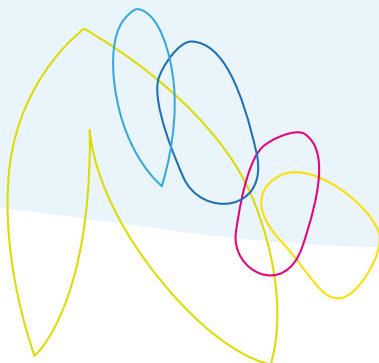


INFORMATION POUR LES PROFESSIONNEL·LES

Update janvier 2026

Accessibilité financière aux soins – hors assurance maladie obligatoire





Ce focus vise à clarifier les dispositifs de remboursement des prestations social-santé pour les personnes ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie obligatoire. L'objectif est de permettre aux professionnel·les de la santé et de l'action sociale de mieux orienter ces publics et de s'adresser à l'organisme compétent pour le remboursement de leurs prestations.

Ce Focus est structuré selon le statut administratif de la personne :

- Les personnes sans-papiers ou sans titre de séjour
- Les personnes avec titre de séjour
- Situations particulières
(9ter, centres fermés, prisons, MENA)

Une orientation inadaptée peut entraîner des conséquences délétères. Cette brochure est informative. Si vous avez des doutes, référez-vous à des professionnel·les spécialisé·es dans l'accompagnement des personnes en situation irrégulière ou en demande de séjour.

Ce Focus s'accompagne d'un répertoire rassemblant les principales ressources utiles pour l'orientation et le soutien des professionnel·les.

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires ayant apporté leur expertise et leur aide à l'élaboration de ce document : Medimmigrant, Médecins du Monde, I-Care, Coalition Move, Caritas, le Ciré, Eerstelijnszone BruZEL et Huis Voor Gezondheid.



Ce Focus est à lire en complément du Focus
« Accessibilité financière aux soins - assurance maladie
obligatoire », qui détaille les dispositifs liés à l'affiliation à
une assurance de soins de santé belge.

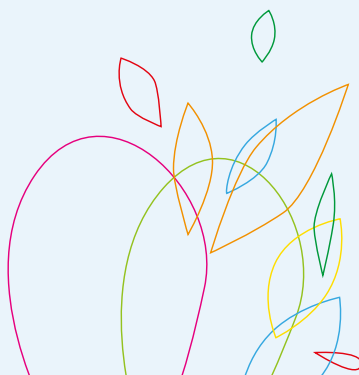
Le présent document se concentre sur les situations
dans lesquelles l'assurance maladie obligatoire n'est
pas accessible ou ne permet pas une prise en charge
suffisante des soins.

Liste d'abréviations

- AELE = Association Européenne de Libre-Echange
- AMU = Aide Médicale Urgente
- AAMU = Attestation d'Aide Médicale Urgente
- CAAMI = Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
- CCE = Conseil du Contentieux des Etrangers
- CEAM = Carte Européenne d'Assurance Maladie
- CGRA = Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides
- CPAS = Centre Public d'Action Sociale
- DAMANA = Demandeur-euses d'Asile Mineur-es d'Age Non Accompagné-es
- DPI = Demande de Protection Internationale
- EEE = Espace Économique Européen
- FEDASIL = Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile
- ILA = Initiative Locale d'Accueil
- INAMI = Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
- IVG = Interruption Volontaire de Grossesse
- MENA = Mineur-e Etranger-ère Non Accompagné-e
- OE= Office des Etrangers
- ONE= Office de la Naissance et de l'Enfance
- OQT = Ordre de Quitter le Territoire
- OV/SP = Overschrijvingsnummer/Série de Permis
- PPL = Psychologues de Première Ligne
- PVT = Programme Vacances Travail
- RMP = Refugee Medical Point
- UE = Union Européenne



TABLE DES MATIÈRES



1. INTRODUCTION : QUELLES SONT LES PERSONNES CONCERNÉES PAR CE FOCUS ?	p 7
2. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME COMPÉTENT POUR LE REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ	p 9
3. ACCÈS AUX SOINS SELON LE STATUT ADMINISTRATIF	p 10
POUR LES PERSONNES EN SÉJOUR RÉGULIER	p 11
CITOYEN-NES DE L'UE, RESSORTISSANT-ES SUISSSES ET D'AUTRES PAYS DE L'EEE	p 11
PERSONNES VENANT DES PAYS TIERS À L'UE : ASSURANCE PRIVÉE, GARANT OU AUTRE INTERVENANT	p 13
PERSONNES DEMANDEUSES DE PROTECTION INTERNATIONALE (DPI) OU D'ASILE	p 14
Modalités d'intervention selon le statut du DPI	p 14
Conditions d'accès en pratique	p 16
Facturation	p 17
Soins pris en charge par FEDASIL	p 18
Fin de prise en charge par Fedasil	p 21
Situations particulières DPI	p 21
POUR LES PERSONNES SANS-PAPIERS	p 23
Aide Médicale Urgente via le CPAS	p 23
Introduction de la demande et conditions d'accès à l'AMU	p 24
Les soins couverts via l'AMU	p 27
Démarches pratiques pour les professionnel·les	p 28
La facturation des soins AMU	p 29
4. SITUATIONS PARTICULIÈRES	p 35
PROCÉDURE 9TER	p 35
PERSONNES EN CENTRES DE DÉTENTION ADMINISTRATIVE (CENTRES FERMÉS)	p 37
PERSONNES EN PRISON	p 39
Situation assurantielle	p 39
Prise en charge des soins	p 39
Participation financière	p 40
Sortie de prison	p 40
Situations particulières	p 41
MINEUR-ES ÉTRANGÈR-ES NON ACCOMPAGNÉ-ES (MENA)	p 43
Reconnaissance d'un·e MENA	p 43
L'accès aux soins des MENA	p 44
5. ALLER PLUS LOIN	p 46

1.

INTRODUCTION : QUELLES SONT LES PERSONNES CONCERNÉES PAR CE FOCUS ?

L'accès aux soins est un droit fondamental (Nations Unies, 1948). Pourtant, certaines populations font face à de nombreux obstacles pour bénéficier de ce droit. Ces personnes incluent notamment celles sans titre de séjour régulier, les demandeur-euses d'asile ainsi que les citoyen-nes de l'Union européenne sans enregistrement officiel. Différents termes sont utilisés pour désigner les personnes en situation de migration, certains termes sont des synonymes, d'autres renvoient vers une catégorie de personnes migrantes précise, dépendant du statut administratif qui leur a été octroyé. Nous en citerons quelques-uns ici afin de rendre ce Focus plus lisible.

Une personne privée d'un titre de séjour, en situation irrégulière, sans-papier, un-e migrant-e irrégulier-ère ou encore en séjour illégal... sont tous des synonymes. Dans ce Focus nous utiliserons le terme **personne sans papiers**. Ce terme fait référence à un groupe de personnes aux trajectoires très diverses :

- Des personnes qui ont perdu un titre de séjour temporaire telles que les personnes déboutées de leur demande de protection internationale ou qui n'ont pas pu renouveler leur visa humanitaire, touriste, étudiant, de travail...
- Des personnes « en transit » en Belgique avec un projet de s'installer dans un autre pays,
- Des personnes entrées sur le territoire belge de manière irrégulière, qui vivent parfois en Belgique depuis de nombreuses années mais qui n'ont jamais pu obtenir une « régularisation » de leur séjour,

- Des personnes ressortissantes de l'Union européenne qui ne remplissent pas ou plus les conditions de séjour en Belgique,
- Des MENA qui ne s'enregistrent pas en Belgique ou qui ne suivent pas l'offre de tutelle proposée par les autorités,
- ...



Bon à savoir

L'association **PICUM** a créé un flyer sur l'usage de ces mots, dont certains peuvent avoir des impacts stigmatisants et deshumanisants pour les personnes concernées. C'est la raison pour laquelle nous éviterons dans ce focus l'usage du mot « illégal » ou « séjour illégal ». Retrouvez le flyer [ici](#).

Une **personne en demande de protection internationale (DPI)** est une personne qui a quitté son pays d'origine et qui sollicite l'asile dans un autre pays, en l'occurrence ici en Belgique, en raison de craintes fondées de persécution, de guerre, de violence ou de violations graves des droits humains. Elle n'a pas encore obtenu le statut de réfugié-e ou une autre forme de protection et son dossier est en cours d'examen par les autorités compétentes.

Dans ce Focus, nous utiliserons le terme « **personne en demande de protection internationale** » pour désigner les individus dont la procédure d'asile est en cours. Ce terme englobe plusieurs réalités :

- Des personnes ayant introduit une demande d'asile et qui attendent une décision des instances belges (CGRA, CCE, etc.),
- Des personnes qui ont reçu une décision négative mais qui ont introduit un recours ou une nouvelle demande ;
- Des personnes ayant introduit une demande de protection internationale dans un autre État membre de l'Union européenne, et pour lesquelles la Belgique considère que cet autre État est responsable de l'examen de leur demande (Procédure Dublin).



« **Surmonter la barrière linguistique** » - Brusano. [Lien ici.](#)

Dans ce contexte, le rôle des professionnel·les de l'ambulatoire de première ligne est déterminant. Leur action garantit un accès effectif aux soins, mais contribue également à la protection de la santé et du bien-être de ces personnes.

Cet accompagnement s'inscrit dans une logique de santé publique. La prévention et la prise en charge des besoins de santé des personnes non assurées bénéficient, à long terme, à la société dans son ensemble, en limitant les risques épidémiques et en réduisant les coûts liés aux soins urgents non anticipés.

2.

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME COMPÉTENT POUR LE REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ

La législation et le système sont complexes. Il peut être difficile d'identifier quel organisme est en mesure de rembourser des soins de santé. Et, il n'existe pas de guichet unique ni de base d'informations partagées. Vous trouverez ci-dessous un outil disponible.



Outil Lexie

L'ASBL Droits Quotidiens a mis au point un outil introductif pour l'identification du statut. Cet outil est introductif car il ne rentre pas dans les détails des situations particulières.

Outil Lexie – Droits Quotidiens: [ici](#).

- **Dispose-t-elle d'une carte d'identité ? De quel type de carte d'identité s'agit-il ?**
- **Dispose-t-elle des documents ou une annexe (annexe 3, 3ter, 15, ...) qui indique son statut ?**
- **Dispose-t-elle d'un document (carte médicale, réquisitoire ...) provenant d'un CPAS ?**
- **Séjourne-t-elle dans un centre d'accueil ? Quel type de centre Fedasil ou partenaire ? Centre d'hébergement d'urgence ?**



Les différents documents de séjour – fiche informative et illustrative de Medimmigrant : [ici](#).

Quelques questions à clarifier :

Il arrive régulièrement que les personnes sans assurance maladie obligatoire mais en besoin de soins ne sachent pas à qui s'adresser pour leur prise en charge. Ci-dessous, quelques questions intéressantes à se poser, ou à adresser à la personne, pour clarifier sa situation :

- **Est-elle ou a-t-elle été affiliée à une mutuelle ?**
- **Si elle vient d'un autre pays, bénéficie-t-elle d'une assurance soins de santé dans ce pays ?**
- **A-t-elle fait une demande de protection internationale ? Où en est sa demande (en attente, refusée ...) ? A-t-elle une annexe 26? *(document prouvant l'introduction d'une demande de protection internationale en Belgique)**

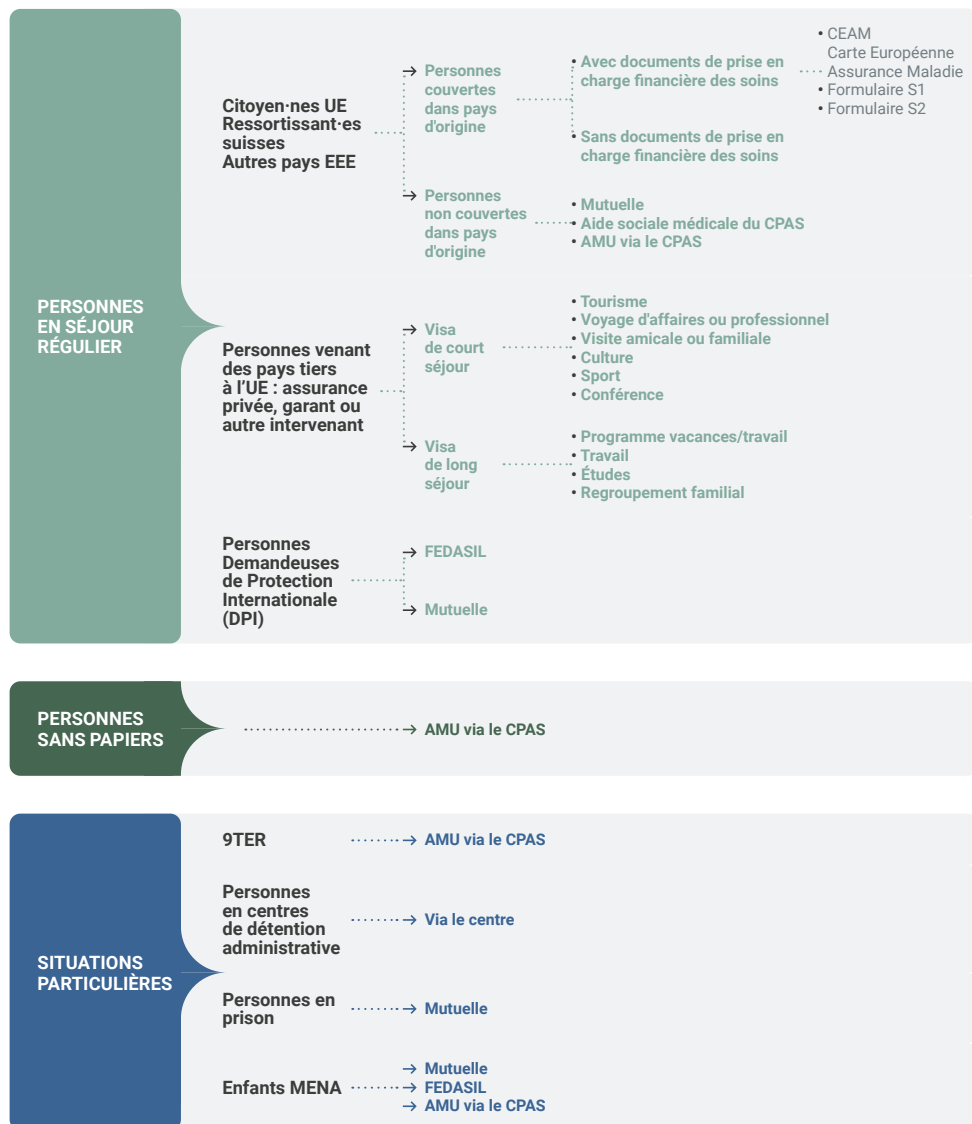
Que faire en cas de doute sur l'orientation ?

S'il existe un doute ou si la situation semble complexe, il est prudent d'orienter la personne vers (ou de contacter) une série d'acteurs susceptibles de répondre à des questions concernant l'accès aux soins des personnes : service social, service juridique...

Le répertoire de ce focus reprend les contacts de ces différents acteurs de l'aide sociale et juridique de première ligne, ainsi que d'autres, spécialisés dans l'accompagnement de publics spécifiques : voir le répertoire.

3.

ACCÈS AUX SOINS SELON LE STATUT ADMINISTRATIF



POUR LES PERSONNES EN SÉJOUR RÉGULIER

Cette rubrique s'intéresse aux dispositifs qui soutiennent l'accès aux soins des personnes en séjour régulier en Belgique, dans les situations où l'assurance maladie obligatoire ne couvre pas ou ne couvre que partiellement les frais de santé. Elle concerne les bénéficiaires d'un droit de séjour temporaire ou permanent (citoyen·nes de l'Union européenne, regroupement familial, demandeur·euses de protection internationale – DPI, etc.).



Pour avoir des informations sur les mutuelles : Focus "Accessibilité financière aux soins - assurance maladie obligatoire" [ici](#).

CITOYEN·NES DE L'UE, RESSORTISSANT·ES SUISSES ET D'AUTRES PAYS DE L'EEE

Selon certaines conditions, les personnes ressortissantes de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse peuvent bénéficier de soins de santé en Belgique même sans être affiliées à une mutuelle belge.

Pays concernés :

A Allemagne, Autriche
B Bulgarie
C Chypre, Croatie
D Danemark
E Espagne, Estonie
F Finlande, France
G Grèce
H Hongrie
I Irlande, Italie, Islande
L Liechtenstein, Lettonie, Lituanie, Luxembourg
M Malte
N Norvège
P Pays-Bas, Pologne, Portugal
R Roumanie
S Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse
T Tchéquie

Comment permettre le remboursement des coûts de santé ?

PERSONNE COUVERTE DANS SON PAYS D'ORIGINE	
Sans documents de prise en charge financière des soins	
La personne avance les frais et se fait rembourser par la suite par la mutuelle de son pays d'origine	
Avec documents de prise en charge financière des soins	
Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)	Permet à un-e ressortissant-e européen-ne de bénéficier de la prise en charge de ses soins de santé nécessaires lors d'un séjour temporaire (séjour professionnel ou non professionnel) sur le territoire d'un des 27 États membres de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, selon les mêmes conditions et au même tarif que les personnes assurées dans ce pays.
Formulaire S1	Destiné aux personnes qui résident dans un autre pays de l'UE/EEE ou en Suisse, tout en restant affiliées au système de sécurité sociale de leur pays d'origine. (travailleur-euses détaché-es, pensionné-es, étudiant-es à long terme, etc.)
Formulaire S2	Autorisation de bénéficier de soins médicaux programmés dans un autre pays de l'UE ou de l'AELE (Norvège, Islande et Liechtenstein). Si le motif du voyage correspond aux soins autorisés, ce formulaire est donné. Avec ce formulaire la personne sera traitée avec les mêmes conditions et tarifs que les résident-es belges.
PERSONNE NON COUVERTE DANS SON PAYS D'ORIGINE	
• Inscription à une mutuelle belge. Cf. Focus assurabilité • Aide sociale médicale du CPAS. Pour les personnes en séjour légal. • Aide Médicale Urgente (AMU) : ➢ Pour les citoyen-ne-s de l'UE sans inscription de résidence en Belgique, étant sur le territoire Belge depuis au moins 3 mois.	

⚠ Un accompagnement inadapté peut entraîner des répercussions administratives délétère pour la personne concernée. En cas de doute, une orientation vers un service social ou juridique spécialisé est nécessaire ; Voir répertoire.



Pour aller plus loin :
L'accès aux soins de santé des citoyen·nes européens - medimmigrant : [ici](#).

¹ Dans le langage juridique et administratif européen, un pays tiers désigne tout État qui n'est pas membre de l'Union européenne.

PERSONNES VENANT DES PAYS TIERS À L'UE¹ : ASSURANCE PRIVÉE, GARANT OU AUTRE INTERVENANT

Les personnes originaires de pays tiers doivent généralement introduire une demande de visa pour séjourner en Belgique. Toutefois, certain-es ressortissant-es sont exempté-es de visa pour des séjours de courte durée (jusqu'à 90 jours). Dans ce cas, la règle des trois mois sur le territoire s'applique avant qu'une aide

médicale urgente (AMU) puisse être envisagée par le CPAS. En revanche, pour les personnes titulaires d'un visa, le CPAS n'intervient pas pendant la durée de validité de celui-ci.

▲ Les titulaires d'un visa ne peuvent prétendre à aucun remboursement des soins de santé avant l'écoulement d'un délai de trois mois suivant la perte de ce visa.

L'encadré suivant donne un aperçu des différentes situations possibles :

VISAS DE COURT SÉJOUR < 90 JOURS

Dans quel cas ?

Tourisme, voyage d'affaires ou professionnel, visite amicale ou familiale, culture, sport et/ou conférence.

Remboursement des soins :

pour l'introduction de la demande des visas de court séjour, la personne doit montrer qu'elle a une assurance médicale tous risques couvrant les soins de santé, l'hospitalisation et le rapatriement.

VISAS DE LONG SÉJOUR > 90 JOURS

	Ça concerne qui ?	Remboursement des coûts des soins via
Programme vacances-travail (PVT)	Aussi appelé "Working Holiday Visa" (Jeunes 18 -30 ans)	Assurance tous risques couvrant les accidents de travail, les soins de santé, l'hospitalisation et le rapatriement pour 365 jours.
Travail	Employé-es, stagiaires, saisonnier-ères, chercheur-es, volontaires	• Mutuelle belge via l'employeur et le contrat de travail (obligatoire à la demande et au renouvellement du visa). • Personnes travaillant comme Au Pair : assurance médicale via famille accueillante.
Études	Étudiant-e de pays tiers	• Via Contrat d'assurance privé, belge ou étranger, valide à partir de la date d'entrée sur le territoire belge auquel ils-elles ont dû souscrire pour venir sur le territoire belge. • Via Organisme assureur belge.
Regroupement familial	Membres de la famille qui souhaitent rejoindre une personne installée légalement en Belgique. En attente d'une réponse de l'Office des Étrangers.	Assurance maladie choisie par le/la regroupant-e : • Organisme Assureur belge. • Assurance maladie Voyage à laquelle ils-elles ont dû souscrire pour venir sur le territoire belge.

PERSONNES DEMANDEUSES DE PROTECTION INTERNATIONALE (DPI) OU D'ASILE

Un-e Demandeur-euse de Protection Internationale (DPI) est une personne qui a introduit auprès de l'Office des Étrangers (OE) une demande d'asile en Belgique pour bénéficier de la protection du pays en raison de risque de persécution, de guerre ou de violence l'empêchant de rester dans son pays. Pendant l'examen de sa demande, la personne reçoit une annexe 26 ([ici](#)). En attendant la décision, ses soins médicaux sont pris en charge par l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil).

⚠ Pour les personnes dont le statut de séjour n'est pas clair, il est préférable de privilégier une orientation vers des services spécialisés. Par exemple, diriger vers l'OE une personne déboutée de l'asile, ayant reçu un ordre de quitter le territoire, l'expose à un risque de placement en centre fermé.

Modalités d'intervention selon le statut de la personne DPI

Fedasil est tenu d'offrir aux personnes demandeuses d'une protection internationale l'accompagnement médical nécessaire, afin qu'elles puissent mener une vie digne. C'est donc Fedasil le principal organisme compétent pour le remboursement des soins de santé de toute personne en DPI.

La plupart des personnes en demande de protection internationale ont droit à une aide matérielle. Cette aide comprend le logement, la nourriture, l'argent de poche, etc. dans un centre de Fedasil ou dans une structure partenaire.

Après avoir introduit la demande de protection internationale (auprès de l'OE), la personne peut demander une place d'accueil ([ici](#)). Elle passera alors par le service de Dispatching qui assure :

- Un premier examen médical pour dépister les vulnérabilités médicales, administrer les premiers vaccins de base et dépister la tuberculose.
- La désignation d'un lieu d'accueil "Code 207" si la personne y a droit ou "Code 207 no show" si la personne n'y a pas droit ou si elle renonce à l'hébergement (par exemple adresse privée). Si aucune place n'est disponible, la personne se verra attribuer le statut « Code 207 no show technique ».

A) DPI en centre d'accueil (Code 207)

Les personnes demandeuses de protection internationale (DPI) séjournant dans une structure d'accueil gérée par Fedasil ou par un de ses partenaires d'accueil (tels que certains centres du Samu Social, de la Croix-Rouge, de Caritas International, etc.) bénéficient d'une prise en charge médicale dont les frais sont couverts soit par Fedasil, soit par le partenaire d'accueil, avec un remboursement des frais réellement engagés par Fedasil.

Suivi médical et psychosocial

- Les personnes en DPI hébergées en centre d'accueil, bénéficient d'un accompagnement médical et psychosocial dans le cadre de la vie au centre.
- La plupart des centres d'accueil disposent de médecins et d'infirmier-ères en interne.

Ces personnes en DPI sont donc moins susceptibles de consulter directement un-e professionnel-le de première ligne. Lorsque c'est le cas, ils-elles arrivent généralement munis d'un réquisitoire délivré par le centre.

Un réquisitoire est un engagement de paiement de Fedasil qui est demandé pour le remboursement des frais de santé.

Accompagnement psychologique

En plus des soins médicaux généraux, les personnes demandeuses ont droit à un accompagnement psychologique. Le-la médecin du centre peut, si nécessaire, orienter la personne vers un service spécialisé (voir [ici](#)).

B) DPI no show (Code 207 'no show' et "no show technique")

Contrairement aux personnes en DPI bénéficiant d'une place d'accueil, les personnes en DPI « no show » et « no show technique » ne bénéficient pas d'un accompagnement médical et psychosocial via les centres d'accueil mais leurs soins médicaux sont également pris en charge financièrement par Fedasil.

Les soins de ces personnes seront assurés alors par le réseau ambulatorio.

La manière dont ces personnes arrivent à ce réseau peut être :

- Par leurs propres moyens.
- Être hébergées temporairement dans des centres d'hébergement d'urgence gérés

par le Samu Social, la Croix-Rouge ou Belrefugees (à ne pas confondre avec les centres Fedasil). Dans ces centres elles peuvent bénéficier d'une première orientation sociale et médicale.

- Être orienté-es par le Refugee Medical Point (RMP) qui assurera ensuite la liaison avec les structures de première ligne ou les services spécialisés. Le RMP joue aussi un rôle d'orientation auprès des professionnel-les du réseau ambulatorio.



Le Refugee Medical Point (RMP) est un centre médical géré par la Croix-Rouge qui propose des premiers soins médicaux et psychologiques ainsi qu'un accompagnement administratif pour les DPI avec l'appui des médiateur-rices interculturel-les. Le RMP sert de premier contact et oriente les personnes DPI dans le réseau, dont l'ambulatorio !

Pour plus d'info: voir [ici](#)

Avec un code 207 'no show', la personne n'a pas droit à l'aide du CPAS. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, Fedasil peut supprimer ce code. Dans ce cas, la personne en DPI ne bénéficiera plus d'une aide matérielle dans un centre d'accueil, mais pourra introduire une demande d'aide auprès du CPAS.

Si le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) rend une décision finale négative sur la demande de protection internationale, l'aide du CPAS prendra fin 30 jours après la notification.

² DPI 'no show' sont les personnes ne bénéficiant pas d'un accueil de Fedasil, soit parce qu'elles vivent à une adresse privée soit parce qu'elles n'ont pas eu de place dans un centre d'accueil. Dans ce dernier cas, nous parlons de DPI 'no show technique'. Ces personnes sont sur liste d'attente pour avoir une place dans un centre d'accueil.

Si le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) rend une décision finale négative sur la demande de protection internationale, l'aide du CPAS prendra fin 30 jours après la notification.

Cas particulier :

si la personne DPI travaille ou a travaillé (même 1 seul jour), elle peut ouvrir un droit à l'assurance-maladie et peut s'affilier auprès d'un organisme assureur (Mutuelle ou CAAMI) voir page 22.

Tableau synthétique : Organismes responsables en fonction de la situation d'hébergement

1. Introduction de la demande de protection internationale auprès de l'OE					
2. Demande d'une place d'accueil au Centre d'arrivée Fedasil et obtention du 'code 207'					
CODE	Passage par le dispatching médical	Accueil	Suivi médical et psychosocial	Aide médicale	Aide sociale (matérielle)
Code 207	Oui	Hébergement au Centre FEDASIL ou partenaire	Principalement au centre et en externe pour des spécialistes	Fedasil	Fedasil
Code 207 No show	Oui, mais pas systématiquement	Pas de place d'accueil	Externe (1ère ligne/ambulatorio)	Fedasil	/
Code 207 No show technique	Oui, mais pas systématiquement	En attente	Externe (1ère ligne/ambulatorio)	Fedasil	/
Code 207 CPAS	Au cas par cas	ILA	Externe (1ère ligne/ambulatorio)	CPAS	CPAS
Sans code (exceptionnel)	Non	Pas de place d'accueil	Externe (1ère ligne/ambulatorio)	CPAS	CPAS

Conditions d'accès en pratique

Pour avoir accès aux **soins de santé non urgents** couverts par Fedasil, les personnes DPI doivent :

1. Faire une demande de réquisitoire³ auprès de Fedasil. Il peut être demandé par la personne elle-même ou par tout autre personne accompagnant la personne DPI, idéalement entre 3 et 10 jours avant la consultation ou le besoin du traitement.

Si la demande est faite plus tôt ou plus tard, il est toujours possible d'obtenir un réquisitoire, mais il conviendra d'être particulièrement attentif-ve à sa réception. À titre exceptionnel, en médecine générale, la demande peut être introduite le jour même. Si Fedasil accepte de payer les soins, la personne ayant introduit la demande recevra un e-mail sur l'adresse mail référencée dans la demande, avec un réquisitoire.

³ Réquisitoire : Engagement de paiement des frais liés aux soins par Fedasil.

▲ Remplir cette demande peut s'avérer complexe, selon la situation de la personne. Il peut être utile de soutenir ces personnes dans une démarche d'autonomisation ou, si nécessaire, remplir la demande avec et/ou à la place de la personne.

2. Le-la prestataire qui reçoit la personne doit vérifier si celle-ci dispose d'un réquisitoire.

Si ce n'est pas le cas, il-elle doit s'assurer que la personne est bien enregistrée comme demandeur-euse de protection internationale (DPI), en contactant le service de gestion de processus de la cellule frais médicaux de Fedasil (Contact dans le répertoire de ce focus). Cette vérification permet de procéder à une demande de réquisitoire et de garantir une facturation correcte des soins auprès de Fedasil.

3. Pour accéder à des médicaments, le réquisitoire doit toujours être accompagné d'une prescription médicale, délivrée par un-e médecin généraliste ou spécialiste.

En cas de prise en charge médicale à caractère **urgent**, la structure de soins (et si pas possible, la personne DPI) doit envoyer à la Cellule Frais Médicaux de Fedasil :

- Une attestation de soins urgents (pas si la demande vient de la personne) voir encadré ci-dessous
- La facture originale ou duplicata
- Le numéro national (11 chiffres⁴ en haut de l'annexe 26 ou sur l'attestation d'immatriculation) ou OV/SP⁵ (7 chiffres en

haut à gauche de l'annexe 26) de la personne ayant bénéficié des soins.

Les soins urgents ne nécessitent pas de demande préalable. Ils seront pris en charge par Fedasil rétroactivement si l'évaluation du caractère urgent est positive.

Ressources :

- Demande en ligne d'un réquisitoire Fedasil : www.fedasil.be/fr/rq-language-select
- Modèle d'attestation de soins urgents : https://attest-voor-spoedeisende-zorgen-typevoorbeeld-medimmigrant-fr-2021_.doc/

Pour aller plus loin :

- Site d'information de Fedasil (disponible en plusieurs langues) : www.fedasilinfo.be/fr/theme/sante

Facturation

Les frais médicaux sont pris en charge par Fedasil et gérés par le Service de Gestion Des Processus, cellule Frais Médicaux.

Pour les questions concernant la facturation (p.ex. : réquisitoire non reçu, erreur sur le réquisitoire, vérification du statut de la personne, questions concernant la facturation), il est possible de contacter le service Gestion de Processus de la Cellule Frais Médicaux de Fedasil (Contact dans le répertoire de ce focus)

Les factures doivent être envoyées uniquement par courrier postal et doivent être établies au nom de Fedasil (et non de la personne DPI).

⁴ Le numéro est composé de 12 chiffres dont le premier est un 0 non nécessaire pour les communications avec FEDASIL.

⁵ OV (Overschrijvingsnummer) ou SP (Série de Permis), utilisé lorsque le numéro national n'est pas encore attribué ou pour les personnes en DPI sans numéro national.

⁶ Le numéro est composé de 12 chiffres dont le premier est un 0 non nécessaire pour les communications avec FEDASIL.

La facture doit avoir les informations suivantes :

- Nom, prénom et date de naissance de la personne
- Son numéro national (numéro de 11 chiffres⁶ en haut à gauche de l'annexe 26. Intitulé R.R.Nr.)
- Établissement ou prestataire de soins
- Montant de la facture
- Numéro de compte bancaire du/de la prestataire.

Et doit être accompagnée par

- Une attestation de soins donnés (prestations INAMI)
- Le réquisitoire muni de l'accord de Fedasil.

Le **projet de simplification administrative ASIPA** (Fedasil et Médecins du Monde – Tooline One) permet de ne plus demander des réquisitoires pour la médecine générale.

Il vise à simplifier la facturation via l'envoi mensuel d'un tableau unique regroupant toutes les prestations effectuées. Pour bénéficier de cette simplification, il faut en faire la demande proactive auprès de Fedasil.

Soins pris en charge par FEDASIL

Les personnes inscrites dans le dispositif d'accueil bénéficient d'une couverture médicale assurée par Fedasil, selon un cadre légal précis. Cette couverture inclut :

- Les consultations médicales (médecin généraliste, dentiste, spécialiste)
- Les examens médicaux
- Les hospitalisations
- Les médicaments
- Les soins infirmiers
- Les interventions chirurgicales

Fedasil rembourse les soins médicaux comme une mutualité, sauf dans certains cas où une autorisation préalable de la cellule médicale est requise (ex. : hospitalisations programmées, soins spécifiques).

Soins repris dans la nomenclature INAMI

Prestataire conventionné-e

Fedasil rembourse jusqu'au montant maximum, y compris le ticket modérateur.

Prestataire non conventionné-e

Peut facturer uniquement le tarif maximum INAMI. Si dépassement pas de remboursement.

Pour savoir ce qui est remboursé par l'INAMI

- Chercher sur les logiciels des prestataires (Medispring, HealthOne, etc.)
- Rechercher par code de nomenclature ou mot-clé sur Nomensoft : [ici](#).
- Consulter la liste des soins sur le site de l'INAMI : [ici](#) ou [ici](#).

Soins hors nomenclature INAMI

SOINS REMBOURSÉS PAR FEDASIL (LISTE PLUS)	
Médicaments de Catégorie D	Prescription médicale obligatoire, mention de la substance et respect des recommandations
Extractions dentaires	Remboursées
Prothèses dentaires (si restaurent la mastication)	Remboursées
Lunettes pour enfants	Prescrites par un ophtalmologue. Verres bifocaux, multifocaux ou colorés non remboursés
Lunettes pour adultes (≥ 1 dioptrie au meilleur oeil)	Prescrites par un ophtalmologue. Verres bifocaux, multifocaux ou colorés non remboursés
Lait infantile adapté	Si allaitement impossible. En centre d'accueil, imputé aux frais de fonctionnement

SOINS NON REMBOURSÉS PAR FEDASIL (LISTE MOINS)	
Orthodontie	Non remboursée, même si présente dans la nomenclature INAMI.
Soins liés à la fertilité (examens, médicaments, opérations)	Non remboursés
Prothèses dentaires sans fonction de mastication	Non remboursés, quel que soit l'âge
Interventions esthétiques	Non remboursées sauf en cas de reconstruction post-opératoire ou traumatique
Soins dentaires ou extractions sous anesthésie générale	Non remboursés

Exceptions humanitaires

Dans des cas exceptionnels, le directeur général de Fedasil peut autoriser des soins non repris dans les listes, s'ils sont jugés nécessaires pour garantir un accompagnement médical conforme à la dignité humaine (article 4 de l'arrêté royal du 9 avril 2007).

Le Vadémécum médical offre un aperçu pratique destiné à accompagner les professionnel·les dans l'identification des soins et interventions couverts ou non couverts, ainsi que dans les démarches à suivre. En cas de besoins spécifiques, les conditions et procédures détaillées sont consultables directement dans le document : (voir lien ci-dessous)



Pour plus d'informations sur le cadre et les procédures de remboursement par Fedasil : [ici](#).

- FAQ Fedasil 2024 : [ici](#).
- Liste de médicaments de la catégorie D remboursés par Fedasil : [ici](#).

En savoir plus sur l'accès aux soins pour les personnes DPI :

Médecins du Monde, la Croix-Rouge et Fedasil proposent un petit livret interactif online reprenant des informations détaillées sur toutes ces thématiques : [ici](#).

Médecins du Monde propose également un Toolbox en ligne reprenant des informations, ressources et outils d'aide à la prise en charge des patient·es en situation de vulnérabilité : [ici](#)

Vadémécum Fedasil : [ici](#).

Fin de prise en charge par Fedasil

Le droit à l'accueil prend fin lorsque la procédure de protection internationale est terminée et que les éventuelles procédures de recours sont épuisées.

En cas de **reconnaissance du statut de réfugié-e ou de l'octroi de la protection subsidiaire** :

- Jusqu'au jour de la notification de la décision positive – il est possible d'introduire une demande de sursis de 2x2 mois ou 2x3 mois pour le public médical : pendant cette période, Fedasil reste compétent pour l'accompagnement médical.
- La personne peut se rendre à la CAAMI ou à la mutuelle de son choix avec l'annexe 26, l'attestation d'immatriculation ainsi que l'attestation du CGRA ou du Conseil du Contentieux des étrangers (CCE) (pas d'obligation d'avoir une carte d'identité vu les délais pour la recevoir). Le remboursement des soins sera rétroactif (A partir du 1er jour du trimestre d'inscription) si elle a besoin de soins entre la demande d'inscription à l'organisme assureur (CAAMI ou mutuelle) et l'obtention du titre de séjour. Fedasil ne fera plus de réquisitoire.

Si la personne en DPI reçoit une **décision finale négative** sur sa demande de protection internationale, l'aide (médicale et autres) du CPAS ou de Fedasil prendra fin 30 jours après la notification. Si la personne n'entame pas d'autres procédure de demande de séjour et a besoin de soins, elle pourrait ensuite introduire une aide médicale urgente au CPAS (voir chapitre "Pour les personnes sans-papiers" p. 23)

Situations particulières DPI

Procédure Dublin

La procédure Dublin est une règle européenne qui détermine quel pays de l'UE est responsable de l'examen d'une demande d'asile. Si une personne est d'abord passée par un autre État membre et y a introduit une demande d'asile – ce pays est désigné comme responsable. Dans ce cas, si la personne introduit une nouvelle demande en Belgique, celle-ci peut organiser le transfert vers l'État 'responsable'. Toutefois, Fedasil reste tenu d'assurer l'accueil et les soins de la personne tant que le transfert n'a pas été effectué.



Pour plus d'information sur le
règlement Dublin - Clre
[ici](#)

DPI sous contrat de travail et mutuelle

Les soins médicaux des personnes DPI sont à charge de Fedasil. Cependant, pendant leur procédure, les DPI qui travaillent peuvent s'inscrire auprès d'une assurance de soins de santé (mutuelle ou CAAMI) en tant que "travailleuses".

Si la personne DPI décide de s'inscrire auprès d'une assurance de soins de santé :

- Pour les prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI et reprises dans la liste 'moins' de Fedasil, elle devra payer le ticket modérateur.

- Pour les prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI et dans la liste 'plus' de Fedasil, elle ne devra rien payer, c'est Fedasil qui prend en charge le ticket modérateur.
- Pour les prestations non reprises dans la nomenclature de l'INAMI mais figurant sur la liste 'plus' de Fedasil, c'est ce dernier qui en prend intégralement en charge le coût, ticket modérateur inclus.

Plus d'informations

- DPI, travail et assurance-maladie : [ici](#).
- Assurance soins de santé – Fiche Info Medimmigrant : [ici](#).

Le tableau suivant est fourni à titre indicatif. L'orientation doit être adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne. Pour l'ajuster au mieux, n'hésitez pas à vous renseigner auprès des structures ressources (voir le répertoire de ce focus).

INSCRIPTION À LA MUTUELLE DES DPI SOUS CONTRAT DE TRAVAIL : CE QU'IL FAUT SAVOIR	
Avantages	Risques
Droit à une indemnité d'incapacité de travail sous certaines conditions	
Remboursement total ou partiel des frais médicaux. • Pour les frais de soins que Fedasil couvre, celui-ci rembourse tout, y compris le ticket modérateur -> Besoin de demander un réquisitoire à l'avance. • L'assurance des soins de santé peut avoir une couverture plus large que celle de Fedasil. Pour certains soins non couverts par Fedasil ce sera donc l'assurance qui couvre : - Orthodontie - Investigation et traitement d'infertilité - Prothèse dentaire, lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, quel que soit l'âge - Interventions purement esthétiques sauf pour reconstruction après la chirurgie ou un traumatisme - Soins dentaires et ou extractions dentaires sous anesthésie générale	Des cotisations supplémentaires doivent être payées (deux ans plus tard) à l'organisme assureur lorsque les revenus annuels bruts de la personne sont inférieurs à la "valeur minimale" • 7.976,72€ brut/an pour les > de 21 ans • 5.982,54€ brut/an pour les < de 21 ans Si une personne DPI n'atteint pas la valeur minimale, elle devra payer un montant maximal supplémentaire de (année de réf. 2023) • 865,50 € > 21 ans • 649,16 € < 21 ans *Les montants cités datent de 2024
Possibilité d'accès à l'intervention majorée	
Si la personne DPI perd le droit à un titre de séjour ; elle peut encore le conserver pendant un certain temps et donc elle n'est pas immédiatement désinscrite	

POUR LES PERSONNES SANS PAPIERS

La dénomination « **sans-papiers** » fait référence à un groupe de personnes avec des trajectoires très diverses. Une liste non exhaustive de personnes qui, par leur parcours de vie, sont considérées comme étant « sans papier » en Belgique est disponible dans l'introduction de ce focus.

Ces personnes ont très peu de droits formels en Belgique. Concernant leur santé, elles ne peuvent pas être affiliées à une mutualité et ne peuvent donc pas bénéficier de l'assurance obligatoire belge. L'**Aide Médicale Urgente** (AMU) est le dispositif garantissant un accès minimal aux soins pour ces personnes en réponse au droit fondamental à la santé inscrit dans la constitution et les lois belges ainsi que les engagements internationaux souscrits par la Belgique. L'AMU est un droit résiduaire, c'est-à-dire qu'elle peut être activée lorsque la personne est dans l'impossibilité de payer ses soins de santé et qu'aucune autre aide médicale (une assurance dans le pays d'origine ou privée) ne peut être activée.

Assurer un accès aux soins de santé à toutes les personnes sur le territoire contribue à garantir la santé publique et permet d'éviter des coûts plus élevés liés à l'accès tardif au traitement de pathologies. Assurer un accès effectif via l'AMU aux personnes concernées est donc aussi un enjeu d'intérêt publique important.

Aide Médicale Urgente via le CPAS

Contrairement à ce que son nom semble indiquer, l'AMU ne se limite pas aux urgences mais au contraire concerne tous **les soins préventifs**

et curatifs. Par exemple, une AMU peut couvrir les soins périnataux et d'accouchement, une opération avec hospitalisation, des médicaments, des consultations, des séances de kinésithérapie ou consultation avec un psychiatre, etc.

L'organisation de l'AMU est une responsabilité du SPP Intégration Sociale et doit être demandée auprès d'un CPAS de la commune dans laquelle la personne séjourne de manière habituelle.

Le CPAS est tenu d'effectuer une enquête sociale qui étudie si la personne répond aux conditions d'accès à l'AMU. Si cette enquête est positive un document (appelé Carte AMU, carte de santé, réquisitoire, ... selon le CPAS émetteur et le type de soins demandé) est délivré, garantissant la prise en charge financière des soins par le CPAS concerné. Le CPAS enregistre la personne également sur la plateforme numérique « MediPrima » qui permet à certain-es prestataires de soins de facturer les soins électroniquement via la CAAMI.

La durée de validité d'une ouverture AMU varie d'un CPAS à l'autre. Néanmoins, le CPAS est tenu de vérifier si la personne répond toujours aux conditions d'accès tous les trois mois. La personne bénéficiaire de l'AMU est généralement tenue de se représenter au CPAS pour réactiver sa prise en charge. Quand la personne ne s'est pas présentée au CPAS, il est possible que le CPAS mette fin à sa prise en charge. Dans ce cas, le CPAS est dans l'obligation de refaire une enquête sociale.

Il est possible de facturer des soins, qui ne peuvent pas être postposés, rétroactivement : une demande de prise en charge d'un soin (déjà octroyé ou non) est possible, au minimum, à partir de la date de l'introduction de la demande d'AMU auprès du CPAS. Selon le cadre légal, un CPAS peut se déclarer compétent jusqu'à 60 jours après la date de la facture de soins MediPrima (Médecine générale ou hôpitaux) ou 45 jours pour les autres types de factures de soins. Le CPAS doit toujours prévoir la possibilité de rembourser des soins qui sont considérés urgents, même si la personne n'a pas encore reçu un engagement de prise en charge par un CPAS. Dans ce cas, les conditions d'accès à l'AMU seront étudiées après la prestation de soins.

Il est important de noter que chaque soin ou série de soins administré doit être accompagné par une « **Attestation Aide Médicale Urgente** » (**AAMU**), remplie par un-e médecin, afin de facturer la prestation ou le médicament directement aux instances compétentes. Par série de soins, il est entendu une série de soins reliés à une pathologie ou un épisode de soins.

L'AMU est un des types d'aide médicale sociale que peut fournir les CPAS pour le paiement des prestations de santé. Des personnes affiliées à une mutuelle peuvent malgré tout rencontrer des difficultés à payer certains frais de santé. Le CPAS peut alors accorder une aide médicale complémentaire.

Introduction de la demande et conditions d'accès à l'AMU

Pour pouvoir invoquer son droit à l'AMU, la personne doit **introduire une demande auprès du CPAS de la commune** où elle séjourne de manière « habituelle » :

- en se rendant physiquement au CPAS, sur place, durant les heures d'ouverture de l'accueil,
- par l'intermédiaire d'un service social ou une structure de soin (p.ex. en envoyant un email à une structure dont le contact a été communiqué par le CPAS),
- sur le site du SPP Intégration Sociale.

(Voir encadré ci-dessous à la page 26 pour l'introduction en ligne et le répertoire avec les contacts des CPAS bruxellois)

Si la personne consulte un service médical avant l'obtention d'une AMU, il est important de **remplir une AAMU** (plus d'info sur l'AAMU ci-dessous) que la personne ayant droit à l'AMU puisse remettre au CPAS en se présentant sur place ou par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le qui peut accompagner la personne dans l'introduction de sa demande AMU au CPAS.

Au moment de l'introduction de la demande d'AMU, un **accusé de réception** doit être remis par le CPAS à la personne qui introduit la demande (en papier ou électroniquement), lui permettant de prouver que la demande a bien été introduite à la date X.

Ensuite une **enquête sociale** doit être effectuée par un·e assistant·e social·e du CPAS pour pouvoir conclure si les conditions d'accès à l'AMU sont réunies. Dans le cadre de l'enquête sociale, une visite à domicile est souvent demandée. Il est à noter qu'une **visite à domicile** n'est pas obligatoire pour accéder au droit à l'AMU mais le CPAS doit généralement justifier pourquoi une visite n'a pas été possible/nécessaire. Le CPAS est tenu de conclure cette enquête sociale dans les 30 jours après l'introduction de la demande et doit informer la personne qui a introduit la demande de l'octroi ou non de l'AMU dans un délai de 8 jours suivant la décision. En raison de la quantité de demandes d'aide à traiter par les CPAS, ceux-ci ont actuellement beaucoup de difficultés à respecter ce **délai légal de 30 + 8 jours**.

Lors de l'enquête sociale, la personne doit répondre aux **conditions suivantes** :

- **Résider sur le territoire (compétence territoriale du CPAS)** : une preuve démontrant la résidence dans la commune du CPAS sera demandée. Aussi les personnes sans chez-soi doivent démontrer leur « présence habituellement », par exemple à l'aide d'une preuve de fréquentation d'un service social ou médical qui atteste que la personne réside dans la commune ou que la personne y passe la plupart de son temps.

Si le CPAS s'estime territorialement incompétent, il doit notifier à la personne les raisons de son incompétence et transmettre la demande dans les 5 jours qui suivent au CPAS qu'il estime compétent. Si ce deuxième CPAS se considère également incompétent,

il doit introduire une requête auprès du SPP Intégration Sociale dans les 5 jours qui suivent pour que le SPP Intégration Sociale prenne une décision de compétence provisoire rapidement.

- **Être sans titre de séjour (évaluation de la non-assurabilité)** : une aide du CPAS est résiduaire, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une aide que l'on active lorsqu'aucune autre ne peut être activée. Avant d'accorder une AMU, le CPAS doit donc démontrer que la personne ne peut pas faire valoir son droit à une prise en charge de soins via une assurance santé (belge, privée ou à l'étranger).

De manière générale, les personnes ayant droit à l'AMU sont :

- › des personnes sans titre de séjour régulier en Belgique venant d'un pays tiers (hors Union européenne),
- › des citoyen·nes de l'UE sans inscription, (après 3 mois de séjour en Belgique),
- › les personnes radiées depuis un certain temps du Registre national, comme c'est parfois le cas pour les personnes sans chez-soi belges ou non belges.

Il est également important de noter que l'arrêt n° 131/2015 du 1er octobre 2015 stipule que l'AMU est garantie aux personnes qui sont exclues de l'aide sociale, pendant les trois premiers mois suivant la délivrance de l'annexe 19 ou 19ter, et qui sont :

- › citoyen·nes de l'UE demandeur·euses d'emploi et leur famille,
- › citoyen·nes de l'UE ayant la qualité d'étudiant·e ou de citoyen·ne inactif·ve et les membres de leur famille.

- **Être indigent-e (ne pas avoir les ressources financières suffisantes)** : il n'existe pas de définition précise de ce statut. Le CPAS doit évaluer la capacité de la personne et celle de son ménage à pouvoir payer les soins médicaux nécessaires. En même temps, le CPAS vérifie la présence ou non d'un-e « garant-e » auprès de l'Office des Étrangers (OE) pour les personnes qui résident en Belgique depuis moins de deux ans et qui proviennent d'un pays qui est soumis à l'obligation de visa pour entrer en Belgique. Les CPAS sont tenus de respecter le secret professionnel dans toutes les démarches entreprises dans le cadre d'une demande d'aide (ainsi, uniquement le nom, la date de naissance et la nationalité sont communiquées auprès de l'OE).

Le CPAS doit tenir compte des ressources de la personne qui demande l'AMU (parfois les revenus d'un travail irrégulier sont pris en compte), du-de la partenaire avec lequel le-la demandeur-euse cohabite et il peut tenir compte des ascendant-es/descendant-es au premier degré avec lesquels le-la demandeur-euse cohabite. Si le revenu dépasse les montants du revenu d'intégration, le CPAS peut octroyer une AMU mais le ticket modérateur pour les soins ambulatoires peut être mis à charge de la personne bénéficiaire de l'AMU.

- **Être en besoin de soins (attestation d'aide médicale urgente (AAMU))** certains CPAS demandent une « attestation aide médicale urgente » (AAMU) pour acter la demande d'AMU avant d'ouvrir une enquête sociale.

Cette AAMU doit être rédigée par un-e médecin justifiant la nécessité des soins pour la personne en demande d'une AMU. Il est conseillé de rédiger cette AAMU avec une durée de validité d'une année en cochant les différents soins (nécessaires). Quand une demande AMU est introduite sans AAMU, il est possible que le CPAS effectue une enquête sociale et accorde un « accord de principe » qui sera activé une fois que la personne a besoin de soins et que le-la médecin remette une AAMU au CPAS.



Introduire une demande AMU en ligne sur le site du SPP Intégration Sociale (pour tous les CPAS en Belgique) : [ici](#).

Retrouvez dans le répertoire de ce Focus la liste de contact des CPAS bruxellois.

Il existe différents modèles d'attestations aide médicale urgente (AAMU).

Le modèle d'AAMU développé par la Fédération des CPAS bruxellois est accepté par tous les CPAS bruxellois : voir [ici](#).

Pour aller plus loin dans l'analyse de l'enquête sociale (et la facturation des soins) dans le cadre d'une AMU, le SPP Intégration Sociale met à disposition des CPAS un guide détaillé : [ici](#).

Les soins couverts via l'AMU

De manière générale les soins couverts par l'AMU sont :

- Les soins préventifs et curatifs prodigués de manière ambulatoire dans un service ou établissement de soins par un-e soignant-e avec un numéro INAMI,
- Les hospitalisations en hôpital général ou psychiatrique, y compris les services d'urgence,
- Les soins qui permettent la continuité des soins afin d'assurer la protection du-de la patient-e et de la santé publique en cas de maladie contagieuse,
- Les médicaments (sauf les médicaments de la liste D).

La nomenclature INAMI sert de cadre référent pour le remboursement de ces soins mais l'AMU ne se limite pas exclusivement à cette nomenclature. Pour les soins « hors nomenclature INAMI » qui ne sont pas couverts par l'AMU, le CPAS peut décider de les prendre en charge sur fonds propres.

Comment savoir ce qui est remboursé par l'INAMI ?

- Chercher sur les logiciels des prestataires (Medispring, HealthOne, etc.)
- Faire une recherche dans la liste des catégories de spécialités pharmaceutiques remboursées par l'INAMI : [ici](#).
- Rechercher par code de nomenclature ou mot clé sur Nomensoft : [ici](#).
- Consulter la liste des soins avec une nomenclature INAMI : [ici](#) ou [ici](#).

Tous les soins pris en charge doivent être accompagnés d'une « attestation aide médicale urgente » (AAMU). Cette AAMU justifie le remboursement des soins par le SPP Intégration Sociale via le CPAS ou via le système de facturation électronique MediPrima.

Soins et prestations spécifiques

Suivis psychologiques

Les prestations des **psychologues de première ligne (PPL)** ont un pseudocode INAMI et sont donc également accessibles pour les personnes bénéficiaires de l'AMU. La personne peut faire la demande auprès de son CPAS. Après accord, le-la psychologue PPL peut facturer ces consultations directement auprès du CPAS compétent mais il doit être accompagné par une AAMU spécifique en mentionnant le besoin d'un soin paramédical/psychologique rédigé par un-e médecin.



Pour plus d'information sur l'accès aux soins de santé mentale en fonction du statut de séjour :

Toolbox santé mentale de Médecins du Monde : [ici](#).

Interruption volontaire de grossesse (IVG) & AMU

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un soin légal, accessible et règlementé en Belgique. Toute personne enceinte, quelle que soit sa situation administrative ou assurantienne, peut y accéder dans les délais légaux (jusqu'à 12 semaines de grossesse – 14 semaines d'aménorrhée). Ce droit s'applique également aux femmes sans assurance maladie, sans titre de séjour ou en situation précaire.

Bien que l'IVG constitue un droit, les démarches administratives nécessaires à sa prise en charge peuvent, en pratique, entraver l'accès aux soins dans les délais légaux. Il est donc essentiel d'agir rapidement pour éviter tout dépassement de délai.

Démarches pratiques pour les professionnel·les

1. Vérifier si la personne a déjà une prise en charge AMU dans un CPAS. Dans le cas où une demande d'ouverture AMU doit encore être demandé, il est recommandé de contacter au plus vite le CPAS de la commune de résidence/de la présence habituelle de la personne concernée pour expliquer qu'il s'agit d'une demande d'aide pour un soin urgent.

2. Orienter la personne vers un centre de planning familial agréé pratiquant l'IVG : la majorité d'entre eux sont habitués aux situations complexes et accompagnent dans les démarches administratives. Retrouvez dans le répertoire les structures qui peuvent accompagner les personnes en demande d'une IVG.

3. Initier/continuer sans tarder les démarches auprès du CPAS :

en collaboration avec le centre de planning ou un service social, introduire une demande d'AMU pour une prise en charge complète.

En centre de planning familial, si la patiente n'est pas en ordre de mutuelle et ne peut pas ou ne souhaite pas faire appel à l'AMU, le coût de l'intervention est plafonné à 200 €. Ce plafond constitue un filet de sécurité financier pour la personne concernée lorsque l'AMU n'est pas mobilisable à temps. Certains centres peuvent faire appel à un fond de solidarité en cas d'urgence ou de difficultés administratives.

Certains frais annexes ne sont pas couverts par l'INAMI et donc pas automatiquement par l'AMU ou Fedasil (examen de laboratoire, certaines contraceptions post-IVG...).

Frais pharmaceutiques

Les médicaments avec une nomenclature INAMI peuvent être pris en charge pour une personne ayant droit à l'AMU avec une prescription du·de la médecin et une AAMU.

En région bruxelloise, les CPAS se sont engagés à prendre en charge sur fonds propres certains médicaments de la liste D. La plupart de ces médicaments ne nécessitent pas de prescription médicale, mais pour qu'un CPAS les prenne en charge, une prescription est généralement demandée. La Fédération des CPAS bruxellois met régulièrement à jour cette liste des médicaments (voir encadré ci-dessous).

Il est possible que les CPAS demandent aux personnes ayant droit à l'AMU une participation financière d'1 ou 2€ par boîte de médicaments. Si la personne ayant droit à l'AMU n'a pas la capacité de contribuer financièrement aux médicaments, il est possible de demander au CPAS concerné de le prendre entièrement en charge.

Liste des médicaments remboursés par l'INAMI et donc couverts par un remboursement AMU : ici.

Les médicaments de la liste D pour laquelle les CPAS bruxellois s'engagent à les prendre en charge sur fonds propres pour les patient-es avec une aide médicale du CPAS (avec une prescription) : ici.

Matériel médical

Certains dispositifs médicaux peuvent être pris en charge, à condition qu'ils soient repris dans la nomenclature INAMI, qu'ils soient nécessaires et qu'ils soient prescrits par un-e médecin. Pour le matériel médical qui n'est pas couvert par la nomenclature INAMI, une demande spécifique peut être introduite au CPAS avec une AAMU remplie par un-e médecin. Généralement, la personne doit fournir un devis pour le matériel concerné (par exemple pour les lunettes).

La facturation des soins AMU

La gestion des AAMU et factures dépend du fonctionnement du CPAS concerné. Parfois les CPAS concluent des conventions ou

agréments avec les soignant-es, les services et établissements de soins sur leur territoire pour clarifier les tarifs et le fonctionnement de la facturation des soins. **Un-e soignant-e peut conclure des accords avec plusieurs CPAS.** Si un-e soignant-e n'a pas encore d'accord avec un CPAS et souhaite procurer des soins à une personne ayant droit à l'AMU, il est conseillé de prendre contact avec le CPAS concerné. De manière générale:

- Il est possible de garder le-la même médecin généraliste en cas de déménagement d'une commune à l'autre (et donc d'un CPAS à l'autre), même si ce-tte médecin se trouve en dehors du territoire du CPAS.
- Dans le cas d'un soin dans un hôpital, le CPAS va généralement permettre que la personne puisse aller dans l'hôpital qui se situe sur le territoire de la commune et/ou dans le réseau Iris (voir la liste des hôpitaux du réseau Iris dans le répertoire). Le réseau Hospitalier Iris a un accord avec les CPAS de la Région bruxelloise sur la gestion des facturations des soins des patient-es qui reçoivent une aide d'un CPAS. Néanmoins, il est possible de demander à se faire soigner dans un hôpital en dehors du réseau Iris en cas de nécessité de consulter un service ou prestataire avec une spécialité spécifique. Généralement, il faut le mentionner spécifiquement au CPAS pour qu'il puisse permettre la facturation à cet hôpital via MediPrima (pour autant que les soins sont facturés aux tarifs conventionnés ou que la personne ayant droit à l'AMU décide de payer le dépassement d'honoraire elle-même).

Si la facturation des soins se fait via la plateforme MediPrima, le-la soignant-e est tenu.e de conserver l'AAMU chez lui-elle et peut facturer les soins électroniquement sans devoir passer par le CPAS pour la facturation (mais la personne ayant droit à l'AMU doit toujours passer par le CPAS pour l'ouverture du droit à l'AMU).

Pour les soins « hors nomenclature INAMI » qui ne sont pas couverts par l'AMU, le CPAS peut décider de les prendre en charge sur fonds propres. Là aussi, le fonctionnement pour une demande de prise en charge d'un soin sans nomenclature INAMI, dépend du CPAS mais nécessite généralement une AAMU spécifique, rédigée par un-e médecin. Cette démarche peut parfois prendre un peu de temps car elle nécessite que la demande passe en comité spécial du CPAS qui a lieu 1 à 4 fois par mois. Si le CPAS refuse de prendre en charge un soin considéré comme nécessaire par le-la médecin prescripteur-ric(e) (comme par exemple des prothèses dentaires), la personne peut contester la décision devant le tribunal du travail, dans les 3 mois suivant le refus.



Le modèle d'AAMU développé par la Fédération des CPAS bruxellois (accepté par tous les CPAS bruxellois) : [ici](#).

Guide sur l'introduction d'un recours contre une décision négative du CPAS : [ici](#).

Guide détaillé d'analyse de la couverture des soins et la facturation dans le cadre d'une AMU - SPP Intégration Sociale : [ici](#).

La facturation des soins AMU via MediPrima

La plateforme informatique MediPrima regroupe une base de données centrale incluant toutes les décisions de prise en charge des soins médicaux par les CPAS. Ces informations sont disponibles depuis l'enregistrement de la personne ayant droit à l'AMU jusqu'au remboursement des prestataires de soins par la CAAMI (pour le compte du SPP Intégration Sociale et les CPAS). La plateforme a donc été créée en vue de faciliter le travail des différents acteur-rices concerné-es, à savoir les CPAS et les prestataires de soins :

- Les CPAS enregistrent et consultent les décisions concernant les personnes bénéficiaires de l'AMU,
- Les prestataires de soins facturent leurs prestations électroniquement et prennent connaissance de leur remboursement via les logiciels de facturation qui ont intégré MediPrima,
- La CAAMI effectue les paiements à charge du SPP Intégration Sociale aux différents prestataires de soins en fonction de la tarification de l'INAMI.

Depuis 2014, les logiciels de facturation des établissements de soins ont intégré MediPrima. En principe, tous les soins hospitaliers sont facturés via MediPrima.

Depuis le 1er novembre 2025, tous les logiciels de facturation des médecins généralistes ont intégré MediPrima et tous-tes les médecins généralistes sont tenu-es de facturer via MediPrima.

Les prestataires de soins qui facturent via MediPrima ne remettent plus les AAMU au CPAS, mais doivent les conserver pour tous les soins facturés via ce système.

Exceptions à l'obligation de facturer via MediPrima pour les médecins généralistes

Il existe des exceptions à l'obligation de facturer électroniquement, à savoir :

- la facturation n'est techniquement pas possible car elle a lieu en dehors du cabinet
- en cas de force majeure
- le-la médecin généraliste a atteint l'âge de 67 ans à la date du 1er janvier 2023.

Dans ces cas, le-la médecin peut envoyer sa facture et l'AAMU au CPAS compétent. Le-la médecin doit justifier par écrit au CPAS, en s'appuyant sur l'une de ces exceptions légales à la facturation électronique.

Par ailleurs, les médecins généralistes en **poste de garde** qui facturent avec le numéro INAMI et le logiciel du poste de garde, ne sont pas (encore) visés par l'obligation de facturer via MediPrima et peuvent donc continuer à facturer les soins au CPAS. Les médecins généralistes qui travaillent en **maisons médicales au forfait** et qui fournissent des prestations « à l'acte » pour les personnes ayant droit à l'AMU, peuvent également continuer de facturer via le CPAS, à moins que le logiciel ne leur permette de facturer « à l'acte » via MediPrima avec leur propre numéro INAMI.

Les instances fédérales prévoient prochainement l'intégration de MediPrima dans le logiciel de facturation des pharmaciens. Il est ensuite prévu que les autres catégories de soignant-es avec un numéro INAMI intégreront MediPrima.

En cas de problème (technique) avec le logiciel de facturation/MediPrima : le service support du logiciel utilisé peut être contacté.

En cas de problème avec l'enregistrement du-de la patient-e AMU dans le système MediPrima : le CPAS compétent peut être contacté.



E-learning sur MediPrima - SPP Intégration Sociale :

FR : [ici](#) | NL : [ici](#)

Outil pédagogique sur MediPrima - SPP

Intégration Sociale : [ici](#)

(PPT FR : [ici](#) | NL : [ici](#))

L'INAMI « FAQ » – facturation électronique obligatoire :

FR : [ici](#) | NL : [ici](#)

Problème avec la facturation, il est possible de contacter la CAAMI :

FR : [ici](#) | NL : [ici](#)

mediprima@caami-hziv.fgov.be

FR : 02/229.34.33 | NL : 02/229.34.34

Démarches pratiques pour les professionnel·les

1. Introduction de la demande d'AMU

- À introduire auprès du CPAS du lieu de résidence ou lieu de vie habituel de la personne :
 - › Se présenter sur place durant les horaires d'ouverture (Voir répertoire + lien vers les coordonnées des CPAS)
 - › Selon les CPAS, il est possible d'introduire une demande par mail ou téléphone. Pour les modalités spécifiques, se référer à un répertoire local des CPAS (ex. : répertoire Bruxellois, Medimmigrant).
 - › Le SPP Intégration Sociale permet également d'introduire une demande d'aide en ligne (entre autres pour l'AMU). La demande est automatiquement envoyée au CPAS compétent et un accusé de réception est envoyé à l'adresse mail mentionnée dans la demande : www.cpasonline.be/fr/
 - › Il est important de demander un accusé de réception avec la date de l'introduction. Cet accusé sert comme preuve de l'introduction de la demande et permet d'introduire un recours en cas de refus ou de non-réponse à la demande après que le délai légal de 30 jours est écoulé. L'accusé permet également de justifier le remboursement des soins avant que le CPAS ait pu prendre une décision concernant la demande d'aide.
- En cas de besoin de soins urgents, il est conseillé de le notifier au CPAS lors de l'introduction de la demande.
- Généralement, une AAMU, remplie par un·e médecin, est également demandée lors de l'introduction de la demande ou durant l'enquête sociale.

Ensuite le CPAS vérifie, au moyen d'une enquête sociale :

- Sa compétence territoriale
- La situation de séjour, de l'indigence et de l'assurabilité de la personne

2. Décision du CPAS

- Le CPAS dispose d'un délai légal de 30 jours à partir de la date de l'introduction pour rendre sa décision. Néanmoins, il est parfois difficile pour les CPAS de respecter ce délai.
- Une fois qu'une décision a été prise par le CPAS, la personne reçoit une notification dans les 8 jours suivants la décision par courrier recommandé ou en main propre.
- En cas d'incompétence, le CPAS doit transférer la demande au CPAS qu'il estime compétent dans les 5 jours. Tant que le transfert n'est pas réalisé, le CPAS initial reste responsable de l'aide. En cas de déménagement sur une autre commune, et donc la nécessité d'introduire une nouvelle demande dans le CPAS de la nouvelle commune, l'ancien CPAS reste compétent tant que le nouveau CPAS n'a pas pris une décision.
- En cas de besoins de soins urgents, il est important de le notifier au plus vite au CPAS. Le CPAS peut prendre en charge rétroactivement des soins
 - › jusqu'à 45 jours pour des soins ambulatoires
 - › jusqu'à 60 jours pour des soins hospitaliers et médecine générale facturant via MediPrima.

3. Visite chez le-la professionnel-le de santé

- Administration des soins
- Vérification de la prise en charge :
 - › Soit via MediPrima (facturation électronique, actuellement possible pour les consultations de médecins généralistes et les soins hospitaliers),
 - › Soit via un document du CPAS (carte médicale/AMU, réquisitoire, bon, etc.)
- Établissement d'une Attestation Aide Médicale Urgente (AAMU) :
 - › Elle doit être rédigée par un-e médecin (généraliste ou spécialiste).
 - › Aucun modèle type n'est obligatoire selon la loi, mais certaines mentions sont impératives. Généralement le CPAS demande d'utiliser un modèle type.



Il existe différents modèles d'attestations aide médicale urgente (AAMU).

Le modèle d'AAMU développé par la Fédération des CPAS bruxellois est accepté par tous les CPAS bruxellois : voir [ici](#).

Mentions obligatoires sur l'AAMU :

- Identification complète de la personne concernée
- Date de la consultation
- Type et nombre de soins/interventions (consultation, soins, médicaments délivrés, etc.)
- Identification et signature du/de la prestataire de soins
- Date de rédaction du document

4. Modalités possibles de prise en charge par les CPAS :

Lorsque la demande a été acceptée, la prise en charge peut se faire de différentes manières.

- Selon les CPAS, le choix du de la prestataire peut être libre ou imposé sur base d’une liste de prestataires agréés par le CPAS. Il reste toujours possible de demander au CPAS de changer de prestataire de soins, tant que ce-tte prestataire a un numéro INAMI et applique les tarifs conventionnés.
- Selon les CPAS, différentes formes de couverture peuvent être utilisées :

Réquisitoire	Accord nominatif ponctuel pour une prestation ou un soin précis. Généralement le réquisitoire dans le cadre d’une AMU est utilisé pour des consultations chez des spécialistes ou des aides médicales couvertes sur fonds propres par le CPAS (sans nomenclature INAMI)	
Carte AMU/ médicale individuelle	Droit d'accès à un ensemble de soins sur une période donnée (durée variable selon les CPAS, jusqu'à 1 an, généralement cette « carte » permet de couvrir tous les soins repris dans la nomenclature INAMI)	• Peut couvrir l'AMU mais est également utilisé en général dans le cadre de l'aide sociale de santé • De plus en plus utilisée par les CPAS • Permet de ne pas devoir renouveler pour chaque épisode de soin
Bon d'achat	Généralement pour du matériel (lunettes, matériel médical, protections urinaire, etc.)	• Requiert une prescription médicale • Des devis sont souvent demandés



Pour aller plus loin :

- Médecins du Monde : [ici](#).
- Droits Quotidiens : [ici](#).
- Medimmigrant : [ici](#).

4. SITUATIONS PARTICULIÈRES

PROCÉDURE 9TER

L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 permet à une personne qui séjourne en Belgique d'introduire une demande d'autorisation de séjour

- Quand elle souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique
- Quand il existe un risque réel de traitement inhumain ou dégradant pour lequel il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Une **demande de régularisation médicale** se divise en 2 parties : l'analyse sur la recevabilité d'abord, l'analyse sur le fond du dossier ensuite. En principe, l'Office des Étrangers (OE) se prononce d'abord sur la recevabilité du dossier, et dans un second temps sur le fond du dossier.

- Si l'Office des Étrangers déclare le dossier recevable, la personne a droit à un titre de séjour temporaire (une carte orange ou une attestation d'immatriculation) qui sera renouvelé jusqu'à ce qu'une décision soit prise concernant le fond de sa demande. La personne peut dans ce cas bénéficier d'une aide sociale financière équivalente au Revenu d'Intégration Sociale via le CPAS de sa commune de résidence jusqu'à ce qu'une décision soit prise sur le fond de sa demande. L'attestation d'immatriculation seule n'est pas un document suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. La personne peut néanmoins être inscrite en tant que personne à charge si elle remplit certaines conditions, notamment de cohabitation ou de parenté

avec une personne elle-même inscrite comme titulaire à l'assurance-maladie.

- Il arrive régulièrement que l'OE analyse ces 2 éléments en une seule fois et déclare le dossier « recevable mais non fondé » dans une seule décision. Dans ce cas, le statut de séjour de la personne ne change pas et aucun droit supplémentaire ne lui est octroyé durant la procédure.

Dans les 2 cas, l'accès aux soins se fait via l'AMU si la personne ne dispose d'aucun titre de séjour sur une autre base au moment de sa demande.

Le certificat médical joue un rôle crucial dans la régularisation 9ter. Si une personne répond à la définition ci-dessus, il est important de l'orienter vers une structure spécialisée en droits des étrangers et/ou vers un-e avocat-e qui pourra discuter avec elle de la possibilité de déposer un dossier 9ter. Si cette piste est envisagée, il faudra une collaboration étroite entre le service juridique et/ou l'avocat.e et le-la médecin généraliste et/ou les spécialistes pour la rédaction du certificat médical-type.

Pour que le dossier soit de la meilleure qualité possible, il faudra également communiquer tous les renseignements utiles et récents concernant la maladie, les possibilités de traitement dans le pays d'origine et l'accessibilité à ce traitement à l'avocat.e de la personne. Le certificat médical doit impérativement être celui de l'Office des Étrangers (Voir encadré ci-dessous). Celui-ci doit dater de moins de 3 mois au moment de la demande.

En cas de doute sur l'opportunité de demander une régularisation pour raison médicale, il est important de compléter le certificat médical et d'orienter la personne vers un service spécialisé. Le certificat complété est remis à l'intéressé-e, qui le transmettra aux professionnel·les qui l'accompagnent dans l'introduction de sa demande.



Pour aller plus loin :

- *Certificat médical de l'Office des Étrangers : [ici](#).*
- *Aide au bon remplissage de cette demande (en Fr) : [ici](#).*
- *Informations générales sur l'introduction d'un 9ter : [Medimmigrant](#)*
- *Informations sur la procédure (en NI) : [ici](#).*
- *Retrouvez dans le répertoire quelques services d'accompagnement juridiques.*

PERSONNES EN CENTRES DE DÉTENTION ADMINISTRATIVE (CENTRES FERMÉS)

Les personnes qui ne sont pas autorisées à séjourner en Belgique peuvent légalement être détenues en centre de détention administrative. Il peut s'agir :

- De personnes sans papiers ayant reçu un ordre de quitter le territoire (OQT),
- De personnes ayant effectué une DPI dans un autre pays européen ou à la frontière,
- De personnes refoulées à la frontière en cas de doute au moment des contrôles.

Les personnes détenues ont droit à une assistance individuelle : médicale, psychologique, sociale et juridique.

La coalition MOVE (Caritas, JRS, Ciré et Vluchtelingenwerk) est actuellement l'une des rares équipes externes dont une des missions consiste à rendre régulièrement visite aux personnes en détention administrative. En partenariat avec Médecins Sans Frontières (MSF), elle a également mis en place un groupe de médecins bénévoles, qui interviennent dans le cadre de certaines procédures pour établir des rapports médicaux, des constats ou des attestations en lien avec les demandes de régularisation (9ter), et éventuellement pour fournir un second avis.

Accès aux soins de santé

Les centres de détention administrative doivent disposer d'un service médical accessible les jours ouvrables aux heures mentionnées dans leur ROI et disponible en permanence en cas d'urgence.

Ce service médical doit conserver les informations relatives aux médicaments administrés à ces occupant·es et aux traitements prescrits.

La personne détenue a droit à un suivi médical et psychologique par le service social du centre.

Pour des examens complémentaires, les personnes détenues peuvent être emmenées dans des établissements médicaux extérieurs au centre.

Elles peuvent également demander à consulter un·e professionnel·le de santé de leur choix, extérieur·e au centre, et accéder à une partie de leur dossier médical sur demande.

Médecins externes

La personne détenue peut faire appel au·à la médecin externe de son choix. Cette dernier·ère devra se rendre au centre de détention administrative et devra demander au·à la directeur·rice l'autorisation de voir la personne à l'intérieur du centre. La visite ne peut être refusée que pour l'une des trois raisons suivantes :

- Absence d'intérêt légitime, danger pour l'ordre public,
- Danger pour l'intégrité morale de la personne.
- Danger pour l'intégrité physique de la personne (art. 37 A.R. 2002 : voir [ici](#)).

▲ Si l'admission du·de la médecin externe est refusée, la personne peut introduire une plainte.

Bon à savoir :

- Les frais liés à la visite d'un-e médecin externe (frais de déplacement, de consultation...) ainsi que le coût des médicaments et/ou du traitement prescrit sont à charge de la personne détenue. Une consultation médicale par un-e médecin externe est donc financièrement difficile à mettre en place.
- Le-la médecin externe doit pouvoir avoir accès au dossier médical de la personne tenu par le service médical du centre (art. 60 A.R. 2002 : [ici](#)).
- Le-la médecin externe doit communiquer le traitement prescrit au-la médecin attaché-e au centre pour un bon suivi. Si les deux médecins ne sont pas d'accord sur le traitement, la contestation est soumise pour décision arbitrale à un troisième médecin désigné par le Directeur général de l'Office des Étrangers (art. 53 A.R. 2002 : [ici](#)).

Accès à un service social et juridique

La personne détenue peut bénéficier du soutien social et juridique des visiteur-euses de la coalition Move qui se rendent chaque semaine dans les centres.

La personne détenue a le droit de téléphoner quotidiennement et gratuitement à son avocat-e entre 8h et 22h (sauf durant les repas). Elle peut introduire un recours pour contester sa détention.

La personne détenue peut, en cas de violation de ses droits, introduire une plainte via le service social, afin de contacter la direction du centre.



Pour aller plus loin :

Les centres de détention administrative de Belgique – Fiches Pratiques Association pour le droit des étrangers (ADDE) : [ici](#).

PERSONNES EN PRISON

La Belgique a souscrit aux 'Mandela Rules' internationales, qui stipulent trois grands principes en matière de soins de santé en prison : l'équivalence des soins aux détenu-es par rapport à ceux prodigués dans la société, la continuité des soins et l'indépendance des prestataires de soins.

Le-la détenu-e doit pouvoir bénéficier des mêmes soins de santé que dans la société libre. Les soins sont assurés par une offre interne : des infirmier-ères, des médecins, des psychiatres, des psychologues, des dentistes et des kinésithérapeutes travaillent dans les prisons.

Situation assurantielle

Les personnes placées en détention ou internées sont affiliées à l'assurance obligatoire via une mutualité. Cette affiliation permet de couvrir les soins auxquels la personne a recours lorsqu'elle sort en permission de sortie ou en congé pénitentiaire au cours de sa détention. En plus, les détenu-es bénéficient d'un statut BIM dès leur premier jour d'incarcération.

Deux situations se présentent :

- La personne était affiliée avant sa détention.
 - › Elle reste affiliée à la même mutualité pendant la période de détention.
 - › Elle peut demander un changement de mutualité à tout moment.
- La personne n'était pas affiliée au moment de sa détention.
 - › Elle est affiliée automatiquement à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

- › Elle pourra s'affilier ultérieurement à une mutualité libre de son choix. (Exception : les personnes de nationalité étrangère non autorisées à séjourner plus de 3 mois en Belgique restent affiliées à la CAAMI jusqu'à leur libération sans possibilité de changement pendant la détention).

▲ Si le-la détenu-e ou la personne internée ayant cette qualité spécifique de titulaire détenu-e est de nationalité étrangère et n'a ni admission ni autorisation pour séjourner en Belgique plus de trois mois, il-elle ne peut prendre à sa charge aucun-e membre de son ménage.

Prise en charge des soins

- Soins à l'intérieur de la prison : assurés par les services médicaux internes. Ces soins restent pour le moment organisés et financés par le SPF Justice.
- Soins à l'extérieur de la prison (consultations, hospitalisations):
 - › Dans le cadre de permissions de sortie ou congés pénitentiaires : remboursés par l'INAMI selon les règles de l'assurance obligatoire.
 - › Dans le cadre d'extraction médicale : organisés et financés par le SPF Justice.

Tout soin prodigué à l'extérieur (lors des permissions de sortie ou sorties pénitentiaires) est remboursé par l'INAMI à condition que ce soit chez un-e professionnel-le conventionné-e et que les soins prodigués soient remboursés par l'assurance obligatoire.

Auparavant, la personne en sortie provisoire (permission de sortie, congé pénitentiaire ou détention limitée) devait recevoir une « attestation de détention » ou « attestation garantie mutuelle » à remettre au prestataire de soins extérieur lui permettant de ne pas avoir à payer le ticket modérateur et permettant au prestataire de facturer comme il se doit à l'INAMI. Cette attestation est encore utilisée actuellement, bien qu'elle ne soit plus nécessaire, puisque les professionnel·les extérieur·es peuvent désormais accéder au statut BIM de la personne détenue via les plateformes informatiques.

Participation financière

La mutualité essaie d'abord de mettre la personne (détenue ou placée comme internée) en ordre d'assurabilité selon les règles générales. Si ce n'est pas possible, la mutualité l'assurera en qualité de titulaire détenu. Dans ce cas, la personne détenue ne paie aucune cotisation.

Pour ces soins dispensés en dehors de l'établissement pénitentiaire (lors des permissions de sortie ou congés pénitentiaires), le·la dispensateur·rice ou l'institution de soins facture les prestations directement à la mutualité du·de la patient·e, y compris la part à charge de ce·tte patient·e (ticket modérateur).

En cas d'hospitalisation, aucun supplément ne peut être facturé, ni de chambre ni d'honoraires.

Sortie de prison

Au moment de la sortie définitive de prison, l'affiliation mutuelle court jusqu'à la fin de l'année de la sortie pour toute personne relevant du régime d'assurance maladie obligatoire. Ensuite, la personne doit faire les démarches pour se réaffilier.

Concernant les personnes qui ne relèvent pas du régime d'assurance maladie obligatoire car étant la responsabilité d'autres institutions (à savoir, par exemple, les personnes sans papiers, les demandeur·ses d'asile, les fonctionnaires européens ou de l'OTAN, etc.), l'affiliation mutuelle s'arrête à la sortie de prison. Il s'agira alors pour ces personnes d'engager d'autres aides de remboursement telles que, par exemple, une demande d'Aide Médicale Urgente auprès du CPAS de la résidence habituelle pour les personnes sans papiers ou le remboursement des soins directement par l'institution responsable (FEDASIL, OTAN, etc.).

SITUATION	DISPOSITIF	ORGANISME COMPÉTENT
La personne était affiliée à une mutuelle avant son incarcération	Maintien des droits assurances mutuelle invalidité	Mutualité concernée
La personne n'avait pas de mutuelle à l'entrée en prison	Affiliation automatique à la CAAMI pendant la détention	CAAMI
La personne est sans papier	Bénéficie des soins via la CAAMI pendant la détention (pas d'AMU en prison) sans possibilité de changer vers une mutuelle	CAAMI
À la sortie de prison	Fin de l'affiliation automatique ; réaffiliation à prévoir ou orientation vers le CPAS	Mutualité ou CPAS

Situations particulières

- Les personnes détenues gravement malades sont transférées au centre médico-chirurgical de la prison de Saint-Gilles, au centre médical du complexe pénitentiaire de Haren, de Bruges ou à la polyclinique de la prison de Lantin où elles reçoivent des soins spécialisés. Si c'est nécessaire, elles peuvent également être transférées dans un hôpital en dehors de la prison.
- En théorie, les personnes âgées reçoivent des soins adaptés. Dans la pratique rien de particulier n'est mis en place.
- Les femmes enceintes et celles ayant accouché bénéficient de cellules plus grandes et parfois dans une aile réservée aux mamans-bébés.
- Pour les personnes en situation de handicap physique, les nouvelles prisons disposent de cellules adaptées (PMR = Personnes à mobilité réduite). En revanche, dans les

établissements plus anciens, l'accès reste problématique : les cellules sont parfois trop exigües pour permettre l'entrée d'un fauteuil roulant.

- Les hommes présentant un handicap de type trouble mental sont souvent placés dans les annexes psychiatriques. Ces annexes n'existent pas dans les prisons pour femmes, qui, par ailleurs, ne disposent pas de soins psychiatriques adaptés.
- Les personnes internées devraient recevoir des soins adaptés à leur état de santé, mais les prisons ne sont pas toujours équipées pour cela. En pratique, de nombreux·ses interné·es restent en prison en attendant un transfert vers un établissement de soins.

- Le réseau de santé mentale BRUMENTA, dans le cadre du projet pilote PPL (Psychologues de Première Ligne) conventionne des psychologues de première ligne à Haren. Ces psychologues peuvent réaliser des prises en charge intra-muros mais également des suivis des détenu-es condamné-es à l'extérieur de la prison (permission de sortie, congé pénitentiaire, surveillance électronique et libération conditionnelle). Plus d'informations : [ici](#)

MINEUR·ES ÉTRANGER·ÈRE NON ACCOMPAGNÉ·ES (MENA)

Les Mineur·es Étranger·ère Non Accompagné·es (MENA) sont des jeunes de moins de 18 ans qui arrivent seul·es (ou sans la présence d'un·e représentant·e légal·e) en Belgique, souvent en quête d'asile ou fuyant des conditions de vie difficiles comme la guerre, la persécution, la violence, une situation instable au sein du pays d'origine.

Reconnaissance d'un·e MENA

Les jeunes MENA sont particulièrement vulnérables aux abus, à l'exploitation, à la traite des êtres humains, ainsi qu'à la manipulation par des réseaux criminels. En Belgique, il existe un système de protection dont le point de départ est le signalement du·de la jeune. Ce signalement va permettre d'enclencher un certain nombre de mécanismes favorables au·a la MENA tel que l'accès à un·e tuteur·rice, à la scolarité, à un accompagnement psychosocial et juridique, à un accueil spécifique, à l'aide pour le regroupement familial...

Ce signalement permet au service des Tutelles d'être au courant de la présence d'une personne à protéger sur le territoire. Il peut être fait par le·la jeune, par un·e particulier·ère ou encore une association au moyen d'une fiche de signalement envoyée au Service des Tutelles. Les services publics (ex : CPAS, Office des étrangers, Commune) sont eux légalement obligés de déclarer la présence du·de la MENA.

Le service des Tutelles désigne ensuite un·e adulte comme tuteur·rice légal·e dont le rôle est de représenter le·la mineur·e légalement et de veiller à son accès aux droits fondamentaux (scolarité, logement, santé...)

Certain·es MENA présent·es en Belgique ne se déclarent pas nécessairement auprès du service des Tutelles car choisissent de rester « invisibles » pour diverses raisons : méfiance envers les autorités, informations erronées, crainte d'une expulsion ou d'un transfert vers un autre pays européen (procédure Dublin), volonté de poursuivre leur parcours migratoire sans contrainte...

Si un·e jeune hésite quant au signalement, le service des Tutelles (service officiel) ou différentes organisations sont joignables pour avoir des informations ou prendre un rendez-vous pour expliquer dans la langue du jeune comment cela se passe en Belgique. Ces services ne travaillent qu'à la demande du jeune et ne transmettront aucune information aux autorités, à moins que ce soit la volonté du·de la jeune.

A noter, qu'un·e « MENA qui n'est pas enregistré·e officiellement » ne peut pas bénéficier des droits liés au statut de MENA.



Fiche de signalement d'un·une MENA : [ici](#).

L'accès aux soins des MENA

L'accès aux soins pour les MENA peut varier selon leur statut de séjour et les procédures qu'ils-elles ont entreprises.

Affiliation à une mutuelle

Lorsqu'un-e jeune est reconnu-e comme MENA par le Service des tutelles, il-elle peut être affilié-e à une mutuelle et bénéficier de l'assurance maladie obligatoire à condition de répondre à l'une des situations suivantes :

- S'il-elle a plus de 5 ans : il-elle doit fréquenter depuis au moins trois mois consécutifs un établissement d'enseignement fondamental ou secondaire agréé par une autorité belge
- S'il-elle a moins de 5 ans : il-elle doit avoir été présenté-e à un service de soutien préventif aux familles (ONE ou Kind & Gezin) ou être inscrit-e dans un établissement d'enseignement maternel
- Il-elle est dispensé-e de l'obligation scolaire par le service communautaire compétent (par exemple en cas de maladie grave)

L'affiliation à la mutuelle est possible indépendamment du statut de séjour pour autant que le-la jeune ait un-e tuteur-ric(e) désigné-e et remplisse une des conditions ci-dessus.

C'est le-la tuteur-ric(e) désigné-e qui inscrit le-la MENA à l'assurance maladie obligatoire. Le-la MENA peut être inscrit-e en tant que titulaire ou en tant que MENA à charge d'une personne affiliée. Il existe une priorité dans les catégories d'inscription à respecter pour l'inscription des MENA à la mutuelle. Pour plus d'informations, il peut être intéressant de se

tourner vers les associations spécialisées dans l'accompagnement des MENA répertoriées dans le répertoire de ce Focus.

Le-la MENA bénéficie du droit à l'intervention majorée et n'a pas à payer de cotisation pour l'assurance obligatoire. Les mutuelles réclament une cotisation pour l'assurance complémentaire obligatoire.

Intervention de Fedasil

Fedasil prend en charge les MENA demandeur-euses de protection internationale (DPI) disposant d'un code 207. Ces jeunes doivent obligatoirement être inscrit-es à une mutuelle dès qu'ils-elles remplissent les conditions de scolarité.

Une fois affilié-es, les soins sont remboursés par la mutuelle et Fedasil prend en charge le ticket modérateur. Le-la MENA ou son-sa tuteur-ric(e) doit pour ce faire se munir au préalable d'un réquisitoire. Pour plus d'informations sur le fonctionnement des réquisitoires de FEDASIL.



Voir la partie traitant ce sujet dans ce focus, p.18

Intervention du CPAS

Les MENA peuvent bénéficier de l'aide médicale urgente (AMU) du CPAS lorsqu'ils-elles ne résident pas dans une structure d'accueil, qu'ils-elles ne disposent pas d'un code 207 (Fedasil) et qu'ils-elles ne peuvent être affilié-es à une mutuelle.

Cette situation concerne par exemple :

- Les jeunes vivant chez un-e membre de la famille ou un-e ami-e qui n'est pas couvert-e par l'assurance maladie obligatoire et qui ne peuvent donc pas être inscrit-es comme personnes à charge ni comme titulaires auprès d'un organisme assureur (par exemple, faute de certificat de scolarité ou de droit de séjour stable),
- Les jeunes vivant dans la rue ou dans des squats,
- Les jeunes qui, à leur 18e anniversaire, ne disposent pas d'un titre de séjour en Belgique.

Dans ces cas, le-la tuteur-riche ou l'accompagnant-e doit introduire une demande d'aide médicale urgente auprès du CPAS compétent afin de garantir la couverture des frais médicaux essentiels.



Pour plus d'informations concernant les critères et l'introduction d'une AMU :
voir la partie sur les personnes sans papiers de ce Focus

Il est important de souligner que le CPAS a l'obligation de déclarer la présence du MENA au service des Tutelles.

Points d'attention pour les professionnel·les

- Toujours vérifier si un-e tuteur-riche a été désigné-e, car il-elle est l'interlocuteur-riche légal-e. Le-la MENA devrait alors avoir une mutuelle. Si ce n'est pas le cas, le-la tuteur-riche peut s'en assurer.

- Vérifier si la personne est hébergée dans un centre (Fedasil, CPAS, ONG...)
- En cas d'absence de titre ou de prise en charge officielle : vers une association spécialisée MENA (Voir le répertoire des ressources de ce Focus)



Pour aller plus loin sur le remboursement des soins de santé concernant les MENA :

- *Ressources – Plate-forme mineur en exil : [ici](#).*
- *Directive de l'INAMI à l'organisme assureur concernant l'assurance maladie des MENA : [ici](#).*
- *Accès à l'Assurance maladie obligatoire pour les MENA pris en charge par FEDASIL : [ici](#).*

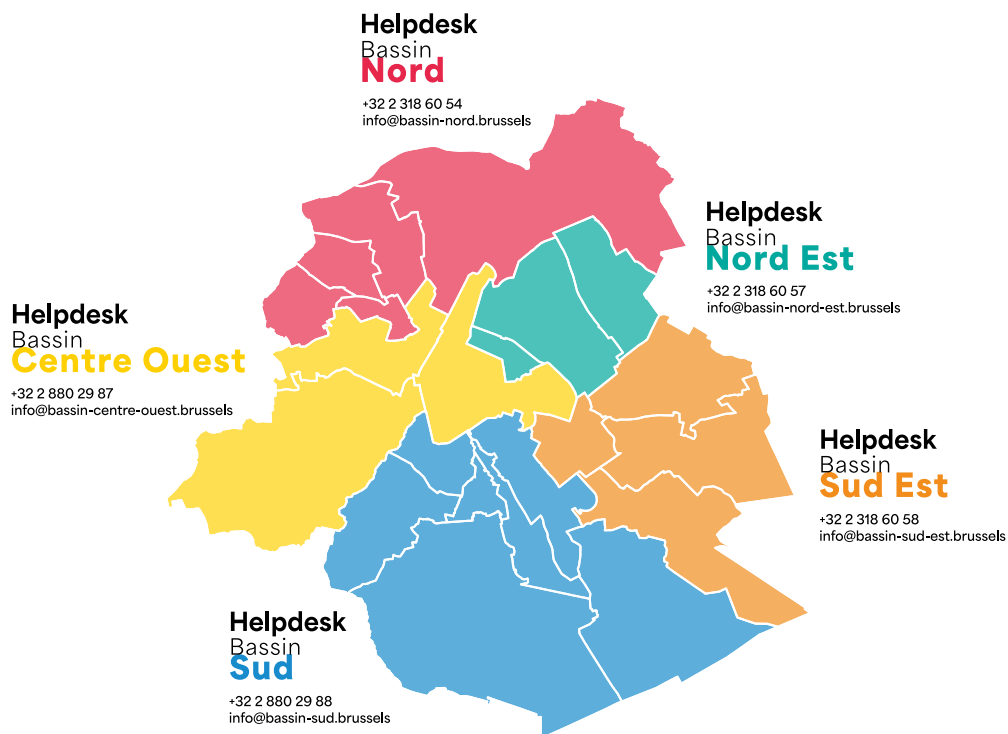
5. ALLER PLUS LOIN

[Soutien Psychologique pour les personnes sans assurance maladie classique en Belgique.](#)

Pour construire ce Focus, nous nous sommes basés sur une série de documents.

- Médecin du Monde - [La Toolbox Bruxelles en FR](#)
- [La Toolbox Anvers en NL](#) (attention certaines informations sont spécifiques à Anvers)
- Le site de [Medimmigrant](#)
- Le site de [Fedasil](#)
- Le site de [Droits quotidiens](#)
- Le site de [CIRE](#)

Les secteurs associatifs regorgent de supports comme ceux-ci. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive.





FOCUS DISPONIBLES

- Accessibilité financière aux soins de santé - assurance maladie obligatoire
- Soins palliatifs et fin de vie
- Ressources pour une vie à domicile
- Systèmes de prise en charge du diabète de type 2
- Santé mentale : offre de soutien et d'accompagnement
- Soutien à domicile pour les personnes de 60 ans et +
- Périnatalité : offre de soins et d'accompagnement



Les focus s'articulent avec des répertoires, des FAQ et Focus Live (webinaires).

→ Rendez-vous sur brusano.brussels



Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE