

Demande de PCR COVID-19 pour voyages internationaux

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Genre : M/ F

Rue :

CP :

Localité :

N° national (NISS) :

N° Carte ID :

Medecin traitant :

Vol prévu le ... /... /20... àh.....

Mail :

Vignette de mutuelle

Je demande la réalisation d'un test PCR COVID19 pour voyages internationaux

- Je confirme que le test est requis par :
- (pays destination)
- Je suis au courant que le test n'est pas remboursable par l'INAMI et qu'il sera à ma charge pour un montant de 46,81€
- Je m'engage à communiquer le résultat du test à mon médecin traitant

Date :/...../20.....

Signature du voyageur :