

ATTESTATION D'AIDE MEDICALE URGENTE pour un étranger sans droit de séjour légal

DATE/PÉRIODE PRESTATION:

de

à

TYPE	NBRE	COMMENTAIRES EVENTUELS
séjour hôpital		
soins ambulatoire hospitaliers		
consultation médecin		
medicaments		
paramédical		
prothèse		
transport médical		
divers		

↪ facultatif

DONNÉES PATIENT

nom et prénom:

date de naissance:

résidence:

nationalité:

sexe:

M

F

NISS:

MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom

adresse:

Numéro INAMI

date de prise en charge

Signature + cachet