

Documents de séjour et prise en charge des frais médicaux








Fiches informatives













avec le soutien de



Medimmigrant
(rue) gaucheret (straat) 164
1030 Bruxelles/Brussel
T 02/274.14.33-34
info@medimmigrant.be
www.medimmigrant.be

-  Annexe 3
-  Annexe 3 ter
-  Annexe 15
-  Annexe 19
-  Annexe 19 ter
-  Annexe 35
-  Attestation d'immatriculation
(modèle A)

-  Carte électronique A
-  Carte électronique B
-  Carte électronique C
-  Carte électronique D
-  Carte électronique E
-  Carte électronique E+
-  Carte électronique F
-  Carte électronique F +
-  Carte électronique H

-  Lexique

Annexe 3

= Déclaration d'arrivée



Qu'est-ce que l'annexe 3 ?

L'annexe 3 est une déclaration d'arrivée. Elle prouve l'arrivée de la personne sur le territoire belge, la date à laquelle elle s'est présentée à la commune et la durée de validité de son séjour.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document peut être délivré au ressortissant de pays tiers qui se trouve en Belgique pour un court séjour.

Quelle est la durée de validité du document et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

Ce document a la même durée de validité que le droit de séjour, c.-à-d. la durée de validité du visa ou au maximum 90 jours à compter de l'arrivée sur le territoire Schengen (si pas d'obligation de visa). La personne n'est pas inscrite au Registre national.

ASSURANCE-VOYAGE PRIVÉE

Si la personne a une assurance-voyage, celle-ci peut parfois intervenir.

Qui a ou peut avoir une assurance-voyage ?

- Le ressortissant de pays tiers soumis à l'obligation de visa doit en principe avoir une assurance-voyage pour obtenir son visa.
- Le ressortissant de pays tiers non soumis à l'obligation de visa ou ayant un droit de séjour dans un État membre de l'UE peut avoir une assurance-voyage, mais ce n'est pas obligatoire.

Ces assurances interviennent le plus souvent en cas de maladie soudaine, d'accident ou de rapatriement, mais le contrat d'assurance doit être examiné minutieusement. Souvent, les soins programmés ou les soins pour une maladie déjà existante au moment de la signature du contrat sont exclus.

ASSURANCE-MALADIE À L'ÉTRANGER

Si la personne a (encore) une assurance-maladie dans son pays d'origine ou dans le dernier pays dans lequel elle a séjourné, celle-ci peut parfois intervenir.

EUROPE

(les 28 États membres de l'UE + la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein et la Suisse)

Soins non programmés

La personne qui possède une assurance-maladie valable dans l'un des États précités peut se faire rembourser ses soins médicaux nécessaires lors d'un séjour temporaire dans l'un des États précités. Les organismes assureurs doivent fournir une carte européenne d'assurance-maladie à leurs affiliés. Cette carte permet le remboursement des soins médicaux en Belgique aux mêmes conditions et aux mêmes tarifs que pour les personnes assurées en Belgique.

! Si la personne a oublié ou perdu sa carte, une attestation de remplacement peut être envoyée.

Soins programmés (= si les soins sont le motif du voyage)

Pour les soins hospitaliers programmés : la personne doit demander une autorisation préalable à son organisme assureur (formulaire S2). Le remboursement se fera selon la tarification la plus avantageuse (soit celle prévue par la législation de l'Etat de délivrance des soins, soit celle prévue par la législation de l'Etat où la personne est assurée).

Pour les soins non-hospitaliers programmés : la personne peut aussi demander une autorisation préalable à son organisme assureur et ainsi bénéficier du remboursement le plus avantageux. Sans autorisation préalable, le remboursement est possible mais se fera selon la tarification de la législation de l'Etat où la personne est assurée.

HORS EUROPE

Le ressortissant de pays tiers ne possède généralement pas d'assurance-maladie intervenant en Belgique.

La Belgique a conclu des accords spécifiques avec certains pays/provinces : l'Algérie, la Tunisie, la Turquie, la Serbie, la Macédoine du Nord, le Monténégro, la Bosnie-Herzégovine, l'Australie, le Québec et le Maroc. Ces accords règlent notamment les soins que la personne peut éventuellement obtenir lors d'un séjour temporaire en Belgique.

Si la personne est concernée par un tel accord, elle doit présenter une preuve/attestation de l'organisme compétent pour l'assurance-maladie dans son pays d'origine faisant apparaître qu'elle a droit à certaines prestations. La durée maximale, les conditions et la portée de la couverture diffèrent d'un pays à l'autre. Pour de plus amples renseignements, la personne doit se mettre en rapport avec son organisme assureur ou éventuellement avec la CAAMI ou une mutualité en Belgique.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'annexe 3 n'est pas un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. Seules quelques rares catégories de personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation.

En tant que personne à charge d'un titulaire

- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation et d'adoption.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

En principe, droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si la personne est indigente, mais en pratique, ce droit est très limité.

L'article 1er de la loi organique des CPAS dispose que toute personne a droit à l'aide sociale. La personne munie d'une annexe 3 ne serait pas exclue de la loi organique des CPAS. Toutefois, dans la pratique, cette aide est souvent limitée étant donné que la personne en situation de court séjour en Belgique est censée disposer de ses propres ressources.

Annexe 3ter

= Déclaration de présence



Qu'est-ce que l'annexe 3ter ?

L'annexe 3ter est une déclaration de présence. Elle prouve l'arrivée de la personne sur le territoire belge et établit la date à laquelle elle s'est présentée à la commune.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document peut être délivré aux citoyens de l'Union qui résident pour une courte durée (max. 90 jours) en Belgique et aux membres de leur famille.

Quelle est la durée de validité du document et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

Ce document a la même durée de validité que le droit de séjour, soit 90 jours maximum à compter de l'arrivée sur le territoire belge. La personne n'est pas inscrite au Registre national.

ASSURANCE-VOYAGE PRIVÉE

Si la personne a une assurance-voyage, celle-ci peut parfois intervenir.

Qui a ou peut avoir une assurance-voyage ?

- Le ressortissant de pays tiers soumis à l'obligation de visa doit en principe avoir une assurance-voyage pour obtenir son visa.
- Le citoyen de l'Union et le ressortissant de pays tiers non soumis à l'obligation de visa ou ayant un droit de séjour dans un État membre de l'UE peuvent avoir une assurance-voyage, mais ce n'est pas obligatoire.

Ces assurances interviennent le plus souvent en cas de maladie soudaine, d'accident ou de rapatriement, mais le contrat d'assurance doit être examiné minutieusement. Souvent, les soins programmés ou les soins pour une maladie déjà existante au moment de la signature du contrat sont exclus.

ASSURANCE-MALADIE À L'ÉTRANGER

Si la personne a (encore) une assurance-maladie dans son pays d'origine ou dans le dernier pays dans lequel elle a séjourné, celle-ci peut parfois intervenir.

EUROPE

(les 28 États membres de l'UE + la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein et la Suisse)

Soins non programmés

La personne qui possède une assurance-maladie valable dans l'un des États précités peut se faire rembourser ses soins médicaux nécessaires lors d'un séjour temporaire dans l'un des États précités. Les organismes assureurs européens doivent fournir une carte européenne d'assurance-maladie à leurs affiliés. Cette carte permet le remboursement des soins médicaux en Belgique aux mêmes conditions et aux mêmes tarifs que pour les personnes assurées en Belgique.

! Si la personne a oublié ou perdu sa carte, une attestation de remplacement peut être envoyée.

Soins programmés (= si les soins sont le motif du voyage)

Pour les soins hospitaliers programmés : la personne doit demander une autorisation préalable à son organisme assureur (formulaire S2). Le remboursement se fera selon la tarification la plus avantageuse (soit celle prévue par la législation de l'Etat de délivrance des soins, soit celle prévue par la législation de l'Etat où la personne est assurée).

Pour les soins non-hospitaliers programmés : la personne peut aussi demander une autorisation préalable à son organisme assureur et ainsi bénéficier du remboursement le plus avantageux. Sans autorisation préalable, le remboursement est possible mais se fera selon la tarification de la législation de l'Etat où la personne est assurée.

HORS EUROPE

Le ressortissant de pays tiers ne possède généralement pas d'assurance-maladie intervenant en Belgique.

La Belgique a conclu des accords spécifiques avec certains pays/provinces : l'Algérie, la Tunisie, la Turquie, la Serbie, la Macédoine du Nord, le Monténégro, la Bosnie-Herzégovine, l'Australie, le Québec et le Maroc. Ces accords règlent notamment les soins que la personne peut éventuellement obtenir lors d'un séjour temporaire en Belgique.

Si la personne est concernée par un tel accord, elle doit présenter une preuve/attestation de l'organisme compétent pour l'assurance-maladie dans son pays d'origine faisant apparaître qu'elle a droit à certaines prestations. La durée maximale, les conditions et la portée de la couverture diffèrent d'un pays à l'autre. Pour de plus amples renseignements, la personne doit se mettre en rapport avec son organisme assureur ou avec la CAAMI ou une mutualité en Belgique.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'annexe 3ter n'est pas un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. Seules quelques rares catégories de personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation.

En tant que personne à charge d'un titulaire

- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation et d'adoption.

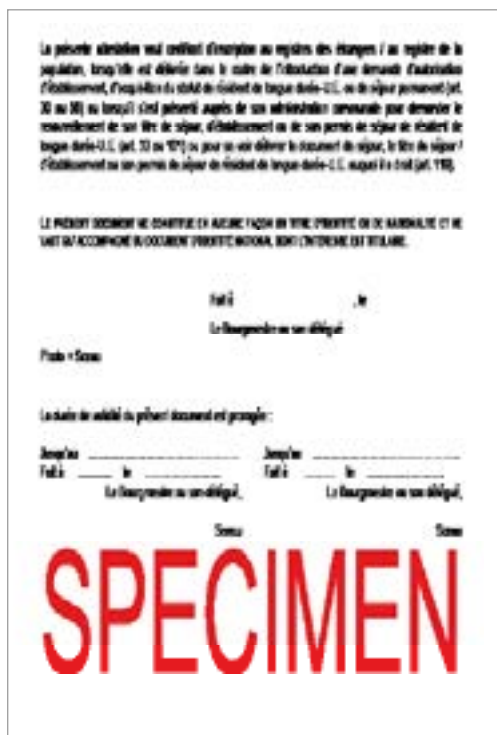
PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

En principe, droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si la personne est indigente, mais en pratique, ce droit est très limité.

L'article 1er de la loi organique des CPAS dispose que toute personne a droit à l'aide sociale. La personne munie d'une annexe 3ter ne serait pas exclue de la loi organique des CPAS. Toutefois, dans la pratique, cette aide est néanmoins souvent limitée, pour diverses raisons.

Annexe 15

= Attestation de séjour temporaire



Qu'est-ce que l'annexe 15 ?

L'annexe 15 est une attestation de séjour temporaire. Elle prouve qu'une personne attend une prolongation de son droit de séjour, un (nouveau) droit de séjour ou une décision en lien avec une demande de séjour.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document est délivré au ressortissant de pays tiers ou au citoyen de l'Union dans différents cas de figure. On trouve des explications sur la raison de l'octroi de l'annexe 15 sur le document même :

- soit la raison aura été cochée ;
- soit elle aura été inscrite par l'agent communal.

Bref aperçu des différentes raisons d'octroi de l'annexe 15 :

Case 1 = demande d'établissement ou d'acquisition du statut de résident longue durée

Case 2 = demande de renouvellement de l'autorisation de séjour ou d'établissement

Case 3 = demande de régularisation du séjour suite à un retour dans le pays hors délais

Case 4 = demande de séjour permanent

Case 5 = travailleur frontalier

Case 6 = demande pour introduire procédure article 110bis

Case 7 = demande d'inscription

Case 8 = en attente de la délivrance d'un document de séjour

Quelle est la durée de validité du document et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

La durée de validité du document et l'inscription de la personne au Registre national dépend de la situation dans laquelle se trouve la personne.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'annexe 15 peut dans certains cas permettre d'ouvrir le droit à l'assurance-maladie, mais pas toujours. Quand l'annexe 15, seule, n'est pas suffisante, seules les personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

! L'annexe 15 vaut comme preuve d'inscription au Registre des étrangers ou de population quand sont cochées les cases 1, 2, 3, 4 ou 8. Quand la case 7 est cochée, la personne devra en outre alors présenter d'autres documents (voir circulaire de l'INAMI du 22 décembre 2016, mais attention ! : l'annexe 15 a été modifiée après la publication en 2016 de cette circulaire. La numérotation de la circulaire ne correspond aujourd'hui plus à la numérotation de l'actuelle annexe 15. Veuillez prendre en compte les intitulés de l'annexe 15, et non le n° des cases à cocher).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Seulement valable pour les personnes inscrites au Registre national ou, en l'absence d'inscription au Registre, pour les personnes qui ont demandé à la commune l'adaptation de leurs données au Registre national suite à la cohabitation avec leur époux/se.
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Seulement valable pour les personnes inscrites au Registre national
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
*! Seulement valable pour les personnes inscrites au Registre national
! Impossible si une autre personne est inscrite comme 'cohabitant' à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.*
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.
*! Pour les enfants qui s'inscrivent à charge de leur mère ou de leur père, la cohabitation n'est pas exigée. Pour les autres, la cohabitation est bien exigée.
Pour les enfants qui ne sont pas inscrits au Registre national, la preuve de la cohabitation résulte de tous les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif de l'INAMI. L'intention de l'enfant de s'installer en Belgique doit ici être démontrée.*

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

A l'exception des travailleurs frontaliers (case 5), les personnes en possession d'une annexe 15 ont en principe droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elles sont indigentes.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Pour certaines personnes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin.

En résumé :

- **Case 1** : Droit à l'aide sociale (ou à l'AMU si la personne est membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi) ;
- **Case 2** : Droit à l'aide sociale ;
- **Case 3** : Droit à l'aide sociale (ou à l'AMU si l'analyse de la situation de séjour effectuée par l'assistant(e) social(e) conduit à la conclusion que l'absence de la personne du territoire belge a dépassé la durée légale prévue) ;
- **Case 4** : Droit à l'aide sociale (ou à l'AMU si la personne est membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi) ;
- **Case 5** : Pas de droit à l'aide sociale, ni à l'AMU ;
- **Case 6** : Droit à l'aide sociale ;
- **Case 7** : Droit à l'aide sociale si l'analyse de la situation permet de déduire que la personne a droit à l'aide sociale ;
- **Case 8** : Droit à l'aide sociale (ou à l'AMU si la personne est membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi ou si elle est membre de la famille d'un Belge ou d'un citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif, chaque fois pendant les trois premiers mois qui suivent la délivrance de l'annexe 15).



L'obtention et la conservation du droit de séjour sont parfois conditionnées à la possession de moyens de subsistance suffisants. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions liées aux moyens de subsistance ne sont plus remplies.

Annexe 19

= Demande d'attestation d'enregistrement ou de carte d'identité d'étranger en qualité de ressortissant suisse

ROYAUME DE BELGIQUE
COMMUNE :
RUE :

ANNEXE 19

DEMANDE D'ATTESTATION D'ENREGISTREMENT OU DE CARTE D'IDENTITE D'ETRANGER EN QUALITE DE RESSORTISSANT SUISSE⁽¹⁾

Introduite en application des articles 40, 40bis, 40ter, 42 et 47/1, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et de l'article 50, 58 et 69ter⁽²⁾, de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Nom :
Prénom :
Nationalité :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
En provenance de :
Déclarant résider à l'adresse :

L'intéressé(e) s'est présenté(e) à l'administration communale pour introduire une demande d'attestation d'enregistrement / de carte d'identité d'étranger en qualité de ressortissant suisse⁽³⁾ en qualité de :⁽⁴⁾

demandeur d'emploi ;
 travailleur salarié ;
 travailleur indépendant ;
 titulaire de moyens de subsistance suffisants ;
 étudiant ;
 conjoint de
 partenaire dans le cadre d'un partenariat équivalent à mariage de
 partenaire dans le cadre d'un partenariat enregistré conformément à une loi de
 descendant de
 ascendant de

Pour ou contre un ressortissant de l'Union européenne ou un ressortissant d'un pays tiers membre de l'Union européenne ou d'un pays tiers membre de la famille d'un ressortissant suisse ou d'un ressortissant suisse membre de la famille d'un ressortissant suisse.
 Autre membre de la famille d'un ressortissant suisse ou d'un ressortissant suisse membre de la famille d'un ressortissant suisse.
 Membre de la famille d'un ressortissant suisse ou d'un ressortissant suisse membre de la famille d'un ressortissant suisse.

Etant donné qu'il a été procédé au contrôle de résidence, l'intéressé(e) est inscrit(e) au registre d'attente à l'adresse déclarée.
Sa citoyenneté de l'Union / nationale suisse⁽⁵⁾ a été prouvée au moyen des documents suivants :

Il (elle) a, en outre, produit les documents suivants :

L'intéressé(e) est prié(e) de produire dans les trois mois, à savoir au plus tard le (date), les documents suivants :

Tous les documents requis ont été produits. Conformément à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 4, de l'arrêté royal du 8 octobre 1981, la demande est transmise à l'Office des Etrangers. L'intéressé(e) est tenu(e) de se présenter dans les six mois, à savoir le (date), à l'administration communale en vue de se voir notifier la décision relative à la présente demande.

La présente demande a été établie en trois exemplaires dont un a été remis à l'intéressé(e).
Le présent document ne constitue en aucune façon un titre d'identité ou un titre de nationalité.

A le
Le bourgmestre ou son délégué
Scellé

Signature de l'intéressé(e).

Tous les documents requis ont été produits le (date). Conformément à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 4, de l'arrêté royal du 8 octobre 1981, la demande est transmise à l'Office des Etrangers. L'intéressé(e) est tenu(e) de se présenter dans les six mois, à savoir le (date), à l'administration communale en vue de se voir notifier la décision relative à la présente demande.

Fait à le
Le bourgmestre ou son délégué
Scellé

Signature de l'intéressé(e).

(1) Raturer la mention non applicable.
(2) Demander adresses complètes et exactes à l'étranger.
(3) Cocher la case appropriée. En cas de regroupement familial, mentionner l'identité ainsi que le numéro d'identification au Registre national de la personne concerné le droit au regroupement.
(4) Mentionner les noms, prénoms, date de naissance et nationalité de la personne ouvrant le droit au regroupement familial ainsi que son numéro d'identification au Registre national des personnes physiques (pour autant qu'il s'agit d'un diploché ou d'un).

SPECIMEN

Qu'est-ce que l'annexe 19 ?

Ce document prouve qu'une demande d'inscription a été introduite.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document est délivré au citoyen de l'Union :

- qui souhaite séjourner plus de trois mois en Belgique en qualité de travailleur salarié ou indépendant, de demandeur d'emploi, d'étudiant ou de citoyen de l'Union économiquement non actif ;
- qui est membre de la famille d'un citoyen de l'Union ou d'un Belge.

Ce document peut également être délivré au ressortissant suisse.

Quelle est la durée de validité du document et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

La durée de validité du document est en principe de maximum six mois.

La personne est inscrite au Registre d'attente. Après le passage de l'agent de quartier, la personne est inscrite au Registre des étrangers et reçoit une Attestation d'Immatriculation (> voir la fiche correspondant).

ASSURANCE-MALADIE EN EUROPE

(les 28 États membres de l'UE + la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein et la Suisse)

Si la personne a (encore) une assurance-maladie dans l'un des pays précités, celle-ci peut généralement intervenir.

Soins non programmés

La personne qui possède une assurance-maladie valable dans l'un des États précités peut se faire rembourser ses soins médicaux nécessaires lors d'un séjour temporaire dans l'un des États précités. Les organismes assureurs européens doivent fournir une carte européenne d'assurance-maladie à leurs affiliés. Cette carte permet le remboursement des soins médicaux en Belgique aux mêmes conditions et aux mêmes tarifs que pour les personnes assurées en Belgique.

! Si la personne a oublié ou perdu sa carte, une attestation de remplacement peut être envoyée.

Soins programmés (= si les soins sont le motif du voyage)

Pour les soins hospitaliers programmés : la personne doit demander une autorisation préalable à son organisme assureur (formulaire S2). Le remboursement se fera selon la tarification la plus avantageuse (soit celle prévue par la législation de l'Etat de délivrance des soins, soit celle prévue par la législation de l'Etat où la personne est assurée).

Pour les soins non-hospitaliers programmés : la personne peut aussi demander une autorisation préalable à son organisme assureur et ainsi bénéficier du remboursement le plus avantageux. Sans autorisation préalable, le remboursement est possible mais se fera selon la tarification de la législation de l'Etat où la personne est assurée.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'annexe 19 seule n'est pas un document suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. Seules les personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation.

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme 'cohabitant' à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.
! Pour les enfants qui s'inscrivent à charge de leur mère ou de leur père, la cohabitation n'est pas exigée. Pour les autres, la cohabitation est bien exigée.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une annexe 19 a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Pour les personnes suivantes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin :

- le citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi et les membres de sa famille ;
- le citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif et les membres de sa famille, chaque fois pendant les trois premiers mois de leur séjour.

! Selon le SPP IS, cette limitation de l'aide sociale à l'AMU serait aussi valable pour les membres de la famille d'un belge. Cette position a toutefois été contredite par la jurisprudence des Tribunaux du travail selon laquelle les membres de la famille d'un belge ont aussi droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour, s'ils sont indigents.



L'obtention et la conservation du droit de séjour sont parfois conditionnées à la possession de ressources suffisantes. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions de ressources ne sont plus remplies.

Les personnes munies d'une annexe 19 pourraient faire l'objet de transferts automatiques de données du SPP-IS vers l'OE, mais ces transferts de données n'étaient au jour de la publication de cette fiche pas opérationnels.

Ces échanges d'informations concernent l'aide sociale remboursée au CPAS par le SPP-IS, à l'exception de l'aide médicale.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

ASSURANCE-MALADIE À L'ÉTRANGER

Si la personne a (encore) une assurance-maladie dans son pays d'origine ou dans le dernier pays dans lequel elle a séjourné, celle-ci peut parfois intervenir.

EUROPE

(les 28 États membres de l'UE + la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein et la Suisse)

Soins non programmés

La personne qui possède une assurance-maladie valable dans l'un des États précités peut se faire rembourser ses soins médicaux nécessaires lors d'un séjour temporaire dans l'un des États précités. Les organismes d'assurance européens doivent fournir une carte européenne d'assurance-maladie à leurs affiliés. Cette carte permet le remboursement des soins médicaux en Belgique aux mêmes conditions et aux mêmes tarifs que pour les personnes assurées en Belgique.

! Si la personne a oublié ou perdu sa carte, une attestation de remplacement peut être envoyée.

Soins programmés (= si les soins sont le motif du voyage)

Pour les soins hospitaliers programmés : la personne doit demander une autorisation préalable à son organisme assureur (formulaire S2). Le remboursement se fera selon la tarification la plus avantageuse (soit celle prévue par la législation de l'Etat de délivrance des soins, soit celle prévue par la législation de l'Etat où la personne est assurée).

Pour les soins non-hospitaliers programmés : la personne peut aussi demander une autorisation préalable à son organisme assureur et ainsi bénéficier du remboursement le plus avantageux. Sans autorisation préalable, le remboursement est possible mais se fera selon la tarification de la législation de l'Etat où la personne est assurée.

HORS EUROPE

Le ressortissant de pays tiers ne possède généralement pas d'assurance-maladie intervenant en Belgique.

La Belgique a conclu des accords spécifiques avec certains pays/provinces : l'Algérie, la Tunisie, la Turquie, la Serbie, la Macédoine du Nord, le Monténégro, la Bosnie-Herzégovine, l'Australie, le Québec et le Maroc. Ces accords règlent notamment les soins que la personne peut éventuellement obtenir lors d'un séjour temporaire en Belgique.

Si la personne est concernée par un tel accord, elle doit présenter une preuve/attestation de l'organisme compétent pour l'assurance-maladie dans son pays d'origine faisant apparaître qu'elle a droit à certaines prestations. La durée maximale, les conditions et la portée de la couverture diffèrent d'un pays à l'autre. Pour de plus amples renseignements, l'intéressé doit se mettre en rapport avec son organisme assureur ou avec la CAAMI ou une mutualité en Belgique.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'annexe 19ter seule n'est pas un document suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. Seules les personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
! Les personnes avec annexe 19ter peuvent travailler, éventuellement sous certaines conditions.
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation.

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

! Pour les enfants qui s'inscrivent à charge de leur mère ou de leur père, la cohabitation n'est pas exigée. Pour les autres, la cohabitation est bien exigée.

Pour les enfants qui ne sont pas inscrits au Registre national, la preuve de la cohabitation résulte de tous les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif de l'INAMI. L'intention de l'enfant de s'installer en Belgique doit ici être démontrée.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une annexe 19ter a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Pour les personnes suivantes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin :

- le ressortissant de pays tiers membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi ;
- le ressortissant de pays tiers membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif, pendant les trois premiers mois de son séjour.

! Selon le SPP IS, cette limitation de l'aide sociale à l'AMU serait aussi valable pour les membres de la famille d'un belge. Cette position a toutefois été contredite par la jurisprudence des Tribunaux du travail selon laquelle les membres de la famille d'un belge ont droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour, s'ils sont indigents.



L'obtention et la conservation du droit de séjour sont parfois conditionnées à la possession de moyens de subsistance suffisants. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions liées aux moyens de subsistance ne sont plus remplies.

Les personnes munies d'une annexe 19ter pourraient faire l'objet de transferts automatiques de données du SPP-IS vers l'OE, mais ces transferts de données n'étaient au jour de la publication de cette fiche pas opérationnels.

Ces échanges d'informations concernent l'aide sociale remboursée au CPAS par le SPP-IS, à l'exception de l'aide médicale.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

Annexe 35

= Document spécial de séjour



Qu'est-ce que l'annexe 35 ?

L'annexe 35 est un document spécial de séjour.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document peut être délivré au ressortissant de pays tiers ou au citoyen de l'Union qui introduit un recours suspensif à l'encontre de certaines décisions de refus d'une demande de séjour.

Quelle est la durée de validité du document et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

La durée de validité de ce document est de trois mois. L'annexe 35 est ensuite renouvelée tous les mois tant que le recours est pendant. Le document ne vaut pas inscription au Registre national.



ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'annexe 35 seule n'est pas un document suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. Seules les personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
! La plupart des titulaires de ce document peuvent en effet travailler, éventuellement sous certaines conditions.
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation.
- mineur étranger non accompagné (MENA) qui, soit fréquente depuis au moins trois mois consécutifs un établissement scolaire, soit a été exempté de l'obligation scolaire ou, s'il n'y est pas soumis, a été présenté à l'ONE ou à K&G.

En tant que personne à charge d'un titulaire

- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.
! Pour les enfants qui s'inscrivent à charge de leur mère ou de leur père, la cohabitation n'est pas exigée. Pour les autres, la cohabitation est bien exigée.
Pour les enfants qui ne sont pas inscrits au Registre national, la preuve de la cohabitation résulte de tous les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif de l'INAMI. L'intention de l'enfant de s'installer en Belgique doit aussi être démontrée.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une annexe 35 a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Le titulaire d'une annexe 35 a introduit un recours suspensif et est autorisé à séjourner sur le territoire belge dans l'attente d'une décision du CCE. La personne n'est pas considérée comme une personne en situation de séjour illégal.

Néanmoins, pour les personnes suivantes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin :

- le citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi et les membres de sa famille ;
- le citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif et les membres de sa famille, pendant les trois premiers mois de leur séjour.

! Selon le SPP IS, cette limitation de l'aide sociale à l'AMU serait aussi valable pour les membres de la famille d'un belge. Cette position a toutefois été contredite par la jurisprudence des tribunaux du travail selon laquelle les membres de la famille d'un belge ont aussi droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour, s'ils sont indigents.



L'obtention et la conservation du droit de séjour sont parfois conditionnées à la possession de moyens de subsistance suffisants. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions liées aux moyens de subsistance ne sont plus remplies. Le droit de séjour risque alors d'être refusé ou perdu.

Attestation d'immatriculation

(Modèle A)



Qu'est-ce que l'attestation d'immatriculation ?

L'attestation d'immatriculation, souvent aussi appelée « carte orange », est un document de séjour provisoire pour le ressortissant de pays tiers ayant engagé une procédure. Le document prouve qu'une demande de séjour en Belgique est à l'examen. Dans l'attente d'une décision concernant cette demande, la personne a un droit de séjour temporaire.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document peut être délivré au ressortissant de pays tiers :

- dont la demande de régularisation médicale (article 9ter) a été déclarée recevable ;
- qui est membre de la famille d'un Belge, d'un citoyen de l'Union ou d'un ressortissant de pays tiers en attente d'une décision concernant sa demande de regroupement familial ;
- qui se trouve dans la procédure de protection internationale ;
- qui attend une décision concernant sa demande de statut d'étudiant ;
- qui se trouve dans la procédure pour victime de la traite des êtres humains ;
- qui se trouve dans la procédure pour mineur étranger non accompagné.

Quelle est la durée de validité du document et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

La validité du document dépend du statut de séjour et peut varier de 1 à 6 mois. Selon les procédures, le document pourra ou non être prolongé. La personne est inscrite au Registre des étrangers (sauf le demandeur de protection internationale qui est inscrit au Registre d'attente).

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

L'attestation d'immatriculation seule n'est pas un document suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie. Seules les personnes qui remplissent certaines conditions spécifiques pourront être affiliées sous l'une des qualités présentées ci-dessous.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
! Certaines personnes avec attestation d'immatriculation peuvent en effet travailler à certaines conditions.
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- mineur étranger non accompagné (MENA) qui, soit fréquente depuis au moins trois mois consécutifs un établissement scolaire, soit a été exempté de l'obligation scolaire ou, s'il n'y est pas soumis, a été présenté à l'ONE ou à K&G ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).
! Uniquement valable pour le réfugié reconnu ou pour le bénéficiaire de la protection subsidiaire, s'il dispose de la décision de reconnaissance du CGRA ou de l'arrêt de reconnaissance du CCE qui est devenu définitif (= après 30 jours si aucun recours en cassation n'a été introduit ou, si un recours a été introduit, à condition que ce recours ait été rejeté).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR FEDASIL

Les personnes qui se trouvent dans l'une des situations explicitées ci-dessous ont droit à l'intervention de Fedasil pour leurs soins médicaux.

Fedasil est compétent pour les bénéficiaires de l'accueil (demandeurs de protection internationale ou non) qui résident :

- dans un centre d'accueil collectif ;
- ou dans une initiative d'accueil à petite échelle (sauf s'il s'agit d'une initiative d'accueil d'un CPAS, dans ce cas voir plus loin).

Fedasil est aussi compétent pour les demandeurs de protection internationale qui ne résident pas dans une structure d'accueil et qui ont un code 207 « no show » ou « WSP ».

! De plus amples renseignements sur la place d'accueil qui a été désignée au demandeur d'asile et sur l'instance compétente peuvent être obtenus auprès du service « Dispatching » (02/793 82 40) ou de la Cellule Frais Médicaux » de Fedasil (02/213 43 25, FR ; 02/213 43 00, NL).

Si le demandeur de protection internationale est affilié à l'assurance-maladie, celle-ci intervient et Fedasil reste compétent pour le ticket modérateur.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une attestation d'immatriculation a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers Fedasil si la personne a droit à l'intervention de Fedasil, ou vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Pour les personnes suivantes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin :

- le ressortissant de pays tiers membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi ;
- le ressortissant de pays tiers membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif, pendant les trois premiers mois de son séjour.

! Selon le SPP IS, cette limitation de l'aide sociale à l'AMU serait aussi valable pour les membres de la famille d'un belge. Cette position a toutefois été contredite par la jurisprudence des Tribunaux du travail selon laquelle les membres de la famille d'un belge ont aussi droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour, s'ils sont indigents.



L'obtention et la conservation du droit de séjour sont parfois conditionnées à la possession de ressources suffisantes. Le fait de bénéficier d'une aide sociale du CPAS pourrait être un indice que les conditions de ressources ne sont plus remplies.

Les personnes munies d'une attestation d'immatriculation et relevant des catégories suivantes peuvent (ou pourraient) faire l'objet de transferts automatiques de données du SPP-IS vers l'OE :

- les membres de la famille d'un Belge, d'un citoyen de l'Union ou d'un ressortissant de pays tiers dans le cadre du regroupement familial ;
- les étudiants ressortissant de pays tiers.

Ces échanges d'informations concernent l'aide sociale remboursée au CPAS par le SPP-IS, à l'exception de l'aide médicale.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte A est en principe un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne en possession d'une carte A a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers une mutualité ou la CAAMI si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).



L'obtention et la conservation du droit de séjour sont parfois conditionnées à la possession de moyens de subsistance suffisants. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions liées aux moyens de subsistance ne sont plus remplies.

Les personnes munies d'une carte A et relevant des catégories suivantes peuvent (ou pourraient) faire l'objet d'échanges d'informations automatiques entre le SPP-IS et l'OE :

- les étudiants ressortissant de pays tiers ;
- les membres de la famille d'un ressortissant de pays tiers dans le cadre du regroupement familial.

Ces échanges d'informations concernent l'aide sociale remboursée au CPAS par le SPP-IS, à l'exception de l'aide médicale.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte B est un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne en possession d'une carte B a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte C est un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujéti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une carte C a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte D est un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujéti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une carte D a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte E est un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une carte E a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Pour les personnes suivantes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin :

- le citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi et les membres de sa famille ;
- le citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif et les membres de sa famille, chaque fois pendant les trois premiers mois de leur séjour.

! Selon le SPP IS, cette limitation de l'aide sociale à l'AMU serait aussi valable pour les membres de la famille d'un belge. Cette position a toutefois été contredite par la jurisprudence des Tribunaux du travail selon laquelle les membres de la famille d'un belge ont aussi droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour, s'ils sont indigents.



Le titulaire d'une carte E a un droit de séjour d'une durée illimitée, mais conditionnel. Il doit satisfaire aux conditions relatives à la libre circulation des personnes dans l'UE. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions du séjour ne sont plus remplies.

Les citoyens de l'Union munis d'une carte E font l'objet de transferts automatiques de données personnelles du SPP-IS vers l'OE.

Ces données personnelles concernent l'aide sociale remboursée au CPAS par le SPP-IS, à l'exception de l'aide médicale.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte E+ est en principe un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujéti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une carte E+ a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Carte électronique F

= Carte de séjour d'un membre de la famille d'un citoyen de l'Union



Qu'est-ce que la carte F ?

La carte F est une carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union. Elle se présente sous la forme d'une carte d'identité électronique munie d'une puce dont les données peuvent être lues au moyen d'un lecteur de carte.

Qui peut recevoir ce document ?

Ce document est délivré aux ressortissants de pays tiers qui résident en Belgique en vertu d'un droit au regroupement familial avec un Belge ou un citoyen de l'Union, et dont la demande de séjour a été approuvée.

Quelle est la durée de validité de la carte et la personne est-elle inscrite au Registre national ?

La personne a un droit de séjour à durée illimitée, mais il est conditionnel. La carte F a une durée de validité maximale de cinq ans. La personne est inscrite au Registre des étrangers.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte F est en principe un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujéti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne munie d'une carte F a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux (dans certains cas limitée à l'AMU) si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

Pour les personnes suivantes, le droit à l'aide sociale du CPAS est limité à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et une attestation AMU devra être remplie par un médecin :

- le ressortissant de pays tiers membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi ;
- le ressortissant de pays tiers membre de la famille d'un citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non actif, pendant les trois premiers mois de son séjour.

! Selon le SPP IS, cette limitation de l'aide sociale à l'AMU serait aussi valable pour les membres de la famille d'un belge. Cette position a toutefois été contredite par la jurisprudence des Tribunaux du travail selon laquelle les membres de la famille d'un belge ont aussi droit à l'aide sociale pendant les trois premiers mois de leur séjour, s'ils sont indigents.



Le titulaire d'une carte F a un droit de séjour d'une durée illimitée, mais conditionnel. Il doit répondre aux conditions du regroupement familial. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que les conditions du regroupement familial ne sont plus remplies.

Les ressortissants de pays tiers munis d'une carte F font l'objet de transferts automatiques de données personnelles du SPP-IS vers l'OE.

Ces données personnelles concernent l'aide sociale remboursée au CPAS par le SPP-IS, à l'exception de l'aide médicale.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte F+ est en principe un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujéti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;
! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.
- enfant de moins de 25 ans à charge d'un titulaire. Possible sur base du lien de filiation, d'adoption ou quand le titulaire assume l'entretien de l'enfant.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne en possession d'une carte F+ a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).

ASSURANCE-MALADIE EN BELGIQUE

La carte H est en principe un document de séjour suffisant pour ouvrir le droit à l'assurance-maladie.

Il existe deux catégories d'affiliés : les titulaires, qui ouvrent eux-mêmes le droit à l'assurance-maladie, et les personnes à charge, qui ont un droit dérivé à l'assurance-maladie grâce à leur cohabitation et/ou à leur lien de parenté avec le titulaire.

Les conditions d'affiliation diffèrent, tant pour le titulaire que pour la personne à charge, en fonction de la qualité invoquée pour l'affiliation (voir ci-dessous). Quand le droit à l'assurance-maladie peut être ouvert sur base de différentes qualités, l'organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) choisira en principe la qualité la plus avantageuse.

Les principales qualités qui pourraient ici être envisagées sont les suivantes :

En tant que titulaire

- salarié ou indépendant (assujetti à la sécurité sociale) ;
- étudiant de l'enseignement supérieur inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice agréé, moyennant le paiement d'une cotisation ;
- 'inscrit au registre national' (= personne séjournant en Belgique, résident), moyennant le paiement d'une cotisation (les personnes sans revenus ou aux revenus limités peuvent obtenir une réduction ou une exemption).

En tant que personne à charge d'un titulaire

- conjoint cohabitant à charge d'un titulaire ;
- ascendant cohabitant à charge d'un titulaire ;
- cohabitant à charge d'un titulaire ;

! Impossible si une autre personne est inscrite comme cohabitant à charge du même titulaire ou si le titulaire cohabite avec son conjoint.

PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX PAR LE CPAS

La personne en possession d'une carte H a droit à l'aide sociale du CPAS pour les soins médicaux si elle est indigente.

Le droit à l'aide sociale du CPAS est résiduaire. Le CPAS renverra d'abord vers un organisme assureur (= une mutualité ou la CAAMI) si la personne a droit à l'assurance-maladie (l'assurance-maladie couvrira dans ce cas la majeure partie des frais médicaux).



Le titulaire d'une carte H a un droit de séjour d'une durée limitée qui est conditionnel. L'une de ces conditions est un salaire annuel brut minimal que la personne doit percevoir. Le fait de bénéficier d'une aide sociale pourrait être un indice que la personne ne remplit plus les conditions. Le permis de travail ou le droit de séjour risque alors d'être retiré ou de ne pas être prolongé.

Le CPAS doit informer les personnes de ce risque, mais ne peut refuser pour ce motif de fournir l'aide sociale.

Lexique

AMU (Aide Médicale Urgente) : L'Arrêté Royal (A.R.) du 12 décembre 1996 définit l'AMU 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., les soins suivants peuvent relever de cette définition :

- les soins de nature préventive ou curative ;
- les soins prodigués de manière ambulatoire ou dans un établissement de soins.

Aide sociale : Aide du CPAS pouvant prendre plusieurs formes : soutien financier, logement, assistance médicale, conseils juridiques... Dans le cadre de l'aide sociale, chaque CPAS détermine l'aide qu'il juge la plus adéquate en fonction de la situation personnelle et familiale du demandeur. L'« aide médicale urgente » accordée aux personnes en séjour illégal est aussi une forme d'aide sociale du CPAS.

CCE (Conseil du Contentieux des Etrangers) : Juridiction administrative indépendante. Il est possible d'introduire un recours devant le CCE à l'encontre de décisions du CGRA, de l'OE et de toute autre décision individuelle prise en application de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (loi sur les étrangers).

CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides

Citoyen de l'Union : Citoyen de l'un des 28 États membres de l'Union européenne : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Slovaquie et la Suède. Les ressortissants des trois pays de l'EEE non-membres de l'UE (Islande, Liechtenstein, Norvège) suivent dans ces matières les mêmes règles que les citoyens de l'Union.

Code 207 : Lieu obligatoire d'inscription au Registre d'attente. Cette inscription indique l'autorité compétente qui doit fournir l'accueil ainsi que le lieu où la personne pourra être accueillie.

Fedasil : Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs de protection internationale.

OE (Office des Etrangers) : Administration relevant du ministère de l'Intérieur qui décide du droit de séjour des étrangers en Belgique, enregistre les demandes de protection internationale et gère les centres fermés.

Organismes assureurs : En Belgique, organismes formant le lien entre les assurés et l'INAMI. Ils ont pour mission commune de gérer l'assurance obligatoire et le remboursement des soins couverts par l'INAMI. L'intéressé peut s'affilier à l'organisme assureur de son choix (sauf dans le cas de la Caisse des soins de santé de HR Rail), donc soit à une mutualité (= organisation de membres), soit à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) (= organisme public).

Ressortissant de pays tiers : Ressortissant d'un État qui n'est pas membre de l'Union européenne. Attention : les ressortissants des trois pays de l'EEE non-membres de l'UE (Islande, Liechtenstein, Norvège) suivent dans ces matières les mêmes règles que les citoyens de l'Union.

Registre national (Registre de population, Registre des étrangers et Registre d'attente) : Base de données reprenant les informations relatives à l'identification des personnes. Les étrangers qui y sont enregistrés sont ceux qui résident en Belgique et qui sont admis ou autorisés à s'établir ou à séjourner en Belgique et ceux qui ont introduit une demande de protection internationale.

SPP-IS : Le SPP Intégration Sociale est un service public de programmation fédérale créé dans le but de garantir une existence décente à toute personne vivant dans la pauvreté.