

**DEMANDE DE REQUISITOIRE (prise en charge DE SOINS / ACHAT DE  
MEDICAMENTS)**  
**AANVRAAG VAN REQUISITORIUM (betalingsverbintenis voor zorgverstrekking/  
aankoop medicijnen)**

-NOM /NAAM :.....

-PRENOM/VOORNAAM : .....

-N° SP /OV (NN) :.....

-DATE DE NAISSANCE/GEBOORTEDATUM :.....

-INSTITUTION DES SOINS / MEDECIN  
-VERZORGINGSINSTELLING / DOKTER .....

-SERVICE ET N° DE FAX/ DIENST EN FAXNUMMER :.....

-DATE DE RENDEZ-VOUS /DATUM AFSpraak : .....

-VOTRE N° DE TEL/ UW TELFOONNUMMER : .....

Si vous avez besoin d'un réquisitoire pour assurer le paiement de soins médicaux ou de médicaments auriez-vous l'obligeance de compléter ce formulaire et le faxer à Fedasil au : **02/213.44.12** avant votre rendez-vous avec le médecin ou pharmacien.

Merci de votre compréhension.

Indien u een requisitorium nodig hebt , om de vergoeding van medische zorgen of medicijnen te garanderen, gelieve dit formulier in te vullen en door te faxen naar Fedasil op het nummer **02/213 44 12** voorafgaande de afspraak met de dokter of apotheker.

Bedankt voor uw begrip.

Cellule médicale/ medische cel  
Tél. **02/213.43.25 – 02/213.43.00**  
Fax **02/213.44.12**  
e-mail : [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be)  
Kartuizerstraat – Rue des Chartreux 21  
1000 Bruxelles