

## Définitions

Les prescriptions sont effectuées sous la responsabilité du médecin qui choisit le prestataire, mais dans le respect des règles administratives et financières en vigueur.

## Exemple de bon de prise en charge d'examen biologique

### Objectifs :

Cette fiche a pour objet de proposer un exemple de bon de prise en charge d'une prescription d'examen biologique en réponse aux questions récurrentes des apprenants de l'ENSOSP. Il est rappelé que les examens complémentaires doivent être prescrits dans le cadre de l'aptitude ou du maintien dans l'emploi et dans le respect de la réglementation (arrêté du 6 mai 2000) et des dernières données de la science.

### Cibles :

Service de médecine professionnelle et d'aptitude.

### Contenu :

*SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE*

*ET DE SECOURS DE XXX*

*SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL*

Le « date »

#### **PRESCRIPTION D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

***A réaliser dans les 2 mois dans un laboratoire d'analyses biologiques***

***(le déplacement est à la charge de l'agent)***

NOM ET PRENOM DE L'AGENT :	
MATRICULE :	
STATUT : -	
SERVICE D'AFFECTATION OU CIS :	

#### **NATURE EXACTE DES ACTES A EFFECTUER**

NFS, vs, glycémie, cholestérol, triglycérides, créatinine, transaminases, gammaGT ...

#### **MOTIF DE LA PRESCRIPTION**

Le médecin prescripteur,  
Docteur xxxx

***Important*** : en cas d'anomalies graves, le laboratoire d'analyses devra contacter, dès la connaissance des résultats, le secrétariat de médecine professionnelle par téléphone au 00 00 0 00

***Voir les conditions contractuelles (soit au dos du présent document, soit en annexe)***

**CONDITIONS CONTRACTUELLES DE LA PRESTATION :**

L'acceptation de la présente prescription vaut commande de prestations au **tarif en vigueur de la sécurité sociale.**

**Modalités de transmission des résultats :**

Les résultats seront transmis par voie dématérialisée selon la norme HPRIM 3.0 cryptée par APICRYPT à l'adresse email **sdis00@medical00.apicrypt.org** et par courrier à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médecin Chef**  
**Médecine Professionnelle et d'Aptitude**  
**« adresse »**

**Modalités de paiement :**

L'état de facturation mensuel sera payable mensuellement à terme échu à chaque fin de mois. Le paiement est réalisé par mandat administratif suivi d'un virement bancaire ou postal.

Chaque praticien élaborera un état récapitulatif mensuel comprenant toutes les prestations pratiquées dans le mois au profit du SDIS 06 et précisant :

- Nom ou raison sociale du créancier avec numéro SIRET
- La date des examens
- Le(s) nom(s) et prénom(s) de ou des agent(s)
- Les examens effectués par agent et leurs cotations correspondantes (Barème S. SOCIALE)
- Le RIB (ou l'envoyer lors d'une première facturation)

Il sera adressé mensuellement à l'adresse de facturation ci-dessous accompagné obligatoirement des prescriptions individuelles correspondantes.

**ADRESSE DE FACTURATION**

Service Départemental d'Incendie et de Secours de XXX (S.D.I.S.00)  
Service des Affaires Financières

« adresse »

Tél. 00 00 00 00 00

**Pour le Président et par délégation,**