

Covid-19 : Bordereau de facturation des tests de dépistage RT-PCR et / ou sérologie réalisés au cabinet des infirmiers

Nom et adresse du cabinet	
Téléphone	
Mail	
Numéro AM du préleveur infirmier libéral	

Date du prélèvement :

Patient								
Nom d'usage	Nom patronymique	Prénom	NIR si non connu, renseigner le numéro suivant : 1 55 55 55 CCC 023 CCC étant le numéro de la caisse de rattachement du laboratoire réalisant le test	Date de naissance	Coordonnées du patient : numéro de téléphone, adresse	Numéro AM du médecin traitant ou à défaut renseigner le numéro suivant : 291 991 453	RT- PCR AMI 3,1	Sérologie AMI 1,5

Nom de l'IDEL	
Signature	

Covid-19 : Bordereau de facturation des tests de dépistage RT-PCR et / ou sérologie réalisés au cabinet des infirmiers

Nom et adresse du cabinet	
Téléphone	
Mail	
Numéro AM du préleveur infirmier libéral	

Date du prélèvement :

Patient								
Nom d'usage	Nom patronymique	Prénom	NIR si non connu, renseigner le numéro suivant : 1 55 55 55 CCC 023 CCC étant le numéro de la caisse de rattachement du laboratoire réalisant le test	Date de naissance	Coordonnées du patient : numéro de téléphone, adresse	Numéro AM du médecin traitant ou à défaut renseigner le numéro suivant : 291 991 453	RT- PCR AMI 3,1	Sérologie AMI 1,5

Nom de l'IDEL	
Signature	