

Renseignements patients

Nom et prénom : OM OF

Date de naissance : .. / .. / N° NISS :

Adresse : N° :

CP : Ville :

Téléphone : /

Voyage – évènement – non remboursé :

CHOISISSEZ VOTRE TEST (version décembre 2021)

(L'exigence du pays étranger est communiquée sur le site web des [Affaires Étrangères](#))

- Je choisis de réaliser un test PCR* [Labo TP119] **(47.18 euros)**
- Je choisis de réaliser un test Antigène** [Labo 00P] **(25 euros)**
- Je choisis de réaliser un test PCR Urgent** (<4h après arrivée au laboratoire) **(100 euros)**

* : frottis nasopharyngé milieu liquide UTM

** : frottis nasopharyngé sec

Tous les résultats de ces tests sont envoyés par mail, y compris anglais, et génèrent un QR code sur Masanté.be

Date et heure du voyage/évènement :

Adresse e-mail (en MAJUSCULES) :

Veuillez noter que votre signature permettra de notifier (1) votre accord pour la facturation du test (2) votre engagement à communiquer le résultat du test à votre médecin traitant. Date :

Signature du voyageur pour accord :

Autre indication de test COVID – Remboursé (entourer) :

Cas contact / Symptômes / Hospitalisation / Pré-admission / Retour de voyage – zone rouge

- PCR Sars-CoV-2* [Labo 01]
- Antigène Sars-Cov-2** [Labo 00]

Code CTPC en 16 caractères : _____

Médecin traitant / prescripteur (+signature) :