au recto, rubrique EXP).

En espèces :

- Présentez-vous aux guichets munis du présent avis (voir adresse et heures d'ouverture au recto sous les rubriques EXP et PAIEMENT).

Par chèque bancaire ou postal :

- libellez votre chèque à l'ordre du Receveur de l'établissement (rubrique EXP),
- joignez à votre chèque le talon de paiement n° 2, sans agraffer ni plier,
- adressez le tout, sous pli affranchi au Receveur de l'établissement (voir adresse au recto sous la rubrique EXP).

DANS VOTRE INTÉRÊT n'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire ainsi que des références de la créance dont vous vous acquittez.

3 Références

Si vous réglez par mandat postal collez ce talon sur la partie du mandat réservée à la correspondance.

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

1214021

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

Numéro d'immatriculation

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom - Prénom

Nom et Adresse de l'organisme de paiement

RUSTEN ISMAIL
WICHMANNST
9 6 06 MITT
10787 BERLIN

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

S'agit-il d'un accident causé par un tiers? Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

OUI Date

NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse de l'organisme complémentaire

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

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
HOPITAL CIVIL
67091 STRASBOURG CEDEX

1321 BIOCHIMIE GENERALE ET SPECIALISEE NHC
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

67 0 00002 5
N. FINISS
CONVENTIONNE
TARIF CONV. Z. ISD IK

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Table with columns: Date d'exécution des actes, Cotation des actes, Montant des actes, Majorations, Montant du dépassem., Montant total des actes, I.F. ou I.P., I.K., Dépassem., Total des frais de

LA QUITTANCE DELIVREE PAR LA TRESORERIE PRINCIPALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG TIENT LIEU DE JUSTIFICATION DE PAIEMENT.

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

Table with columns: ACTES EFFECTUES, Remboursement inférieur à 100%, Remboursement à 100%, Montant des actes hors nomenclature, Montant des actes effectués y compris les suppléments, Montant du dépassem. D.E.

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

138,00

Date de la prescription Date d'37,26 des examens

12/05/09

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

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

A L'ASSURE (E)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

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 8 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

Handwritten signature

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)



Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée
Laboratoire d'Hématologie
Laboratoire de Toxicologie

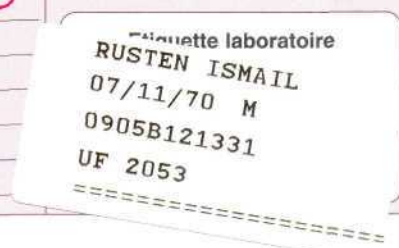
Chef de service Dr KOEHL C.
 Chef de service Pr MAUVIEUX L.
 Chef de service Pr LUDES B.

Tél. : 03 69 55 07 17 ou postes 50718 - 50719 Fax : 03 69 55 18 85

NHC - PLATEAU TECHNIQUE DE BIOLOGIE

NHC - PLATEAU TECHNIQUE DE BIOLOGIE

Cases à renseigner obligatoirement		EMPLACEMENT	NT	Date et heure de réception
Date du prélèvement <i>12/05</i>	Identification du prescripteur	NDA : 09-093289492 NIP 1616632	<i>S</i>	
Heure de prélèvement <i>18h30</i>	Identification du préleveur <i>49029</i>	NOM : RUSTEN		
		NOM DE JEUX : Ismail 07-11-1970 M		
		PRENOM : UF 2053 T. 50561		
		DATE DE NAISSANCE : FL 12-05-2009 17:36		
		CODE U.F. :	EXE :	



Renseignements cliniques :

Cet imprimé ne doit être utilisé que pour les malades HOSPITALISÉS *ce*

Examens effectués 24 heures sur 24 heures
 Examens non effectués après 16 heures en semaine, samedi - dimanche et jours fériés

BILAN D'ORIENTATION - MARQUEURS CARDIO-VASCULAIRES - EXPLORATION LIPIDIQUE - MEDICAMENTS
 1 tube hépariné bouchon vert

<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> CO2 total	<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> Troponine Ic	<input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Digoxine	<input type="checkbox"/> Urines
<input type="checkbox"/> Sodium	<input type="checkbox"/> Ac. Urrique	<input type="checkbox"/> Bil. Totale	<input type="checkbox"/> BNP (EDTA)	<input type="checkbox"/> Triglycérides	<input type="checkbox"/> Paracétamol	Origine _____
<input type="checkbox"/> Potassium	<input type="checkbox"/> Calcium	<input checked="" type="checkbox"/> Bil. Conj.	<input type="checkbox"/> CRP us (sec)	<input type="checkbox"/> Exploration d'une anomalie lipidique : cholestérol, triglycérides, C-HDL, C-LDL	<input type="checkbox"/> Théophylline	Volume _____ ml
<input type="checkbox"/> Chlorure	<input type="checkbox"/> Phosphates	<input checked="" type="checkbox"/> TGO (ASAT)	<input type="checkbox"/> Homocystéine (EDTA sur glace)	<input type="checkbox"/> Lp(a) (sec)	<input type="checkbox"/> Lithium (sec)	Temps _____ min
<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Protéines	<input checked="" type="checkbox"/> TGP (ALAT)	GAZ DU SANG + Ca⁺⁺ 1 seringue héparinée sur glace		DIVERS	<input type="checkbox"/> Liquides
<input type="checkbox"/> Créatinine (MDRD)	<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Phos. Alc.	<input type="checkbox"/> Gazo Art <input type="checkbox"/> Vein	<input type="checkbox"/> HCG intacte (grossesse) (hépariné)	<input type="checkbox"/> Ammoniaque (EDTA sur glace)	Origine _____
<input type="checkbox"/> Alcool éthylique	<input type="checkbox"/> Lipase	<input checked="" type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine	<input type="checkbox"/> Lactate (fluorure oxalate sur glace)	<input type="checkbox"/> Lactate (fluorure oxalate sur glace)	<input type="checkbox"/> Sodium
			<input type="checkbox"/> Ca ionisé art. ou vein.	<input type="checkbox"/> Procalcitonine (sec)		<input type="checkbox"/> Potassium

TOXICOLOGIE
1 tube héparinate de lithium bouchon vert foncé

LCR
1 tube 5 ml gradué bouchon rouge

URINES FRAICHES
1 tube conique (6ml) bouchon beige

<input type="checkbox"/> Analyse quantitative	<input type="checkbox"/> Recherche qualitative	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Protéines	<input type="checkbox"/> Bandelette (pH, protéines, glucose, acétone, bilirubine, urobilinogène, hémoglobine, leucocytes, nitrites)	<input type="checkbox"/> Sédiment	<input type="checkbox"/> Glucose			
<input type="checkbox"/> Méthanol	<input type="checkbox"/> Benzodiazépines						<input type="checkbox"/> Bilan immunitaire (LCR + sang (sec), prélevés au même moment)	<input type="checkbox"/> GR/mm ³	<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Méprobamate							<input type="checkbox"/> Distribution oligoclonale des IgG	<input type="checkbox"/> GB/mm ³	<input type="checkbox"/> Phosphore
Recherche qualitative urines : 1 tube bouchon beige		<input type="checkbox"/> Benzodiazépines	<input type="checkbox"/> Cocaïne			<input type="checkbox"/> Acide urique			
<input type="checkbox"/> Barbituriques	<input type="checkbox"/> Cannabiz	<input type="checkbox"/> Phénothiazines	<input type="checkbox"/> Dérivés amphétaminiques			<input type="checkbox"/> Amylase			
<input type="checkbox"/> Opiacés	<input type="checkbox"/> Méthadone								

HEMATOLOGIE 1 tube EDTA bouchon mauve Après 17h en semaine et 11h le samedi : les liquides biologiques doivent être envoyés en bactériologie

Numération + Formule + Plaquettes Plaquettes Réticulocytes Schizocytes
 Plaquettes sur **citrate** VS sur **citrate** Liquides (tube sec) GR-GB-cytologie

HEMOSTASE 1 tube citrate bouchon bleu

<input type="checkbox"/> Temps de Quick (TP%, INR)	<input type="checkbox"/> D.DIMERES. Préciser	Complexe prothrombinique <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Héparinémie (antiXa) Préciser : <input type="checkbox"/> H.S. <input type="checkbox"/> Organan <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Arixtra
<input type="checkbox"/> Temps de Céphaline + Activateur	<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombose		
<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Suivi biologique		
	<input type="checkbox"/> Antithrombine III		

Autres prescriptions (consulter LABONET) :

HEMATOLOGIE / HEMOSTASE

Pour tout autre demande d'examen, veuillez utiliser la feuille jaune (Hématologie Hautepierre) à transmettre dans une pochette individuelle.
En cas de demande urgente, prévenir le laboratoire (Tél. 27527)