

Soins médicaux pour les étrangers.

Qui paie quoi?

procédures à suivre pour obtenir les soins médicaux
en fonction du statut de séjour

› version 05/2013

Il n'est pas toujours aisé de savoir en vertu de quelle réglementation les frais médicaux des étrangers seront payés. Ce texte informatif présente les **sept principales réglementations de paiement/de remboursement** de frais médicaux les plus fréquemment appliqués aux étrangers résidant en Belgique. Il arrive que différentes réglementations de paiement se recoupent.

- 1 Affiliation à une mutualité belge et intervention de celle-ci
- 2 Intervention de la mutualité d'un pays d'origine membre de l'UE
- 3 Fedasil (et ses partenaires d'accueil)
- 4 CPAS
 - Intégration sociale de base ou aide sociale
 - Accueil matériel dans des initiatives locales d'accueil
 - Réglementation CPAS dite de 'l'aide médicale urgente'
- 5 Assurance maladie privée
- 6 Tiers payant - Garant - Débiteur d'aliments
- 7 La personne concernée prend elle-même en charge le paiement de ses frais médicaux

Vous trouverez des informations mises à jour ainsi que davantage de détails sur nos sites internet:

www.medimmigrant.be, www.medischezorg.be, www.orientatiepunt.be, www.vreemdelingenrecht.be

Vous pouvez également y trouver plus d'informations sur les réglementations de paiement appliquées aux personnes résidant dans des centres spécifiques comme par ex. les centres pour victimes de la traite des êtres humains ou pour mineurs non accompagnés.

Contenu

1. Affiliation à une mutualité belge et intervention de celle-ci	4
1.1. Que couvre cette réglementation de paiement ?	4
1.2. Qui est concerné? A quelles conditions faut-il satisfaire?	4
1.2.1. Affiliation à la mutualité en tant que bénéficiaire	5
1.2.2. Affiliation à la mutualité en tant que personne à charge d'un bénéficiaire	6
1.2.3. Informations complémentaires.....	7
1.3. Quelles démarches l'étranger doit-il entreprendre?	7
1.3.1. L'étranger peut s'affilier en tant que bénéficiaire en vertu de son inscription au registre national	8
1.3.2. L'étranger peut s'affilier en tant que personne à charge d'un bénéficiaire, mais sur une autre base que celle de son statut de séjour (avec ou sans inscription au registre national)	8
2. Intervention de la mutualité d'un pays d'origine membre de l'UE	9
3. Fedasil (et ses partenaires d'accueil)	11
3.1. Que couvre cette réglementation de paiement?	11
3.1.1. Règle générale	11
3.1.2. Exceptions à la règle de base	11
3.2. Qui est concerné ? Quelles sont les conditions ?	12
3.2.1. Demandeurs d'asile.....	12
3.2.2. Autres bénéficiaires de l'accueil matériel	13
3.2.3. Exceptions : demandeurs d'asile ne résidant pas dans une structure d'accueil matériel	14
3.3. Quelles démarches l'étranger doit-il entreprendre ?	15
3.3.1. Séjour dans une structure d'accueil collectif.....	15
3.3.2. Séjour dans une structure d'accueil individuel	16
3.3.3. Séjour en dehors de la structure d'accueil.....	16
4. CPAS	18
4.1. Intégration sociale de base ou aide sociale	18
4.1.1. Que couvre cette réglementation de paiement ?	18
4.1.2. Qui est concerné ? Quelles sont les conditions ?.....	18
4.1.3. Quelles démarches doit entreprendre l'étranger?	21
4.2. Accueil matériel dans des initiatives locales d'accueil	22
4.2.1. Que couvre cette réglementation de paiement?	22
4.2.2. Qui est concerné? Quelles sont les conditions?	22
4.2.3. Quelles démarches doit entreprendre l'étranger?	23
4.3. La réglementation CPAS dite de 'l'aide médicale urgente'	23
4.3.1. Que couvre cette réglementation de paiement?	23
4.3.2. Qui est concerné? Quelles sont les conditions?	23
4.3.3. Que faire pour en bénéficier? Quelles démarches entreprendre?	24
5. Assurance voyage (y compris l'assurance santé privée)	26
5.1. Que couvre cette réglementation de paiement?	26
5.2. À quelles conditions l'assurance doit-elle satisfaire?	26
6. Tiers payant - Garant - Débiteur d'aliments	27
6.1. Tiers payant: travail (bénévolat) - circulation - association	27

6.2. Garant / cautionneur	28
6.3. Débiteurs d'aliments dans le cadre de la réglementation des CPAS	28
7. La personne concernée prend elle-même en charge le paiement de ses frais médicaux	30

1. Affiliation à une mutualité belge et intervention de celle-ci

1.1. Que couvre cette réglementation de paiement ?

Les mutualités et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) **remboursent les soins médicaux** reconnus par l'assurance maladie, tels qu'une consultation chez un médecin ou un kinésithérapeute, une hospitalisation ou l'achat de produits pharmaceutiques. Le remboursement de ces soins médicaux reconnus est fixé par la loi et est donc identique quelle que soit la mutualité. Il dépend toutefois de la nature de la prestation, du statut de la personne couverte par l'assurance maladie et du prestataire de soins.

Les mutualités proposent également une assurance complémentaire qui couvre une partie plus large des frais de certaines prestations de soins. Cette offre supplémentaire diffère selon les mutualités.

La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) est un organisme public qui offre une assurance obligatoire, mais pas d'assurance complémentaire. Vous ne devez donc pas payer de droit d'affiliation (mais bien vos cotisations de sécurité sociale).

La mutualité ne rembourse pas tous les frais. Les prestations médicales correspondant à un code de nomenclature ou de pseudonomenclature sont remboursées totalement ou partiellement, contrairement aux prestations privées de ce code. Les médicaments sont classés en catégories. Seuls les médicaments de la catégorie D ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Dans le cas des prestations médicales et des médicaments qui ne sont remboursés que partiellement, le patient doit fournir une quote-part personnelle, également appelée **ticket modérateur**.

Pour une même prestation médicale ou un même médicament, tous les assurés ne bénéficient pas d'un même remboursement par la mutualité. Par exemple, les personnes ayant droit à une **intervention majorée**¹ reçoivent un remboursement plus élevé et paient donc un ticket modérateur moins important. Les personnes suivantes ont droit à une intervention majorée sans devoir remplir des conditions de revenu :

- celles qui ont bénéficié d'un revenu d'intégration du CPAS ou d'une aide sociale (financière) équivalente au revenu d'intégration pendant une période ininterrompue d'au moins trois mois ou pendant au moins six mois au cours d'une période de douze mois civils successifs ;
- celles qui ont bénéficié d'une garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une majoration de rente ;
- celles qui ont touché du SPF Sécurité Sociale une allocation de remplacement de revenu pour personne handicapée ;
- les mineurs étrangers non accompagnés ;
- les enfants handicapés.

Beaucoup d'autres catégories de personnes doivent remplir une condition de revenu pour avoir droit à une intervention majorée, notamment les bénéficiaires du statut OMNIO. Ce statut n'est pas octroyé automatiquement mais doit être demandé auprès de la mutualité.

1.2. Qui est concerné? A quelles conditions faut-il satisfaire?

Être affilié à une mutualité est possible en tant que **bénéficiaire** ou en tant que **personne à charge**. Le bénéficiaire prend en charge les éventuelles obligations de cotisations et peut dès lors prétendre au bénéfice de l'assurance maladie pour lui-même. Les personnes à charge (par ex. les enfants) dépendent

¹ Plus d'infos : www.inami.be.

d'un bénéficiaire, notamment quant à l'octroi de leur droit. Elles ont au minimum les mêmes droits que leur bénéficiaire, mais peuvent aussi bénéficier de droits supplémentaires. Une personne à charge peut par ex. avoir droit à une intervention majorée, tandis que le bénéficiaire dont elle dépend ne peut pas y prétendre.

1.2.1. Affiliation à la mutualité en tant que bénéficiaire

Toute personne qui répond aux **conditions ci-dessous** a droit à une assurance maladie en tant que bénéficiaire: par le travail, en tant qu'étudiant inscrit dans l'enseignement supérieur de jour (enseignement de troisième niveau), en vertu du statut de séjour ou en tant que mineur étranger non accompagné.

PAR LE TRAVAIL

Le travailleur **déclaré** en Belgique doit s'affilier à une mutualité.

- Pour les salariés, c'est l'employeur qui paie les cotisations de sécurité sociale.
- Les indépendants paient eux-mêmes les cotisations de sécurité sociale à une caisse sociale pour indépendants.

Certaines personnes peuvent être assurées pour leurs soins de santé sur la base de leur travail, même si elles n'ont officiellement pas le droit de travailler. L'employeur paie des contributions sociales et le salaire de manière vérifiable (**emploi blanc**). La mutualité du salarié est par conséquent en ordre. L'intéressé travaille, même s'il ne peut pas (ou ne peut plus) être légalement employé. C'est généralement le cas lorsque l'intéressé pouvait travailler officiellement dans le cadre d'une procédure antérieure et qu'il a perdu ultérieurement le droit de travailler à la suite d'un changement de statut.

EN TANT QU'ETUDIANT INSCRIT DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE JOUR (ENSEIGNEMENT DE TROISIÈME NIVEAU)

Les étudiants qui suivent un enseignement supérieur de jour dans un établissement repris dans la liste des établissements agréés par l'INAMI² peuvent s'affilier à une mutualité, sur présentation de la déclaration qui leur a été délivrée par l'école. Ils paient une cotisation personnelle.³

EN VERTU DU STATUT DE SÉJOUR⁴ (VOIR AUSSI 1.3.1.)

Peuvent s'affilier à une mutualité :

- Les étrangers qui sont autorisés de plein droit ou habilités à séjourner plus de trois mois ou pour une durée indéterminée en Belgique (inscrits au registre des étrangers) ;
- Les étrangers qui sont installés en Belgique (inscrits au registre de la population) ;
- Le candidat réfugié dont la demande a été déclarée recevable avant le 1er juin 2007 par l'Office des Étrangers (OE) ou par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) et dont la demande est encore en cours de traitement. Cette catégorie diminue. Elle concerne les personnes qui ont introduit une demande d'asile sous l'ancien système. La plupart de ces personnes a entre-temps reçu une décision sur le fond ou une décision concernant leur recours en justice.

MINEURS ETRANGERS NON ACCOMPAGNÉS

Les mineurs non accompagnés bénéficient depuis le 1^{er} janvier 2008 de leur propre droit à une assurance maladie et à une intervention majorée.

Ils doivent prouver qu'ils ont suivi un enseignement pendant au moins trois mois consécutifs dans une école primaire ou secondaire, sauf s'ils ont été dispensés d'obligation scolaire.⁵ Les mineurs non

² www.inami.fgov.be (Home > Organismes Assureurs (O.A.) > Circulaires aux O.A. > Service du contrôle administratif).

³ www.inami.fgov.be (Home > Assurés sociaux > Frais médicaux > Cotisations personnelles).

⁴ Circulaire INAMI du 15 juin 2010 relative aux modalités de preuve pour l'inscription au registre national.

⁵ Dispensés d'obligation scolaire par la 'Commission consultative de l'enseignement spécial', la 'Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs' ou la 'Sonderschulausschuss'.

scolarisables doivent être inscrits dans un service de soutien familial préventif (Kind & Gezin ou ONE) ou dans une institution d'enseignement préscolaire.

Les mineurs qui bénéficient déjà d'une assurance maladie ne sont pas concernés par cette réglementation.

SUR BASE D'UNE AUTRE QUALITÉ

Certains étrangers peuvent être inscrits sur base d'une autre qualité⁶. C'est le cas, par exemple, des allocataires sociaux (chômage, pension, grossesse, ...). La prolongation du droit peut par ailleurs s'appliquer.

1.2.2. Affiliation à la mutualité en tant que personne à charge d'un bénéficiaire

Une personne à charge d'un bénéficiaire obtient grâce à celui-ci un droit dérivé au remboursement des frais de soins de santé. Le revenu de la personne qui souhaite s'affilier en tant que personne à charge ne peut pas excéder un certain plafond trimestriel (2 265,49 € net au 1^{er} trimestre 2012). Le bénéficiaire doit remplir une déclaration sur l'honneur attestant que la personne à charge gagne moins que le montant maximal autorisé.

Une personne peut être à charge dans quatre situations : en tant que conjoint cohabitant, en tant qu'enfant, en tant qu'ascendant ou en tant que cohabitant.

LE CONJOINT COHABITANT

Est concerné ici le conjoint cohabitant vivant sous le même toit. La cohabitation ressort du registre national ou, à défaut, d'un acte de mariage⁷. Il doit s'agir d'un acte de mariage belge ou d'une traduction jurée d'un acte de mariage étranger reconnu par la Belgique (légalisé ou muni d'une apostille, selon le pays).

LES (PETITS-)ENFANTS

Pour ses propres enfants ou pour les enfants adoptés, âgés de moins de 25 ans, une cohabitation n'est pas nécessaire. Il suffit de présenter l'acte de naissance ou l'acte d'adoption. En principe, les enfants doivent résider en Belgique.

Pour les petits-enfants, la cohabitation est exigée.

Si aucun lien de filiation ou d'adoption ne peut être démontré, le bénéficiaire ou son conjoint doit prouver qu'il assume l'entretien de l'enfant. La cohabitation peut permettre de l'établir. Elle ressort en principe du registre national ou de tout moyen de preuve reconnu par l'administration de l'INAMI.

Ces enfants peuvent également être couverts par l'assurance maladie de leurs parents adoptifs, mais une autorisation de l'INAMI est requise à cet effet.

LES ASCENDANTS (PARENTS EN LIGNE ASCENDANTE)

Les personnes suivantes peuvent être inscrites comme personne à charge: les ascendants cohabitants d'un bénéficiaire ou de son conjoint, et éventuellement leurs beaux-pères et belles-mères. Cette cohabitation doit figurer au registre national.

LA PERSONNE COHABITANTE

La personne qui cohabite avec le bénéficiaire peut être inscrite en tant que personne à charge. Cette cohabitation doit figurer au registre national. L'inscription n'est pas possible lorsque le conjoint du

⁶ Plus d'infos : article 32 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'AMI.

⁷ A.R. du 26 février 2003 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 : « *Toutefois, par exception à l'alinéa précédent, l'acte de mariage peut faire preuve de la condition de cohabitation entre les époux, en attendant l'adaptation des données précitées du Registre national suite à la cohabitation* ».

bénéficiaire a lui-même/elle-même la qualité de personne à charge ou si il/elle vit sous le même toit que le bénéficiaire.

1.2.3. Informations complémentaires

CARTE SIS

Tous les assurés en Belgique, adultes comme enfants, reçoivent une carte d'identité sociale (carte SIS). La puce de la carte SIS contient les droits que son propriétaire a en matière d'assurance maladie. Toutefois, la possession d'une carte SIS n'implique pas nécessairement que son titulaire a le droit d'être assuré.

Les étrangers qui viennent de s'affilier reçoivent une attestation provisoire qui a la même valeur que la carte SIS et qui est considérée comme telle par les prestataires de soins. Ils recevront leur carte SIS dans les six mois qui suivent, sauf si leur inscription au Registre national n'est pas encore en règle.

PROLONGATION DU DROIT

Les étrangers qui perdent leur droit à l'assurance maladie (suite à un changement de leur situation) bénéficient encore d'un droit de prolongation. L'assurance maladie reste en effet valable jusqu'à la fin de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit. Et lorsqu'on a encore pendant minimum un jour droit à l'assurance maladie au cours du dernier trimestre de l'année en cours, la souscription peut être prolongée d'un an.

STAGE D'ATTENTE

Le stage d'attente à l'inscription a été supprimé. L'intéressé a en général droit à l'assurance maladie dès le premier jour du trimestre au cours duquel il obtient la qualité de bénéficiaire.

Il existe certaines exceptions :

- les étudiants de l'enseignement supérieur, les personnes inscrites au registre national, les mineurs étrangers non accompagnés : le premier jour du trimestre au cours duquel la demande est introduite ;
- les personnes handicapées : le premier jour du trimestre au cours duquel elles ont introduit une demande de reconnaissance en tant que personne handicapée ;
- les personnes à charge : le jour où elles ont acquis la qualité de personne à charge.

Un stage d'attente de six mois peut encore être imposé, mais uniquement en cas de réinscription (la personne privée de droits depuis plus de deux ans doit se réinscrire à la mutualité. Si la période de non-affiliation est inférieure à deux ans, on parle d'une régularisation et non d'une réinscription).

1.3. Quelles démarches l'étranger doit-il entreprendre?

Lorsque la personne souhaite s'affilier à la mutualité,⁸ elle doit présenter, outre les documents relatifs à ses revenus (par ex. fiches de paie), les autres pièces justificatives qui attestent sa qualité de bénéficiaire ou de personne à charge.

Pour savoir quelles personnes peuvent se mettre en règle au niveau de la mutualité, une distinction doit être établie entre :

- les personnes qui peuvent s'affilier en tant que bénéficiaire sur base de leur qualité d' 'inscrit au registre national' (résidant ou séjournant en Belgique);
- les personnes qui ne peuvent s'affilier en vertu de leur statut de séjour.

⁸ L'affiliation est possible auprès d'une des mutualités que vous pouvez retrouver sur www.inami.fgov.be (Home > Assurés sociaux > les mutualités > Contactez les mutualités).

1.3.1. L'étranger peut s'affilier en tant que bénéficiaire en vertu de son inscription au registre national⁹

Les personnes suivantes peuvent s'affilier à la mutualité en vertu de leur titre de séjour¹⁰ :

- les étrangers titulaires d'une carte de séjour électronique (A, B, C, D, E, E+, F, F+, H);
- les étrangers en possession de l'équivalent papier :
 - annexe 8 ou 8 bis ;
 - (nouveau) annexe 15 si une case déterminée est cochée (l'INAMI devrait fournir prochainement des instructions à ce sujet) ;
 - passeport diplomatique ;
- les demandeurs d'asile dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 et qui sont en possession d'une attestation d'immatriculation modèle A ('carte orange'). Ils doivent dans le même temps pouvoir produire une annexe 25 ou 26 antérieure à cette date. Les demandeurs d'asile déclarés recevables qui ne disposent plus de leur attestation d'immatriculation parce qu'ils ont introduit un recours contre une décision négative ultérieure devant le Conseil du contentieux des étrangers doivent prouver la recevabilité de leur demande sur la base du code 206 du registre d'attente.

1.3.2. L'étranger peut s'affilier en tant que personne à charge d'un bénéficiaire, mais sur une autre base que celle de son statut de séjour (avec ou sans inscription au registre national)

Pour s'inscrire en tant que personne à charge d'un bénéficiaire, un ou plusieurs des documents suivants doivent être produits:

- l'acte de mariage attestant l'union entre les conjoints, l'acte de naissance de l'enfant attestant le lien entre le parent et l'enfant ou des documents attestant que le bénéficiaire subvient aux besoins de l'intéressé;
- les documents attestant le lieu de résidence effective du bénéficiaire (par ex. carte d'identité du bénéficiaire);
- parfois les documents attestant le lieu de résidence effective de la personne à charge; les (grands-) parents ou cohabitants non mariés doivent eux aussi prouver leur lieu de résidence principale par une inscription au Registre national (par ex. Attestation d'Immatriculation, Annexe 19, Annexe 35, ...);
- la composition de ménage, délivrée par la commune (si possible, pas obligatoire)
- les coordonnées de la mutualité du bénéficiaire (par ex. vignette)

Remarque

Certains étrangers qui souhaitent venir en Belgique dans le cadre du regroupement familial doivent produire au préalable une preuve d'assurance maladie. Dans certains cas, une mutualité belge peut attester que les membres de la famille d'un bénéficiaire peuvent s'affilier en tant que personnes à charge dès leur arrivée en Belgique. Si cela n'est pas possible et que l'étranger ne peut pas non plus faire jouer une assurance maladie publique dans son pays d'origine, la seule possibilité est de souscrire une assurance maladie privée.

⁹ Circulaire de l'INAMI du 15 juin 2010 relative aux modalités de preuve pour l'inscription au registre national.

¹⁰ Cette énumération repose sur l'article 128 *quinquies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, commenté dans la circulaire de l'INAMI du 15 juin 2010 relative aux modalités de preuve pour l'inscription au registre national.

2. Intervention de la mutualité d'un pays d'origine membre de l'UE

Les situations suivantes peuvent se produire pour les ressortissants de l'Union :

LE RESSORTISSANT DE L'UNION EST HOSPITALISÉ INOPINÉMENT.
IL S'AGIT DE SOINS INDISPENSABLES AU COURS D'UN SÉJOUR TEMPORAIRE.

- » Ces soins sont en principe remboursés conformément au tarif en vigueur dans le pays où les soins sont prodigués. Le ticket modérateur peut différer selon le pays d'origine.

Les « **soins indispensables** » sont les soins nécessaires pour éviter que l'assuré ne doive retourner prématurément dans l'État membre compétent afin de s'y faire soigner. Le ressortissant de l'Union doit pouvoir poursuivre son séjour temporaire dans des conditions médicalement sûres. Les affections soudaines ne sont pas les seules concernées : certaines « affections » chroniques ou existantes le sont également.

Le motif du séjour temporaire en Belgique n'a aucune importance tant que celui-ci ne vise pas exclusivement l'obtention de soins de santé ('soins programmés'). Il peut s'agir entre autres d'un touriste, d'un ressortissant de l'Union demandeur d'emploi au cours des trois premiers mois de son séjour, d'un travailleur détaché qui ne *transfère* pas son domicile dans le pays où il est détaché (dans le cas contraire, il n'est pas considéré comme travailleur transfrontalier). Le ressortissant de l'Union présente sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Tout ressortissant de l'Union affilié au système national d'assurance de son pays de résidence peut disposer d'une CEAM ou d'un document équivalent qui peut être faxé au moment de la prestation de soins ou après celle-ci. S'il est en mesure de présenter cette carte, il ne devra généralement rien payer lors d'une hospitalisation urgente. L'hôpital envoie la facture et une copie de la CEAM à une mutualité locale avec laquelle il collabore. Celle-ci paie l'hôpital et réclame le montant à la mutualité du pays d'origine.

LE RESSORTISSANT DE L'UNION NÉCESSITE UNE 'CONSULTATION' INOPINÉE.
IL S'AGIT DE SOINS INDISPENSABLES AU COURS D'UN SÉJOUR TEMPORAIRE.

- » Ces soins sont en principe remboursés conformément au tarif en vigueur dans le pays où les soins sont prodigués (le ticket modérateur peut différer selon le pays d'origine)

Pour plus de détails concernant les 'soins indispensables' : voir ci-dessus.

Le ressortissant de l'Union présente sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Il paie lui-même la consultation et demande le remboursement à une mutualité locale en Belgique (en produisant l'attestation de soins et la CEAM). S'il ne demande pas de remboursement à une mutualité belge, il peut le demander à sa propre mutualité après son retour.

LE RESSORTISSANT DE L'UNION SE REND À L'ÉTRANGER EN VUE D'UNE HOSPITALISATION PROGRAMMÉE.

- » Le remboursement a lieu conformément aux tarifs et aux conditions du pays où les soins sont prodigués.

L'**accord préalable** de la mutualité dans le pays d'origine est absolument nécessaire (formulaire E112 ou S2). L'hôpital envoie la facture et une copie du formulaire S2 Ou E112 à une mutualité locale qui paie les soins et se les fait ensuite rembourser par la mutualité dans le pays d'origine.

LE RESSORTISSANT DE L'UNION SE REND À L'ÉTRANGER POUR Y RECEVOIR DES SOINS PROGRAMMÉS (CONSULTATION) AVEC L'AUTORISATION PRÉALABLE DE SA MUTUALITÉ (FORMULAIRE E112 OU S2).

- » Le remboursement a lieu conformément aux tarifs et aux conditions du pays où les soins sont prodigués.

Le ressortissant de l'Union présente son formulaire S2 ou E112. Il paie lui-même la consultation et demande le remboursement à une mutualité locale en Belgique (en produisant l'attestation de soins et son formulaire S2 ou E112). S'il ne demande pas de remboursement à une mutualité belge, il peut le demander à sa propre mutualité après son retour.

LE RESSORTISSANT DE L'UNION SE REND À L'ÉTRANGER POUR Y RECEVOIR DES SOINS SANS L'ACCORD PRÉALABLE DE SA MUTUALITÉ (PAS DE FORMULAIRE E112 OU S2)

- » Il paie lui-même les soins. Le remboursement a lieu conformément aux tarifs et aux conditions d'indemnisation de l'assurance maladie dans le pays d'origine, pour autant que les soins soient inclus dans la gamme de prestations et qu'il ne s'agisse pas d'un traitement hospitalier pour lequel une autorisation préalable est nécessaire.

Si un traitement donné n'est pas remboursé par l'assurance maladie dans le pays d'origine, le citoyen de l'union ne sera pas non plus remboursé pour ce traitement en Belgique.

3. Fedasil (et ses partenaires d'accueil)

3.1. Que couvre cette réglementation de paiement?

Le bénéficiaire de l'accueil a droit à l'**accompagnement médical** nécessaire lui permettant de vivre dans des conditions de dignité humaine. Ces soins médicaux dépassent le cadre de l'aide médicale urgente prévue dans la loi sur les CPAS (voir chapitre 4).

3.1.1. Règle générale

La règle générale prévoit que le bénéficiaire de l'accueil a droit à l'assistance médicale et aux soins médicaux prévus par la nomenclature INAMI.¹¹

3.1.2. Exceptions à la règle de base

Le bénéficiaire de l'accueil n'a **pas droit à l'assistance et aux soins suivants** bien qu'ils figurent dans la nomenclature INAMI:

- chirurgie dentaire;
- test de stérilité et traitement de fécondité;
- prothèses dentaires s'il n'y a aucun problème de mastication quel que soit l'âge;
- opérations à caractère purement esthétique sauf pour la reconstruction après une chirurgie ou un traumatisme
- soins dentaires sous anesthésie générale ou extraction des dents sous anesthésie générale.

Le bénéficiaire de l'accueil a **droit aux consultations et aux soins suivants** bien qu'ils ne figurent pas dans la nomenclature INAMI:

- extraction de dents et prothèse dentaire pour réparer la fonction de mastication;
- lunettes pour enfants prescrites par un ophtalmologue à l'exception des verres bifocaux, multifocaux ou teintés;
- lunettes pour adultes à partir d'une anomalie de la réfraction d'au moins 1D à l'œil le plus fort et prescrites par un ophtalmologue à l'exception des verres bifocaux, multifocaux ou teintés;
- lait approprié pour nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible;
- médicaments de la catégorie D et répertoriés comme médicaments en Belgique.¹²

Dans des circonstances exceptionnelles et dans l'intérêt du patient, Fedasil peut également octroyer d'autres consultations et soins médicaux, même si ceux-ci ne portent aucun numéro de nomenclature.

Le bénéficiaire de l'accueil reçoit également l'**accompagnement psychologique** nécessaire. C'est la raison pour laquelle Fedasil peut conclure des conventions avec des instances spécialisées, telles que les services de médecine mentale, les hôpitaux psychiatriques et les institutions de soins, les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

¹¹ A.R. du 9 avril 2007 déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

¹² Ce médicament doit être prescrit par un médecin mandaté pour exercer la médecine en Belgique. Compte tenu des recommandations pour un remboursement de référence, la prescription doit mentionner le nom de la substance active, à l'exclusion des médicaments pour le traitement de l'impuissance.

Si ce médicament peut être délivré librement, sans prescription d'un médecin, le remboursement s'effectue sur base de la variante la moins chère de la substance active, et figurant dans la liste suivante: antiacides, spasmolytiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, analgésiques et antipyrétiques (paracétamol, acide acétylsalicylique, ibuprofen, 400mg, naproxen-natrium 220mg), médicaments contre les affections bucco-pharyngées.

3.2. Qui est concerné ? Quelles sont les conditions ?

3.2.1. Demandeurs d'asile

Le droit à l'accueil matériel dans une structure d'accueil est destiné en premier lieu aux demandeurs d'asile et à certains membres de leur famille dès l'introduction de leur demande d'asile et pendant la procédure d'asile.

Sont visés par *membres de la famille* le conjoint ou le partenaire avec lequel le demandeur d'asile entretient une relation durable ainsi que de les enfants mineurs à charge, pour autant que la famille se soit constituée dans le pays d'origine et que les membres de la famille se trouvent en Belgique en raison de la demande d'asile.

Il y a trois exceptions à ce principe.¹³ Sont exclus du droit à l'accueil :

- le 'demandeur d'asile multiple' à partir de la deuxième demande d'asile. Sauf
 - si le délai de l'ordre de quitter le territoire qui lui a été notifié dans la précédente demande d'asile n'est pas encore expiré,
 - ou si le délai de prolongation de droit à l'accueil accordé par Fedasil n'est pas encore expiré,
 - ou si l'on attend encore une réponse de Fedasil sur une éventuelle prolongation du droit à l'accueil ;¹⁴
- le demandeur d'asile européen ou le ressortissant d'un État partie à un traité d'adhésion à l'Union européenne. C'est la pratique actuelle, mais la législation belge ne mentionne pas cette exclusion ;
- le demandeur d'asile qui a renoncé à sa demande d'asile.

Une *structure d'accueil* peut être un centre d'accueil (de Fedasil, de la Croix-Rouge, de la Rode Kruis ou des Mutualités socialistes), une initiative locale d'accueil (ILA), une initiative d'accueil urbaine, une initiative fédérale d'accueil (IFA) ou un accueil de petite envergure par l'entremise d'autres partenaires de Fedasil (Mutualités socialistes, les Sept Lieux, Broeders van Liefde, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, Ciré, Asbl Œuvres médico-sociales du Condroz).

Depuis le 1^{er} septembre 2012, des places de retour spécialisées sont également prévues dans les centres d'accueil fédéraux. Leurs résidents relèvent également de la loi sur l'accueil.

'Pendant la procédure d'asile' signifie :

- pendant l'examen de la demande d'asile par l'Office des étrangers ;
- pendant l'examen de la demande d'asile par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides ;
- pendant le délai au cours duquel un recours de pleine juridiction peut être introduit devant le Conseil du contentieux des étrangers ;
- pendant l'examen de ce recours de pleine juridiction devant le Conseil du contentieux des étrangers.

Depuis la récente modification de l'article 6 de la loi sur l'accueil (07/2012), l'accueil n'est plus prévu pendant le délai au cours duquel un recours en cassation administrative peut être introduit devant le Conseil d'État (30 jours) et pendant l'examen de ce recours. Il s'agit là toutefois d'une interprétation de la modification de la loi contraire à l'accord gouvernemental. C'est pourquoi une nouvelle modification de la loi serait en cours d'élaboration.

Le droit à l'accueil matériel prend fin :

- Lorsque la procédure d'asile est définitivement clôturée :
 - Lorsque l'OQT est expiré, le lendemain de la date à laquelle expire le délai pour introduire un recours ;

¹³ Instruction de Fedasil du 13 juillet 2012 relative à la fin de l'aide matérielle, la prolongation de l'aide matérielle et à la transition de l'aide matérielle vers l'aide financière

¹⁴ Plus d'infos: site Internet de la VVSG > sociaal beleid > vreemdelingen > materiële opvang

- Lorsque le délai pour introduire un recours de pleine juridiction a expiré, mais que le délai d'exécution de l'OQT n'a pas encore expiré, le lendemain de la date à laquelle expire le délai d'exécution de l'OQT ;
- Et au minimum trois jours ouvrables après la décision négative.
- Lorsque le demandeur d'asile obtient un droit de séjour de plus de trois mois, lorsque la demande introduite par un demandeur d'asile au titre de l'article 9ter est déclarée recevable ou lorsque le code 207 est modifié ou supprimé¹⁵.
 - L'intéressé doit alors quitter la structure d'accueil dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision lui octroyant le droit de séjour ou de la décision de modification ou de suppression du code 207.
 - Si un membre de la famille obtient un titre de séjour, tous les membres de la famille doivent quitter la structure d'accueil. Les membres de la famille dont la procédure d'asile est encore en cours doivent premièrement demander la suppression de leur code 207 « structure d'accueil ». Après cette suppression, les membres de la famille qui sont encore dans la procédure d'asile peuvent faire appel à l'aide sociale du CPAS.
 - Une réglementation spécifique s'applique lorsque la demande introduite au titre de l'article 9ter par un membre de la famille est déclarée recevable alors que la procédure d'asile des autres membres de la famille est encore en cours ou que ceux-ci sont en séjour illégal.
- Si la majorité des membres de la famille a droit à l'aide sociale après la suppression du code 207 « structure d'accueil », ces suppressions doivent être demandées et toute la famille doit quitter la structure d'accueil.
- Dans le cas contraire, Fedasil prolongera le droit à l'aide matérielle pour l'ensemble de la famille. Dans des circonstances exceptionnelles, il est possible de demander une dérogation au service juridique de Fedasil.

3.2.2. Autres bénéficiaires de l'accueil matériel

Dans les situations suivantes, les demandeurs d'asile qui résident dans une structure d'accueil et dont la procédure d'asile est définitivement clôturée peuvent prétendre au **prolongement du droit à l'accueil** :

- **Unité familiale** : le demandeur d'asile débouté dont un membre de la famille (ou dont le tuteur) a encore droit à l'accueil matériel et avec lequel il cohabite ou entretient une relation effective. Les membres de la famille qui entrent en ligne de compte sont le conjoint ou le partenaire avec lequel le demandeur entretient une relation durable, les descendants (mineurs ou célibataires et à charge), les ascendants et la personne exerçant la tutelle ou l'autorité parentale.
- **Achèvement de l'année scolaire** : le demandeur d'asile débouté qui (au plus tôt trois mois avant la fin de l'année scolaire) a demandé une prolongation de l'ordre de quitter le territoire qui lui a été notifié afin de pouvoir achever son année scolaire. Cette règle est valable pour l'enseignement primaire, secondaire, supérieur ou universitaire.
- **Grossesse** : la demandeuse d'asile déboutée qui produit un certificat médical récent attestant qu'elle est enceinte d'au moins 7 mois ou un acte de naissance.
- **Retour impossible** : le demandeur d'asile débouté qui a demandé une prolongation de l'ordre de quitter le territoire qui lui a été notifié parce qu'il se trouve dans l'impossibilité de retourner dans son pays d'origine pour des raisons indépendantes de sa volonté (par exemple, refus des autorités nationales de délivrer les documents nécessaires, statut d'apatride).

La preuve de cette demande de prolongation de l'ordre de quitter le territoire doit être produite avec une preuve récente attestant de l'impossibilité de retourner dans son pays d'origine pour des raisons indépendantes de sa volonté. Cette dernière doit être confirmée par Fedasil sur avis de la cellule « Retour volontaire ».

- **Parent d'un enfant belge** : le demandeur d'asile débouté qui a un enfant belge et a introduit une demande de régularisation au titre de l'article 9bis de la loi sur les étrangers.

¹⁵ Il existe des exceptions.

La preuve de cette demande (une copie de la demande et l'accusé de réception de la lettre recommandée) doit être produite avec la preuve que l'enfant est de nationalité belge.

- **Raisons médicales** : le demandeur d'asile débouté qui ne peut quitter la structure d'accueil pour des raisons médicales attestées et qui, en règle générale, a introduit une demande de régularisation au titre de l'article 9^{ter} de la loi sur les étrangers.

Un certificat médical de moins de deux mois attestant l'impossibilité de quitter la structure d'accueil doit être produit.

La preuve de cette demande de régularisation (art. 9^{ter}) (une copie de la demande et l'accusé de réception de la lettre recommandée) doit être produite. Exceptionnellement, Fedasil peut accorder une prolongation de l'accueil matériel lorsqu'aucune demande de régularisation médicale n'a été introduite ou lorsque celle-ci a été entre-temps déclarée irrecevable. Dans ces cas, une demande motivée doit être introduite.

Les demandeurs d'asile déboutés peuvent aussi bénéficier d'un accueil matériel dans **un centre avec 'places de retour spécialisées'** si le CCE a rejeté leur recours ou si le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) ne prend pas leur demande d'asile en considération. Cet accueil matériel est offert dans le cadre du trajet de retour en vue du retour volontaire¹⁶. Les demandeurs d'asile déboutés doivent se présenter au centre d'accueil où la place de retour est offerte au plus tard trois jours après la notification de l'assignation. Le droit à l'aide matérielle est déterminé par le délai de l'OQT. Si un délai supplémentaire est nécessaire pour effectuer le retour volontaire, l'OQT peut être prolongé en fonction du trajet de retour.

Les résidents suivants peuvent cependant rester dans le **lieu d'accueil initial** :

- les résidents qui ont déjà signé une demande de retour volontaire avant de recevoir une décision définitive du CCE ou une décision de non-prise en considération sur la base de la liste des pays sûrs du CGRA et qui disposent des documents de voyage nécessaires à leur retour volontaire ;
- les personnes accueillies avec un membre de leur famille dont la demande d'asile est en cours de traitement au niveau de l'OE, du CGRA ou du CCE.

Les résidents suivants peuvent également rester dans le lieu d'accueil initial mais uniquement à condition que leur demande de prolongation de l'aide matérielle ait été acceptée :

- les familles qui ont des enfants scolarisés et ont reçu une décision négative du CCE ou une décision de non-prise en considération sur la base de la liste des pays sûrs du CGRA entre le 1^{er} avril et la fin de l'année scolaire au 30 juin ;
- les anciens mineurs étrangers non accompagnés scolarisés qui sont devenus majeurs durant l'année scolaire et ont reçu entre le 1^{er} avril et la fin de l'année scolaire au 30 juin une décision négative du CCE ou une décision de non-prise en considération sur la base de la liste des pays sûrs du CGRA ;
- les résidents hospitalisés et les membres de leur famille (sur production d'une preuve) ;
- les parents d'un enfant belge et les membres de leur famille (sur production d'une preuve).

Exceptionnellement, certains étrangers qui n'ont **jamais** introduit de **demande d'asile** peuvent bénéficier d'un accueil matériel :

- l'étranger sans séjour légal avec son ou ses enfants mineurs sans séjour légal qui est dans l'incapacité d'assumer son obligation alimentaire.
Dans la pratique, il faut généralement passer par le tribunal du travail pour faire valoir ce droit ;
- le mineur étranger non accompagné.

3.2.3. Exceptions : demandeurs d'asile ne résidant pas dans une structure d'accueil matériel

Il y a des demandeurs d'asile qui ne bénéficient pas de l'accueil matériel : pour certains d'entre eux, Fedasil est compétent pour les frais médicaux (voir le point 3.2.3.1) ; les autres peuvent s'adresser au CPAS (voir le point 3.2.3.2).

¹⁶ Source : Instruction de Fedasil du 13 juillet 2012 relative au trajet de retour et aux places de retour pour les demandeurs d'asile accueillis dans le réseau d'accueil de Fedasil.

3.2.3.1. Demandeurs d'asile pour lesquels Fedasil n'intervient que dans les frais médicaux

Les demandeurs d'asile suivants n'ont pas le droit à l'accueil matériel, mais uniquement à une intervention dans les frais médicaux via la cellule « Frais médicaux » de Fedasil :

- le demandeur d'asile auquel une structure d'accueil a été désignée mais qui n'y réside pas (ou plus) de son plein gré (« no show »), perdant ainsi son droit à l'accueil matériel. Il n'a également pas droit à l'aide financière. S'il se présente à nouveau, pendant sa procédure d'asile, au service de dispatching, il a en principe à nouveau droit à l'accueil. Le « no show » ne doit pas être confondu avec la mesure provisoire de suppression volontaire du code 207, mesure provisoire permise par le gouvernement afin d'offrir une solution à la crise de l'accueil.
- le demandeur d'asile qui dispose de **moyens financiers suffisants** et qui doit par conséquent quitter la structure d'accueil¹⁷. Attention, cette réglementation n'est au moment de la rédaction de ce texte pas encore effective, un A.R. doit encore paraître ;
- le demandeur d'asile qui **ne demande pas l'asile pour la première fois** et auquel Fedasil refuse l'accueil matériel. Les demandes d'asile multiples ne donnent bien souvent droit à l'accueil matériel qu'après le transfert du dossier par l'Office des étrangers au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Dans l'attente de ce transfert, ces 'demandeurs d'asile multiples' n'ont droit qu'à l'accompagnement médical de Fedasil et non à l'aide matérielle ou sociale¹⁸ ;
- le demandeur d'asile qui réside dans un **hôtel** ou un **centre d'accueil d'urgence/de transit** en raison de la crise de l'accueil.

3.2.3.2. Demandeurs d'asile ayant droit à un soutien financier via le CPAS

Les demandeurs d'asile suivants n'ont pas le droit à l'accueil matériel mais peuvent demander une aide sociale à un CPAS s'ils sont nécessiteux (voir aussi le point 4.1) :

- les demandeurs d'asile qui ne se voient désigner aucune place d'accueil en raison de la crise de l'accueil et qui par conséquent sont forcés de résider en dehors d'une structure d'accueil, à l'exception de ceux qui résident dans un hôtel ou un centre d'accueil d'urgence ou de transit en raison de la crise de l'accueil (voir le point 3.2.3.1)¹⁹ ;
- les demandeurs d'asile auxquels une décision positive de recevabilité a été notifiée concernant leur demande au titre de l'article 9ter : ils doivent avoir quitté la structure d'accueil endéans les deux mois²⁰ ;
- les demandeurs d'asile qui ont demandé l'asile avant le 1er juin 2007 et auxquels un CPAS a été attribué ;
- les demandeurs d'asile qui, en raison de circonstances exceptionnelles, sont autorisés par Fedasil à quitter volontairement la structure **d'accueil**, et ce pour deux motifs :
 - pour maintenir l'unité familiale ;
 - pour des raisons médicales.

3.3. Quelles démarches l'étranger doit-il entreprendre ?

3.3.1. Séjour dans une structure d'accueil collectif

Au début de la procédure d'asile, les demandeurs d'asile sont en principe d'abord accueillis dans un centre de transit. Après un délai maximal de dix semaines, ils sont aiguillés vers une structure d'accueil collectif régulière comme le centre d'accueil du Petit-Château à Bruxelles, le centre d'accueil de Kapellen et le centre d'accueil de la Croix-Rouge à Alseberg.

¹⁷ En vertu du nouvel article 35, paragraphe 2, de la loi sur l'accueil.

¹⁸ En vertu de l'article 4 modifié de la loi sur l'accueil et de l'article 57 ter, nouveau paragraphe 3, de la loi sur les CPAS.

¹⁹ En principe, Fedasil est compétent, raison pour laquelle il a été condamné à plusieurs reprises au paiement d'astreintes à des demandeurs d'asile auxquels aucune place d'accueil n'avait été attribuée.

²⁰ Instructions de Fedasil du 13 juillet 2012 relatives à la fin de l'aide matérielle, la prolongation de l'aide matérielle et la transition de l'aide matérielle vers l'aide financière.

Le demandeur d'asile peut s'adresser au médecin du centre d'accueil pour recevoir des soins médicaux ou à un généraliste externe avec lequel le centre d'accueil collabore. Ce médecin l'envoie au besoin à un spécialiste ou à un établissement de soins. Le demandeur est libre de consulter un autre médecin, mais alors, il doit en général payer lui-même les frais de ces soins médicaux.

Certains centres d'accueil ont également une initiative fédérale d'accueil (IFA). Ces bâtiments, qui peuvent héberger entre 20 et 50 personnes, se trouvent à proximité d'un centre mère qui est responsable de l'accompagnement des demandeurs d'asile ou délègue celui-ci. Les soins médicaux sont prodigués par un généraliste ou un cabinet de généralistes « fixe » ou, exceptionnellement, par le service médical du centre mère.

En cas de séjour dans un centre de retour spécialisé, les mêmes règles s'appliquent que dans une structure d'accueil collectif.

3.3.2. Séjour dans une structure d'accueil individuel

Après quatre mois de séjour ininterrompu dans une structure d'accueil collectif, le demandeur d'asile peut être orienté vers une structure d'accueil individuel mais le temps d'attente dépasse souvent les quatre mois. Exceptionnellement, un demandeur d'asile peut être immédiatement aiguillé vers une structure d'accueil individuel lors du dépôt de sa demande d'asile ou avant l'expiration du délai de quatre mois. Il peut s'agir par exemple d'un logement privé sous la supervision d'un partenaire d'accueil de Fedasil ou d'une initiative locale d'accueil (ILA, voir la section 4.2).

Pour ce qui est des soins médicaux dans une structure d'accueil individuel, la règle générale est la suivante : le demandeur (ou un tiers, par exemple, le service social d'un hôpital) contacte, **avant la prestation de soins**, l'organisation qui l'accueille et l'accompagne effectivement pour le compte de Ciré ou de Vluchtelingenwerk (par exemple, Caritas International). Cette organisation délivre un réquisitoire (un engagement de paiement) pour un médecin au choix, qui lui adressera sa facture.

Lorsque les soins ont été prodigués sans réquisitoire, la facture doit en outre être accompagnée d'une attestation de soins urgents.

3.3.3. Séjour en dehors de la structure d'accueil

3.3.3.1. Fedasil n'intervient que dans les frais médicaux (voir aussi le point 3.2.3.1)

Si un demandeur d'asile séjourne en dehors de la structure d'accueil, mais que Fedasil est compétent pour les frais médicaux, la règle générale prévoit que le demandeur d'asile ou un tiers (par exemple, le médecin) contacte, **avant la prestation de soins**, la cellule « Frais médicaux » de Fedasil, par téléphone, fax ou courriel. Il peut utiliser à cet effet le formulaire « Demande de réquisitoire ».

Il vaut mieux introduire la demande quelques jours avant le rendez-vous prévu. Fedasil pourra ainsi vérifier s'il doit effectivement intervenir dans les soins médicaux, établir le réquisitoire et le fournir à l'intéressé ou à l'instance accompagnatrice ou médicale. Le réquisitoire n'est pas envoyé plus d'une semaine avant la date de la prestation des soins parce que le statut de séjour est encore susceptible de changer. La demande peut par contre être introduite plus d'une semaine avant la prestation de soins.

Lorsque les soins ont été administrés, le médecin doit envoyer la facture et le réquisitoire à la cellule « Frais médicaux » pour se faire rembourser.

Si le réquisitoire ne peut être demandé à l'avance, Fedasil paie les soins pour autant que la facture soit accompagnée d'une « attestation de soins urgents » justifiant le caractère urgent des soins. Après la prestation de soins, le médecin doit envoyer la facture avec l'attestation de soins urgents à la cellule « Frais médicaux ».

Fedasil, Cellule frais médicaux, rue des Chartreux 21, 1000 Bruxelles,
E-mail: medic@fedasil.be
Tel: 02 213 43 00 (Néerlandais), 02 213 43 25 (Français), fax: 02 213 44 12

3.3.3.2. Fedasil n'est pas compétent mais le demandeur a droit à une aide financière via le CPAS (voir aussi le point 3.2.3.2)

Certains demandeurs d'asile ne bénéficient pas de l'accueil matériel mais peuvent demander une aide sociale à un CPAS (voir le point 4.1).

4. CPAS

Le CPAS intervient dans différentes situations:

- intégration sociale de base ou aide sociale;
- accueil matériel dans des initiatives locales d'accueil;
- aide médicale urgente aux personnes sans séjour légal.

Il s'agit dans chaque cas de différents bénéficiaires. Le contenu de l'aide - éventuellement aussi des soins médicaux - est également différent.

4.1. Intégration sociale de base ou aide sociale

4.1.1. Que couvre cette réglementation de paiement ?

Toute personne nécessitant une aide pour pouvoir vivre dignement peut en principe s'adresser au CPAS de son lieu de résidence habituelle. Il existe des exceptions à ce principe de compétence territoriale du CPAS, par exemple pour un certain nombre de demandeurs d'asile, les étudiants et les sans-abri et en cas d'admission dans des institutions telles que les maisons de repos et de soins, les maisons de soins psychiatriques, les refuges et les centres d'accueil pour sans-abri²¹.

Le CPAS peut offrir deux formes d'aide :

- **intégration sociale** (par le revenu d'intégration sociale, le travail ou un projet individualisé d'intégration sociale) ;
- **aide sociale** (assistance sociale au sens large, par exemple soutien financier, logement, assistance médicale, conseils juridiques, ...).

Au travers de l'aide sociale, chaque CPAS détermine l'aide qui convient le mieux en fonction de la situation personnelle et familiale du demandeur. L'intéressé peut introduire un recours au tribunal du travail s'il pense avoir été injustement privé de l'aide du CPAS ou si celui-ci n'a pris aucune décision concernant sa demande dans un délai de trente jours. Ce recours doit être formé endéans les trois mois après la décision ou après expiration de la période de trente jours pendant laquelle le CPAS doit prendre sa décision.

La procédure 'aide médicale urgente' pour les personnes sans séjour légal est aussi une forme d'aide sociale délivrée par le CPAS (voir 4.3.).

4.1.2. Qui est concerné ? Quelles sont les conditions ?

CONDITIONS D'OCTROI DE L'INTÉGRATION SOCIALE

Les CPAS ont pour mission de garantir le droit à l'intégration sociale aux personnes qui disposent de moyens d'existence insuffisants et qui satisfont à une série de **conditions d'octroi** énumérées par la loi :

- avoir un lieu de résidence effective en Belgique, ce qui suppose d'y séjourner légalement ;
- être majeur (ou émancipé par le mariage, ou être une mineure enceinte ou ayant déjà un enfant) ;
- être prêt à travailler (sauf si des raisons d'équité ou de santé l'empêchent, par exemple études ou formation. Le CPAS décide lui-même des facteurs entrant en ligne de compte) ;
- avoir demandé les allocations auxquelles elles ont droit en vertu de la législation belge et étrangère ;
- appartenir à l'une des catégories suivantes :

²¹ On trouvera de plus amples informations sur le site www.mi-is.be > CPAS > Conflits de compétence.

- étrangers inscrits au registre de la population (par exemple, étrangers en possession d'une carte électronique C, D, E, E+, F, F+ ou leur équivalent papier, à savoir l'annexe 8, l'annexe 8 bis et l'annexe 9) ;
- réfugiés reconnus ;
- apatrides reconnus - à condition qu'ils aient également un droit de séjour. La reconnaissance en tant qu'apatride ne suffit pas ;
- ressortissants de l'Union ou membres de leur famille qui les rejoignent et ont un droit de séjour de plus de trois mois. D'après le SPP IS, il doit s'agir d'un droit de séjour octroyé dans le cadre de procédures de séjour pour les ressortissants de l'Union et les membres de leur famille. Concrètement, cela signifie qu'ils doivent être en possession d'un des documents suivants :
 - une carte de séjour de ressortissant de l'Union (E, E+, F ou F+) ;
 - une annexe 22, 23 ou 24 ;
 - un A.R. d'expulsion non arrivé à échéance ;
 - une annexe 21 non arrivée à échéance ;
 - une annexe 35 si, avant sa délivrance, l'intéressé était déjà en possession d'un des documents énumérés ;
 - un CIRÉ (certificat d'inscription au registre des étrangers) d'étudiant de l'UE.

Le ressortissant de l'Union qui obtient une carte électronique A ou B et qui n'est pas inscrit au registre de la population n'a pas le droit à l'intégration sociale, mais bien à l'aide sociale. Pourtant, l'article 3, paragraphe 3, de la loi sur le droit à l'intégration sociale fait référence à la loi sur le séjour prise dans son ensemble, qui n'exclut nulle part ce groupe du droit à l'intégration sociale.

Les ressortissants de l'Union et les membres de leur famille qui n'ont pas encore de séjour durable en Belgique et qui exercent leur droit à l'intégration sociale peuvent perdre leur droit au séjour dans certains cas. Les autorités belges doivent toujours d'abord examiner depuis quand le ressortissant de l'Union ou le membre de sa famille reçoit une aide financière, quelle est sa situation personnelle, depuis quand il réside en Belgique, etc.

CONDITIONS D'OCTROI DE L'AIDE SOCIALE

Tout nécessaire ne remplissant pas les conditions d'octroi de l'intégration sociale du CPAS a droit à l'aide sociale du CPAS. Certaines catégories d'étrangers sont soumises à des restrictions :

» Ressortissants de l'Union

Les ressortissants de l'Union et les membres de leur famille n'ont pas droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour²². La période d'exclusion peut être plus longue, bien que cela soit contraire à une directive européenne. Les ressortissants de l'Union et les membres de leur famille qui exercent leur droit à l'aide sociale au cours des trois premières années de leur séjour en Belgique peuvent en outre, dans certains cas, perdre leur droit au séjour.

» Demandeurs d'asile (voir aussi la section 3)

En principe, les demandeurs d'asile n'ont droit qu'à l'accueil matériel dans la structure d'accueil qui leur a été désignée, pendant le traitement de leur demande d'asile. Les demandeurs d'asile qui ne résident pas dans une structure d'accueil et qui ne peuvent davantage se tourner vers la cellule « Frais médicaux » de Fedasil pour leurs soins médicaux (pas de code 207 « structure d'accueil » et pas de code 207 « no show ») peuvent en général s'adresser à un CPAS pour bénéficier de l'aide sociale.

²² En vertu du nouvel article 57 *quinquies* de la loi sur les CPAS.

Vers quel CPAS un demandeur d'asile peut-il se tourner?

1 CPAS du lieu de résidence principale

Qui est concerné?

- Les demandeurs d'asile qui ne se sont pas vu attribuer de place d'accueil en raison de la saturation du réseau d'accueil.
- Les demandeurs d'asile qui ne se sont pas vu attribuer une structure d'accueil (pas de code 207) en raison de circonstances exceptionnelles : notamment pour garantir qu'ils puissent vivre en famille ou pour des raisons médicales.

Ils peuvent (s'ils sont nécessaires) s'adresser au CPAS de leur lieu de résidence principale, c'est-à-dire le lieu où ils sont inscrits dans le registre d'attente sous le code 001/020.

Qui n'est pas concerné?

- Les demandeurs d'asile qui quittent la structure d'accueil de leur propre initiative mais qui ne remplissent pas les conditions susmentionnées (code 207 « no show »).

Ils ne peuvent prétendre à l'aide sociale du CPAS (voir aussi le point 3.2.3.1.).

2 CPAS du lieu de résidence habituelle

Qui est concerné?

- Les demandeurs d'asile qui répondent à la description au point 1 ci-dessus mais qui sont inscrits à l'adresse de l'Office des étrangers (OE) ou du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA).

Le CPAS de leur lieu de résidence habituelle est alors compétent jusqu'à ce que les données soient modifiées dans le registre d'attente. Il s'agit de la commune où le demandeur vit et habite effectivement. Elle est déterminée sur la base d'éléments de fait.

- Les demandeurs d'asile auxquels une décision de recevabilité positive a été notifiée concernant leur demande au titre de l'article 9 *ter*. Ils doivent quitter la structure d'accueil endéans les deux mois.

Tout comme les autres candidats 9 *ter* avec une décision de recevabilité positive, ils peuvent s'adresser au CPAS de leur lieu de résidence habituelle.

3 CPAS du lieu de résidence effective

Qui est concerné?

- Les demandeurs d'asile sans-abri

Le CPAS du lieu de résidence effective est compétent. Comme le lieu de résidence habituelle ne peut être établi, le CPAS de la commune où le sans-abri se trouve (au moment de la demande d'aide sociale) est responsable.

4 CPAS désigné

Qui est concerné?

- Les demandeurs d'asile qui ont demandé l'asile avant le 1^{er} juin 2007 et dont la demande a été déclarée recevable avant cette date.

Ils peuvent se tourner vers le CPAS qui leur a été attribué (sous le code 207 dans le registre d'attente, dans le cadre de l'ancien plan de répartition).

» Personnes sans séjour légal

En règle générale, les personnes sans séjour légal n'entrent en ligne de compte que pour l'aide médicale urgente (voir le point 4.3), et seulement dans des cas exceptionnels pour l'aide sociale au sens large. Le CPAS de leur lieu de résidence habituelle est compétent.

Pour les **sans-abri qui séjournent dans une institution de soins**, le CPAS du prestataire de soins est compétent. Si la personne n'est pas (encore) hospitalisée, alors c'est le CPAS du lieu de résidence effective au moment de la demande qui est compétent (lieu où se trouve le sans-abri au moment de la demande d'aide).

Quelles personnes sans séjour légal peuvent avoir droit à l'aide sociale ?

- les personnes sans séjour légal qui se trouvent dans une situation de force majeure (médicale) les empêchant de retourner dans leur pays d'origine.

Elles peuvent introduire une demande d'aide sociale auprès du CPAS, qui la rejettera la plupart du temps. Dans la pratique, les tribunaux et les cours du travail condamnent les CPAS à payer une aide financière lorsque les certificats médicaux font apparaître que l'intéressé ne peut pas retourner dans son pays d'origine²³ ;

- les personnes ayant un ou des enfants mineurs d'âge et qui ne sont pas en mesure d'assumer leur devoir d'entretien.

Ces personnes ont en principe droit à l'accueil matériel dans certaines structures d'accueil collectif, mais suite au manque de places d'accueil le tribunal du travail peut condamner le CPAS à octroyer un soutien financier;

- les personnes qui sont en attente de départ (engagement de départ volontaire) et qui bénéficiaient précédemment d'un soutien;
- les personnes qui ont introduit auprès du Conseil d'État un recours suspensif contre une décision négative concernant leur (ancienne) procédure d'asile (et qui bénéficiaient précédemment de l'aide sociale).

Elles peuvent conserver le soutien financier jusqu'à ce que le Conseil d'État rejette le recours ou le déclare irrecevable.

4.1.3. Quelles démarches doit entreprendre l'étranger?

Le demandeur doit si possible se présenter au CPAS compétent avant l'administration des soins. Si les soins ont déjà été administrés sans l'accord préalable du CPAS, le demandeur d'aide ou le prestataire de soins a intérêt à contacter le CPAS dans les plus brefs délais.

Le CPAS évalue si l'intéressé est en mesure de mener une vie humaine digne, mais il n'est nulle part expliqué dans la loi ce que cela signifie concrètement. Chaque CPAS décide donc de manière autonome si une personne est en mesure de mener une vie humaine digne et quelle est l'aide appropriée. Chaque évaluation est individuelle et concrète. Le CPAS effectue à cet effet une enquête sociale, qui peut consister en une visite à domicile et qui doit au moins contenir les données suivantes:

- la situation effective de séjour et de logement;
- la composition de ménage réelle;
- les moyens d'existence;
- tous les autres éléments nécessaires pour déterminer la nature et, le cas échéant, le montant de l'aide.

.....
²³ Pour de plus amples informations, voir les sites www.medimmigrant.be ou www.vreemdelingenrecht.be.

Le CPAS est obligé d'affilier à une mutualité ceux parmi ses clients qui entrent en ligne de compte pour une telle affiliation²⁴. Si la mutualité prend en charge une partie des frais, le CPAS peut intervenir pour le ticket modérateur ou éventuellement pour la partie qui n'est pas couverte par l'assurance maladie.

4.2. Accueil matériel dans des initiatives locales d'accueil

4.2.1. Que couvre cette réglementation de paiement?

Les résidents de structures collectives d'accueil (cf. chapitre 3) peuvent demander, après quatre mois de séjour ou dans des circonstances spécifiques, de pouvoir aller dans une structure individuelle d'accueil, qui est souvent une initiative locale d'accueil (ILA) d'un CPAS.

Une ILA est un accueil à plus petite échelle dans une maison ou une habitation du CPAS, complétée par l'équipement matériel pour les premiers besoins, un accompagnement social et un pécule pour les autres frais. Les résidents ont aussi droit à l'accompagnement médical et psychologique nécessaire pour mener une vie humainement digne. À cette fin, le CPAS peut conclure des conventions avec des instances spécialisées, telles que des hôpitaux, des services de santé mentale, ...

L'intéressé peut choisir librement un prestataire de soins ou en sélectionner un de la liste de prestataires de soins avec lesquels le CPAS a conclu un partenariat. Lorsqu'il souhaite quand même consulter un autre médecin que celui qui lui est attribué, il peut essayer de convaincre le CPAS par demande motivée que cela est nécessaire.

4.2.2. Qui est concerné? Quelles sont les conditions?

D'un point de vue juridique, l'étranger qui réside dans une Initiative Locale d'Accueil (cf. point 3.1.) a droit à l'assistance médicale et aux soins prévus dans la Loi sur l'accueil des étrangers. Cela signifie concrètement que la nomenclature de l'INAMI constitue le point de départ. Un Arrêté Royal mentionne cependant une série d'exceptions.²⁵ Cet A.R. mentionne aussi une série de soins médicaux qui ne sont pas repris dans la nomenclature de l'INAMI, mais qui sont quand même assurés au bénéficiaire de l'accueil.

Dans la pratique, cela peut occasionner des problèmes : l'autorité fédérale (SPP Intégration sociale) ne rembourse aux ILA que les soins médicaux repris dans la nomenclature de l'INAMI, et non pas les prestations supplémentaires que l'A.R. accorde aux personnes résidant dans une ILA.

L'intéressé qui réside dans une Initiative Locale d'Accueil peut introduire un recours contre la décision du conseil du CPAS :

- s'il pense qu'il est injustement privé de certains soins médicaux nécessaires ;
- si aucune décision n'est prise sur sa demande.

Ce recours doit être formé devant le tribunal du travail dans un délai de trois mois après la décision.

Indépendamment de la réglementation de l'Arrêté Royal, tout CPAS peut décider à n'importe quel moment d'accorder une aide individuelle sans pour autant être remboursé pour celle-ci par le SPP Intégration Sociale.

Pour les demandeurs d'asile déboutés qui ont obtenu une prolongation de leur séjour dans l'ILA (voir 3.2.2), le SPP IS réclame une attestation d'aide médicale urgente pour personnes sans séjour légal pour le remboursement.

²⁴ Art. 60, §5 de la loi sur les CPAS.

²⁵ A.R. du 9 avril 2007 déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

4.2.3. Quelles démarches doit entreprendre l'étranger?

Dans une ILA, c'est l'intéressé et/ou le prestataire de soins qui règlent tout avec le CPAS. Ils ne doivent pas prendre contact avec Fedasil pour le paiement des frais médicaux. Le fonctionnement ici diffère donc de celui de la plupart des autres structures d'accueil.

En règle générale, l'étranger ou un tiers (par ex. le médecin) prend contact, avant les soins, avec l'assistant social de l'ILA qui l'accompagne. Ce dernier lui remet une carte médicale/réquisitoire (garantie de paiement) valable pour un médecin au choix, qui peut alors envoyer sa facture au CPAS.

Si les soins ont été administrés sans réquisitoire (engagement de paiement), l'intéressé ou le prestataire de soins peut contacter le plus vite possible l'assistant social de l'ILA.

Le CPAS est obligé d'affilier ses clients à une mutualité s'ils y ont droit.²⁶ Si la mutualité paie une partie, le CPAS ne peut intervenir que pour le ticket modérateur ou éventuellement pour la part qui n'est pas couverte par l'assurance maladie.

4.3. La réglementation CPAS dite de 'l'aide médicale urgente'

4.3.1. Que couvre cette réglementation de paiement?

Le droit aux soins de santé est un droit fondamental pour tous. Afin de garantir aussi ce droit fondamental aux personnes sans séjour légal, le droit à l'aide médicale urgente a été inscrit dans la loi sur les CPAS (art. 57, §2) et défini plus concrètement par un Arrêté Royal et diverses circulaires.

L'A.R. du 12 décembre 1996 définit l'aide médicale urgente comme 'une aide qui revêt un caractère exclusivement médical et dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical'. D'après l'A.R., sont concernés:

- les soins préventifs et curatifs;
- les soins prodigués de manière ambulatoire et ceux procurés dans un établissement de soins.

Pour le reste, le législateur n'a pas indiqué les soins médicaux auxquels les personnes sans séjour légal avaient droit ou non. Il incombe au **médecin traitant** de déterminer si des soins médicaux sont nécessaires pour 'préserver l'intégrité physique et mentale de la personne'. Il peut entre autres s'agir d'une visite à un généraliste ou à un dentiste, d'un examen, d'une intervention, de médicaments. Dans tous les cas, cette forme d'aide médicale urgente est bien plus large que celle qui est immédiatement requise suite à un accident ou en cas de maladie grave.

Les CPAS ont pour mission de veiller à ce que l'aide médicale urgente soit disponible et accessible aux personnes sans séjour légal dans leur commune. Chaque CPAS met en place sa propre procédure et examine les demandes individuelles en effectuant une enquête sociale. Le CPAS prend en charge les frais de l'aide médicale urgente et peut se faire rembourser auprès du gouvernement (SPP Intégration Sociale). Le CPAS doit avertir le SPP IS endéans les 45 jours suivant l'administration des soins.

Le SPP Intégration Sociale ne rembourse jamais les traitements qui ne sont pas repris dans la nomenclature de l'INAMI, ni les médicaments de catégorie D (par ex., la plupart des anti-douleurs).

4.3.2. Qui est concerné? Quelles sont les conditions?

La réglementation 'aide médicale urgente' ne s'applique qu'aux personnes sans séjour légal et pour des frais médicaux qui ne peuvent pas être payés via une autre réglementation. Le CPAS prend en charge les frais de l'aide médicale urgente à **trois conditions**:

- l'intéressé doit résider illégalement sur le territoire;
- il doit être nécessiteux;
- un médecin doit certifier qu'il s'agit d'une aide médicale urgente.

²⁶ Art. 60, §5 la loi sur les CPAS

Les ressortissants de l'UE peuvent également résider illégalement dans le pays. C'est le cas s'ils séjournent ici pendant plus de trois mois et s'ils n'appartiennent pas à une des catégories visées par la libre circulation des personnes et n'ont pas d'autre statut de séjour.²⁷

Lorsque le ressortissant de l'UE réside pendant plus de trois mois en Belgique et n'appartient pas à une de ces catégories, il est sans séjour légal. Cela peut changer très vite, car dès qu'il cherche ou trouve du travail, son séjour redevient légal. Un ressortissant de l'UE sans séjour légal a de toute façon droit à l'aide médicale urgente s'il est dans le besoin (et si son assurance maladie européenne ne peut pas intervenir).

Pour le SPP Intégration Sociale, le CPAS doit prouver que le demandeur d'aide a fait valoir ses droits à une assurance maladie dans son pays de l'UE. Le CPAS peut contacter via le service régional de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) l'organisme de liaison du pays d'origine pour vérifier si l'assurance maladie est toujours valable dans ce pays-là. En cas d'admission dans un hôpital, ce rôle est confié à l'hôpital.²⁸

Si le ressortissant de l'UE réside pendant plus d'un an sans séjour légal en Belgique, on peut supposer qu'il ne possède pas (ou plus) d'assurance maladie valable et aucune preuve n'est alors requise. Le CPAS doit néanmoins pouvoir se baser sur des données concrètes pour conclure que la personne concernée vit déjà illégalement en Belgique depuis plus d'un an (par ex. contrat de location, certificat de scolarisation de ses enfants, consultations médicales, rendez-vous au CPAS, ...). Ces données concrètes doivent se trouver dans le dossier.²⁹

4.3.3. Que faire pour en bénéficier? Quelles démarches entreprendre?

QUELLES DÉMARCHES LE DEMANDEUR DOIT-IL ENTREPRENDRE?

- Si possible, le demandeur doit s'adresser au CPAS de son lieu de résidence habituelle avant l'administration des soins. Si le lieu de résidence habituelle est inconnu, c'est alors le lieu de l'administration des soins qui est compétent.

Le CPAS vérifie alors si la personne répond à la condition du séjour illégal (dans la commune du CPAS) et s'il est nécessaire. Il effectue à cet effet une enquête sociale pour déterminer ses moyens financiers et sa situation de logement. En général, une visite à domicile est également effectuée.

- Si, pour des raisons médicales, une personne n'est pas en mesure de contacter au préalable le CPAS (par ex., après un grave accident), le service social de l'hôpital peut introduire au nom du patient une demande auprès du CPAS de résidence habituelle pour régler le paiement via l'aide médicale urgente. Dans certaines circonstances exceptionnelles, l'hôpital peut s'adresser au CPAS de la commune où il est situé.³⁰ C'est-à-dire uniquement lorsque l'aide demandée au CPAS est urgente et que la demande est faite au cours du séjour à l'hôpital. Certains CPAS ont à ce niveau-là établi des accords avec les hôpitaux situés sur leur territoire.

Si la personne concernée répond aux conditions, les frais d'ambulance (un montant forfaitaire) sont eux aussi pris en charge via la réglementation de l'aide médicale urgente.

- Si le CPAS se déclare territorialement incompétent, il doit en informer le demandeur et transmettre sa demande au CPAS compétent.
- Si le demandeur n'est pas d'accord avec une décision (de refus), il peut introduire un **recours** devant le tribunal du travail du lieu où est établi le CPAS qui a pris la décision contestée, et ce endéans les trois mois suivant la notification de la décision du CPAS.

²⁷ Pour de plus amples informations, voir le site www.vreemdelingenrecht.be (Home > Verblijfsrecht en documenten > Verblijfsstatuten > Unieburger > Met verblijf boven 3 maanden)

²⁸ Voir document d'information sur le site www.mi-is.be du SPP Intégration Sociale: 'Preuves médicales dans le cadre de la Loi du 02/04/1965 et de l'Arrêté Ministériel du 30/01/1995', chapitre D. S'affilier à une mutualité (août 2010).

Circulaire sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux du 25/03/2010

²⁹ Ibidem

³⁰ Circulaire du 9 juillet 2002 concernant l'aide médicale urgente prodiguée aux étrangers résidant illégalement dans le Royaume (réglementation de la compétence).

QUELLES DÉMARCHES LE PRESTATAIRE DE SOINS DOIT-IL ENTREPRENDRE?

Un médecin agréé doit **certifier** qu'il s'agit d'aide médicale urgente. Il n'existe pas d'attestation standard à cet effet. L'attestation comporte au moins les données suivantes:

- la date de l'administration des soins;
- le nom du patient;
- le nom et la signature du médecin.

Dès que le CPAS compétent a reçu la note d'honoraires ou la facture du prestataire de soins, il peut payer ce dernier. Il importe que le prestataire de soins **informe le CPAS à temps** des soins administrés. La réglementation ne fixe aucun délai, mais de nombreux CPAS prévoient un délai de 15 (à 30) jours dans leur convention de collaboration avec le prestataire de soins. En effet, le CPAS a 45 jours à compter de la prestation de soins pour les notifier au SPP IS et il doit être en mesure de mener une enquête sociale dans ce délai.

Le CPAS traite les données des certificats médicaux en toute confidentialité. Celles-ci ne peuvent être utilisées à d'autres fins que le paiement ou le remboursement. Les prestataires de soins sont également tenus au secret professionnel³¹.

.....
³¹ Article 4 de l'arrêté royal du 12 décembre 1996.

5. Assurance voyage (y compris l'assurance santé privée)

Lorsqu'un ressortissant de pays tiers soumis à l'obligation de visa souhaite se rendre en Belgique pour un séjour de courte durée et désire donc un visa (touristique), il doit prouver qu'il a souscrit à une assurance voyage (y compris une assurance santé). Les proches qui se rendent en Belgique dans le cadre d'un regroupement familial doivent parfois également posséder une telle assurance maladie privée.

5.1. Que couvre cette réglementation de paiement?

Une assurance maladie privée ne couvre généralement que les frais médicaux inopinés, tels que le rapatriement pour raisons médicales, les frais médicaux urgents et/ou un traitement d'urgence dans un hôpital. La grossesse et les maladies dont la personne assurée était déjà atteinte au moment de la conclusion du contrat d'assurance sont dans la majorité des cas exclus.

5.2. À quelles conditions l'assurance doit-elle satisfaire?

Différentes compagnies d'assurance proposent des assurances maladie privées qui répondent aux conditions d'acceptation de l'Ambassade de Belgique. Elles doivent pour cela couvrir les dépenses de rapatriement pour raisons médicales, les frais de soins médicaux urgents et/ou un traitement d'urgence dans un hôpital pour un montant minimum de 30.000€.

Il est important de vérifier dans la police si la personne concernée est la seule à pouvoir se faire rembourser par l'assurance privée, ou si l'hôpital ou le CPAS sont également en droit d'exiger un remboursement des frais.

Le SPF Affaires Étrangères dispose d'un point de contact info pour les assurances de voyage conclues par des étrangers. Les communes, les CPAS et les hôpitaux peuvent y obtenir des informations concernant cette assurance en envoyant un courriel à infovisa@diplobel.fed.be.

6. Tiers payant - Garant - Débiteur d'aliments

6.1. Tiers payant: travail (bénévolat) - circulation - association

Dans certaines circonstances, les frais médicaux peuvent tomber sous la responsabilité d'une tierce personne ou de l'assurance de celle-ci. Si les dommages sont causés par une tierce personne (ou ses proches ou ses animaux domestiques), en effet c'est celle-ci qui doit en assumer la responsabilité.

Si cette personne a souscrit à une **police familiale** (responsabilité civile vie privée), les dommages sont couverts par cette assurance-là. Cette police protège en règle générale juridiquement l'assuré contre toute plainte relative à sa responsabilité civile. Cette assurance couvre les dommages subis par des tiers jusqu'à un montant maximum fixé dans le contrat.

La souscription à une police familiale n'est pas imposée par la loi. Mais s'il n'y a **pas de police familiale**, le tribunal peut rendre quelqu'un personnellement responsable du dommage causé.

Certaines situations spécifiques permettent en outre de faire jouer une assurance:

UN ACCIDENT DE VOITURE

Pour protéger les victimes des accidents de la route, la loi belge impose une assurance automobile. Celle-ci paie les dommages que la voiture assurée a causés à des tiers.

UN ACCIDENT SCOLAIRE

Les écoles n'ont pas d'obligation d'assurance complète. Elles souscrivent néanmoins dans la plupart des cas à une police très large, qui assure les accidents des élèves, et cela aussi bien à l'école que sur le trajet domicile - école et retour.

UN ACCIDENT DU TRAVAIL

L'assurance accidents intervient en cas d'accident ayant entraîné des blessures corporelles. Tout employeur est obligé d'assurer ses employés contre des accidents du travail. Une assurance accidents du travail couvre les dommages corporels provoqués par un accident survenu au cours des heures de travail mais également sur le trajet domicile - travail et retour.

UN ACCIDENT SURVENU EN FAISANT DU BENEVOLAT

Toutes les organisations sont depuis le 1^{er} janvier 2007 obligées de prendre pour leurs bénévoles une assurance responsabilité limitée qui couvre les accidents survenus aussi bien au cours de l'activité que sur le trajet domicile - lieu de l'activité.

UN ACCIDENT SURVENU AU COURS D'UNE ACTIVITE D'UNE ASSOCIATION

La plupart des associations prennent une police pour leurs membres. Toute personne qui paie une cotisation à une association est souvent également assurée contre les dommages provoqués par un accident survenu au cours d'une activité de celle-ci.

Il est conseillé de bien lire la police d'assurance. **La plupart des assurances ne paient que la partie qui n'est pas remboursée par la mutualité, ce qui implique que l'étranger qui n'a pas d'assurance maladie publique n'aura droit qu'à un remboursement limité.** La victime ne pourra récupérer l'ensemble des frais médicaux qu'en cas d'accident pour lequel la partie adverse est responsable, même si la victime n'a pas d'assurance maladie. Il en va de même des accidents du travail.

6.2. Garant / cautionneur

Pour la plupart des étrangers soumis à l'obligation de visa, un cautionneur ou garant a signé, lors de la demande de visa, un **engagement de prise en charge** (ou caution) par lequel il s'engage, en général pour une durée de deux ans, à assumer les frais de soins de santé, de séjour et de rapatriement. La durée de l'engagement de prise en charge dépend du type de visa :

- pour un visa de court séjour (**touristique**), l'engagement dure **deux ans** à compter de la date d'arrivée dans l'espace Schengen (même si le visa n'a qu'une validité maximale de trois mois). Si l'étranger acquiert un droit de séjour au cours de ces deux années, la prise en charge devient caduque ;
- pour un visa d'étudiant, le garant s'engage pour la durée des études.

Dans des cas exceptionnels, il peut être mis fin prématurément à la prise en charge.

Le cautionneur doit également, pendant cette période, payer les frais médicaux non assurés du demandeur d'aide. Pour les personnes qui sont entrées sur le territoire munies d'un visa de court séjour, le CPAS ne peut se retourner vers le garant que pour les frais de soins de santé courants et non pour les frais de l'« aide médicale urgente »³². Pour les autres visas, la législation ne précise pas si le cautionneur n'est responsable que pour les soins de santé courants ou aussi pour les frais de l'aide médicale urgente.

Si le cautionneur n'intervient pas (par exemple, s'il refuse de collaborer, est introuvable ou insolvable), l'intéressé peut s'adresser au CPAS qui examinera la situation avant d'éventuellement intervenir lui-même. En examinant une demande d'aide, le CPAS tient compte de la prise en charge valide que le garant a signée lors de la demande de visa. Il peut contacter le garant pour lui rappeler son engagement. Celui-ci a évidemment ses limites, car les frais médicaux ne peuvent pas placer le garant dans une situation qui porterait atteinte à sa dignité humaine. Le CPAS peut également prendre en charge des frais médicaux et les réclamer par la suite au garant. Pour vérifier si une prise en charge a été signée, on peut contacter l'OE³³.

Le cautionneur d'un étudiant ne s'est pas porté garant vis-à-vis du CPAS. Cela implique que le CPAS ne peut récupérer auprès du cautionneur l'aide accordée.

6.3. Débiteurs d'aliments dans le cadre de la réglementation des CPAS

Lorsqu'une personne fait appel à une aide du CPAS, ce dernier peut le renvoyer après examen des faits à ses débiteurs d'aliments immédiats. Ce sont des personnes qui sont en charge de l'entretien financier et matériel de la personne concernée. Il peut s'agir de ses parents, de ses enfants, de son (sa) conjoint(e), ainsi que des adoptants, des adoptés et parfois même de son ex-conjoint(e). Le renvoi vers ces débiteurs d'aliments se fait également pour les Belges qui font appel à l'aide du CPAS.

Les informations recueillies par le CPAS au cours de son enquête sociale déterminent l'opportunité d'exiger de la personne concernée qu'elle fasse valoir ses droits auprès de ses débiteurs d'aliments. Le CPAS peut l'aider en intervenant en son nom et en sa faveur auprès d'entre autres les débiteurs d'aliments.

La personne concernée ne peut pas renoncer délibérément au droit à une pension alimentaire de son (ex)-conjoint.

³² D'après la circulaire du 9 septembre 1998 du ministre de l'Intérieur de l'époque. Les exemples repris dans cette circulaire portent à croire que la portée de l'« aide médicale urgente » est différente de celle de l'« aide médicale urgente » aux personnes en séjour illégal telle que prévue par l'arrêté royal du 12.12.1996.

³³ L'OE fournit des informations concernant l'existence ou non d'une prise en charge et la personne qui l'a signée: prise en charge annexe 3bis pour un étranger venu en Belgique dans le cadre d'un séjour de courte durée (comme touriste ou dans le cadre d'une cohabitation légale ou d'un mariage): koen.callaert@dofi.fgov.be ou tél. 02/793.86.30 prise en charge annexe 32 pour toute personne venue en Belgique dans le cadre d'un séjour de longue durée (étudiant non ressortissant de l'UE): marijke.sterckx@dofi.fgov.be ou tél. 02/793.87.31

Le CPAS peut en outre demander du géniteur qui n'a pas établi juridiquement la paternité d'enfants de participer à l'entretien, l'éducation et la formation appropriée de son enfant.

Le CPAS peut parfois renoncer pour des raisons d'équité au droit de récupération qu'il a auprès des débiteurs d'aliments. La dignité humaine de ces derniers ne peut en effet pas être compromise.

7. La personne concernée prend elle-même en charge le paiement de ses frais médicaux

Toute personne concernée doit d'abord épuiser ses propres droits et moyens avant de pouvoir faire appel au CPAS (de son lieu de résidence habituelle) pour le paiement de ses frais médicaux.

Un CPAS ne peut intervenir que lorsque le demandeur d'aide est **dans le besoin**. Le CPAS examinera donc d'abord si le demandeur d'aide ne peut pas faire appel à:

- une assurance maladie publique ou privée (en Belgique ou à l'étranger);
- un garant ayant signé un engagement de prise en charge;
- un débiteur **d'aliments** ou un **tiers payant**.

Le CPAS vérifiera en outre si la personne concernée dispose de propres moyens pour payer ses frais médicaux. Il se pourrait ainsi qu'elle puisse - après avoir utilisé les possibilités de paiement ci-dessus - payer elle-même sa consultation ou ses médicaments, mais qu'elle ne soit pas en mesure de payer son hospitalisation.



Ce document accompagne le tableau récapitulatif 'Statuts de séjour et soins de santé pour étrangers' que vous pouvez aussi consulter sur nos sites Internet respectifs. Ce tableau présente différents statuts de séjour en parallèle au droit d'accueil, de soutien, d'assurabilité et paiement ou remboursement des frais médicaux.

www.medimmigrant.be, www.medischezorg.be,
www.orientatiepunt.be, www.vreemdelingenrecht.be

RÉDACTION

Ellen Druyts > Kruispunt Migratie-Integratie, Steunpunt Gezondheid en Vreemdelingenrecht
Veerle Evenepoel & Stéphanie Jassogne > Medimmigrant
Anna Van der Borght > Ondersteuningspunt Medische Zorg
Kim Verschueren > Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen

RECOMMANDATIONS ET AVIS

Fabienne Crauwels > Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten

CORRECTION DU NÉERLANDAIS

Els Roger > Kruispunt Migratie-Integratie

TRADUCTION EN FRANÇAIS

Coordonnées par Medimmigrant

Mise en page

Vincent Goussey > Oost-Vlaanderen Diversiteitscentrum vzw

EDITEUR RESPONSABLE

Werkgroep gezondheid - Kruispunt Migratie-Integratie
Rue du progrès 323/1, 1030 Bruxelles