

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**

Kartuizerstraat – Rue des Chartreux 21

1000 Bruxelles