TESTS ANTIGENIQUES

FSPF 84
le syndicat des pharmaciens d'officine

1

Je suis **symptomatique** **et** je suis **vacciné** **ou** j'ai un **certificat de rétablissement de moins de 6 mois**

↓

Je me rends immédiatement dans un **lieu de dépistage**

↓

Je présente ma **preuve de vaccination ou mon certificat de rétablissement de moins de 6 mois**

↓

Je suis testé **gratuitement**

✓

2

Je **suis symptomatique** **mais** je ne suis **pas vacciné** **ou** j'ai un **schéma vaccinal incomplet**

↓

Après **consultation chez mon médecin traitant**, je me rends dans un **lieu de dépistage**

↓

Je présente la **prescription médicale dans les 48h**

↓

Je suis testé **gratuitement**

✓

3

Je **veux une preuve de passe sanitaire** **mais** je ne suis **pas vacciné** **ou** j'ai un **schéma vaccinal incomplet**

↓

Je me rends dans un **lieu de dépistage**

↓

Je présente une **pièce d'identité valide**

↓

Tarification **chez mon pharmacien 25,01 € en semaine 30,01 € le dimanche**

✗

4

Je suis identifié **« contact à risque »***

↓

Je me rends immédiatement dans un **lieu de dépistage**

↓

Je présente le **document de prise en charge** de l'Assurance maladie

↓

Je suis testé **gratuitement**

✓

5

Je suis **mineur** **ou** je suis **majeur mais encore au lycée** symptomatique ou pas

↓

Je me rends dans un **lieu de dépistage**

↓

Je présente une **pièce d'identité valide**

↓

Je suis testé **gratuitement**

✓

6

Je participe à une **opération de dépistage collectif**

↓

Je me rends dans un **lieu de dépistage**

↓

Je présente le **document de prise en charge qui m'a été remis**

↓

Je suis testé **gratuitement**

✓

* si je reçois une notification de l'application TousAntiCovid, je fais une déclaration téléphonique à l'assurance maladie qui m'enverra une attestation de prise en charge

D'après: Ministère des Solidarités et de la Santé dp_prise_en_charge_test_-_08102021.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)