

## Demande d'examen

Nom :  M.  Mme

Prénom : Né(e) le :

Enfant: Nom/prénom parent, tuteur, c/o :

Adresse :

N° postal / Ville : Téléphone :

e-Mail (Obligatoire) :

### !!! OBLIGATOIRE !!!

• **Nom de l'assurance :**

• **N° assuré/client :**

• **N° AVS :**

**N° passeport** (uniquement si demandé par la compagnie d'aviation) :

Prélèvement Date : Heure : Visa : Médecin traitant

Vacciné ?  Non  Oui, date :

Symptômes ?  Non  Oui

Dépistage précédent positif ?  Non  Oui, date :

Voyage ?  Non  Oui, départ le \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ H \_\_

Résultat ?  Français  Anglais Copie(s) :

### Test PCR ➔ Frottis nasopharyngé Salive

- 96,50 CHF** pris en charge  
Prélevé chez le médecin ou en pharmacie  
Avec/sans ordonnance, avec/sans symptômes, cas contact  
Code **COPAO / COSAO**
- 100,00 CHF** pris en charge  
Prélevé au laboratoire MGD  
Avec/sans ordonnance, avec/sans symptômes, cas contact  
Code **COMGD / COSMG**
- 125,00 CHF** à la charge du patient  
**Voyage**  
Code **COPVO / COSVO** (FR)  
Code **COPAN / COSAN** (AN)

### Test rapide antigénique ➔ Frottis nasal ou nasopharyngé uniquement !

- 43,50 CHF** pris en charge  
Prélevé chez le médecin ou en pharmacie  
Avec/sans ordonnance, avec/sans symptômes, cas contact, voyage  
Code **COAAO, COAFR** (voyage FR), **COAAN** (voyage AN)
- 47,00 CHF** pris en charge  
Prélevé au laboratoire MGD  
Avec/sans ordonnance, avec/sans symptômes, cas contact, voyage  
Code **COASO, COAFR** (voyage FR), **COAAN** (voyage AN)

Date du dernier test rapide effectué : \_\_ / \_\_ / \_\_

Date du dernier test rapide effectué : \_\_ / \_\_ / \_\_

### Test sérologique : code CORSE

- 51,50 CHF** pris en charge, avec ordonnance du médecin cantonal
- 51,50 CHF** à la charge du patient

Cadre réservé au centre de prélèvements  
Résultat du test rapide :  POSITIF  NEGATIF  
Fait le \_\_ / \_\_ / \_\_ par .....  
Validé par .....

Visa du tri : Visa du contrôle :