



KETTENIS

(recipient address)

Notre réf.: //139/3

(TRADUCTION)

ATTESTATION

Par la présente nous certifions que

M. Josef JONAS

Numéro du Registre National 840608 001-13

None

a droit pour la période **entre le 27 mai 2014 et le 26 juin 2014** à la prise en charge par le CPAS des **frais médicaux** suivants:

- **honoraires de médecin** conformément aux tarifs de l'INAMI pour la visite chez le Médecin **Waltraud WALDMANN**.
- **frais de médicaments** prescrits par **Waltraud WALDMANN** et délivrés par la pharmacie **Apotheke Reul**.

Si des traitements supplémentaires sont nécessaires, il nous faut absolument un devis des frais.

Le CPAS intervient uniquement dans les frais médicaux et pharmaceutiques qui résultent d'une consultation dans un cabinet privé pour les personnes ayant une carte médicale.

Pour le Centre Public d'Action Sociale,
Le secrétaire,
par délégation,

**Öffentliches
Sozialhilfezentrum
Centre Public
d'Action Sociale**

Mélanie Mélard

Mélanie Mélard
SI
demo@example.com

Attestation

Je soussigné, Waltraud WALDMANN,

docteur en médecine,

déclare avoir reçu en consultation en date du

M. Josef JONAS

domicilié à **Gülcherstraße, 4700 Eupen**

dans le cadre de l'aide médicale urgente accordée conformément à l'article 57, §2, de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS aux demandeurs d'asile déboutés ou à d'autres étrangers en séjour illégal dans le Royaume et qui se trouvent dans un état d'indigence.

.....

(signature et cachet du médecin)

Attestation

Je soussigné,

pharmacien à Apotheke Reul

déclare avoir remis des médicaments le

à M. Josef JONAS

domicilié à **Gülcherstraße, 4700 Eupen**

dans le cadre de l'aide médicale urgente accordée conformément à l'article 57, §2, de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS aux demandeurs d'asile déboutés ou à d'autres étrangers en séjour illégal dans le Royaume et qui se trouvent dans un état d'indigence.

Je joins un relevé des médicaments.

.....
(signature et cachet du pharmacien)



≠