

**ATTESTATION D'AIDE MEDICALE URGENTE**  
**A PROCURER A UN ETRANGER SANS PERMIS DE SEJOUR LEGAL**

L'octroi de l'AMU est régi par l'art. 57 §2 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS et par l'Arrêté royal du 12 décembre 1996 concernant l'aide médicale urgente au bénéfice des étrangers en séjour illégal dans le Royaume.

Chaque intervention médicale doit être couverte par une attestation d'Aide Médicale Urgente. Celle-ci doit être dûment complétée, signée et cachetée par le médecin uniquement.

L'A.R. du 12 décembre 1996 précise que les soins médicaux urgents au profit des étrangers en séjour illégal peuvent être aussi bien de nature préventive que curative. Ces soins médicaux peuvent être aussi bien ambulatoires qu'être prodigués dans une institution de soins. Le CPAS est remboursable du montant des prestations de soins de santé, attestées comme « aide médicale urgente », par le SPP intégration sociale au prix calculé sur base des remboursements INAMI. Ce montant est le montant total en fonction duquel l'INAMI détermine le remboursement et le montant à charge du patient, qui sont repris dans la nomenclature. Ceci est valable également pour les médicaments fournis par un pharmacien.

Je soussigné, \_\_\_\_\_, déclare demander une prise en charge au CPAS concernant l'aide médicale urgente pour :

Nom : M./Mme/Melle \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ --

Nationalité : \_\_\_\_\_

Etat civil :  Célibataire,  Marié(e),  Cohabitation légale,  Divorcé(e),  Veuf(ve),  Séparé(e)  
de corps,  Répudié(e).

Activité professionnelle actuelle :

non /  oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Mutualité :

non /  oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Autre assurance :

non /  oui, laquelle : \_\_\_\_\_

D'après mes premières informations, le patient cité ci-dessus, ne sera pas en mesure de payer les frais. Mon patient déclare également séjourner de manière illégale en Belgique.

Puis-je vous demander de bien vouloir donner à mon patient une prise en charge pour l'aide médicale urgente du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (période de validité)

une ou des consultation(s) : \_\_\_\_\_

les examens suivants : \_\_\_\_\_

une hospitalisation : \_\_\_\_\_

un traitement : \_\_\_\_\_

des médicaments (traitement) : \_\_\_\_\_

autres : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom - Signature – Cachet du médecin