

Caisse d'assurance maladie du BIT

Test de dépistage du COVID-19 – formulaire de remboursement

(à soumettre avec toute demande de remboursement de test de dépistage du COVID-19)

Merci de préciser la/les raisons pour laquelle (lesquelles) le test a été effectué :

\_\_\_\_\_ Un médecin a demandé que vous-même (ou votre dépendant) fassiez (fasse) un test de dépistage au COVID-19 (PCR), pour cause de symptômes ou pour cause de contact avec une personne ayant été testée positive au COVID-19.

\_\_\_\_\_ Vous-même (ou votre dépendant) avez dû réaliser un test de dépistage au COVID-19 (PCR) dans le cadre d'un voyage statutaire (voyage payé par le bureau).

\_\_\_\_\_ Un test négatif de dépistage au COVID-19 (PCR) était nécessaire pour vous-même (ou votre dépendant) dans le cadre d'un voyage à des fins personnelles.

\_\_\_\_\_ Un test de dépistage au COVID-19 (PCR) ou un test sanguin sérologique a été réalisé pour d'autres raisons (merci de spécifier lesquelles) : \_\_\_\_\_

Je comprends que :

- La CAPS peut demander toute précision nécessaire directement à mon(mes) prestataire(s) de soins ou à une autre compagnie d'assurance ;
- Si les déclarations ou informations soumises sont incomplètes, incorrectes, dénaturées ou falsifiées d'une manière ou d'une autre, cela peut engendrer le rejet de la demande, la récupération de paiements effectués par la CAPS, et/ou des actions administratives, disciplinaire ou autres à mon encontre.

\_\_\_\_\_  
Date et signature