

Demande de test COVID-19 pour voyages internationaux

(A compléter entièrement SVP)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Genre : M/ F

Rue :

CP :

Localité :

N° national (NISS) :

N° Carte ID :

Medecin traitant :

Mail :

Vignette de mutuelle

- Je demande la réalisation d'un test **PCR COVID19 pour voyages internationaux non remboursé** qui me sera facturé **47.18€**

▪ **Code CTPC*** :

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

▪ **Code CTPC*** :

- Je demande la réalisation d'un test **antigénique COVID19 pour voyages internationaux non remboursé** qui me sera facturé **25€**. Je certifie que le pays de destination n'exige qu'un test antigénique et non une PCR

*Code CTPC obtenu via le site masanté.be

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

Signature du voyageur :