

## Règlement du CPAS de Saint-Josse-ten-Noode relatif aux aides en matière de santé

LE CONSEIL,

Vu la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres Publics d'Action Sociale ;

Vu la loi du 8 juillet 1976 organique des Centres Publics d'Action Sociale ;

Considérant qu'en général les Centres Publics d'Action Sociale disposent d'un large pouvoir d'appréciation pour décider si une aide doit être accordée et sous quelle forme ; que ce pouvoir d'appréciation ne peut toutefois dégénérer en arbitraire ; qu'il est donc opportun de se fixer des lignes de conduite et de les faire connaître ;

Considérant qu'en principe l'aide sociale octroyée par les Centres Publics d'Action Sociale est résiduaire ; qu'il convient donc de veiller à ce que tous les usagers du Centre fassent d'abord prévaloir leurs droits à l'égard des tiers, s'il y a lieu, avec l'aide du Centre ;

Considérant que les aides du Centre sont subordonnées, en principe, à une enquête sociale se terminant par un diagnostic précis sur l'existence et l'étendue du besoin d'aide et proposant les moyens les plus appropriés d'y faire face ; que par « moyens les plus appropriés » il faut entendre, notamment la recherche systématique du meilleur rapport qualité-prix ainsi que les mesures tendant à éviter l'aggravation de l'état de besoin de l'utilisateur ;

Considérant l'importance croissante des dépenses consenties par le Centre pour subvenir aux besoins des usagers en matière de santé ;

Considérant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment ses dispositions relatives aux spécialités pharmaceutiques dont le principe actif n'est pas ou plus protégé en Belgique par un brevet ou un certificat complémentaire de protection du brevet, aux cercles de médecins généralistes, au dossier médical global, à l'intervention majorée de l'assurance, au maximum à facturer ;

Considérant le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé ;

Considérant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ;

Considérant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;

Considérant la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé ;

Considérant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, notamment ses dispositions relatives aux engagements de prise en charge ;

Considérant la concertation relative au présent règlement entre le Centre, les médecins pratiquant leur art en Région de Bruxelles-Capitale et les pharmaciens dont l'officine est située sur le territoire de la Commune de Saint-Josse-ten-Noode ;

Vu le règlement d'ordre intérieur et l'avis favorable des Comités spéciaux du service social.

DÉCIDE,

### **Chapitre I<sup>er</sup> – Dispositions générales**

Article 1<sup>er</sup> – Au sens du présent règlement et de ses annexes I à XII, il faut entendre par :

1. Centre : le Centre Public d'Action Sociale de Saint-Josse-ten-Noode ;
2. Comités spéciaux : les Comités spéciaux du service social auquel le Conseil a délégué la mission d'accorder aux usagers l'aide individualisée ;
3. Conseil : le Conseil de l'Action sociale du Centre ;
4. CPAS : tout Centre Public d'Action Sociale autre que le Centre ;
5. Dossier médical global : le dossier prévu par l'article 36 septies de la loi A.O.S.S.I. et l'arrêté royal du 27 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global en tenant compte de leurs modifications ;
6. Loi A.O.S.S.I. : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en tenant compte de ses modifications ;
7. Loi du 2 avril 1965 : la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres Publics d'Action Sociale en tenant compte de ses modifications ;
8. Loi organique : la loi du 8 juillet 1976 organique des Centres Publics d'Action Sociale en tenant compte de ses modifications ;

9. MAF : le maximum à facturer prévu par et en vertu de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé en tenant compte de ses modifications ;
10. Médecin généraliste : tout docteur en médecine qui exerce son art conformément à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé et agréé en cette qualité conformément à l'arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes en tenant compte de leurs modifications ;
11. Médecin spécialiste : tout docteur en médecine, autre que le médecin généraliste et qui exerce une spécialité, agréé conformément à l'arrêté royal n° 78 ;
12. Médicament : toute substance ou composition présentée conformément à la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines à l'exclusion des substances possédant ces propriétés à l'égard des maladies animales ;
13. Médicament le moins cher : le médicament (y compris « générique ») dont le prix à payer par le patient ou, en tout ou en partie, par le Centre, calculé au coût journalier, est le moins élevé alors que ses substances actives et forme galénique sont les mêmes que celles du médicament demandé ou prescrit ;
14. Président : le Président du Centre ;
15. Centre Médical Jean Fontaine : le Centre médical du CPAS de Saint-Josse-ten-Noode situé rue de la Cible n° 5 à 1210 Saint-Josse-ten-Noode ;
16. Maison de Repos et de Soins Anne Sylvie Mouzon : la Maison de repos et de soins du CPAS de Saint-Josse-ten-Noode située rue de la Cible n° 5 à 1210 Saint-Josse-ten-Noode ;
17. Directeur financier : le Directeur financier du Centre ;
18. Secrétaire général temporaire : le Secrétaire général temporaire du Centre ;
19. Soins : toutes les prestations de santé prévues par l'article 34 de la loi A.O.S.S.I. ;
20. Tarif INAMI : les tarifs fixés par et en vertu de la loi A.O.S.S.I. dans les nomenclatures des prestations de santé arrêtées par le Roi en tenant compte de leurs modifications ;
21. Usager : toute personne qui sollicite l'aide du Centre.

## Article 2

Le présent règlement s'entend sans préjudice des engagements pris par le Centre par les conventions relatives aux médecins généralistes et aux pharmaciens (annexes I et II).

Sous cette réserve, le Centre peut déroger aux dispositions contenues au présent règlement si la dérogation est favorable à l'utilisateur et justifiée par des circonstances particulières propres à celui-ci. Dans ce cas, le travailleur social en charge de l'enquête sociale précise ces circonstances particulières dans son rapport ainsi que la ou les dispositions du présent règlement auxquelles il propose de déroger.

S'il échet, le travailleur social indique également les dispositions légales et réglementaires qui obligent le Centre à octroyer l'aide, qui le lui interdisent ou qui l'y autorisent, mais sans possibilité de récupérer tout ou partie de la dépense auprès de tiers.

## **Chapitre II – Les aides**

### *Section 1<sup>ère</sup> - Dispositions générales*

#### Article 3

Les aides du Centre en matière de santé comprennent les guidances, telles que définies à l'article 9, et les aides financières, telles que définies à l'article 14.

#### Article 4

La guidance est procurée d'office par les services du Centre sans autorisation préalable des Comités spéciaux ou du Conseil et ne peut être refusée ou arrêtée que par les instances précitées lorsqu'elle grève anormalement le budget du Centre ou pèse anormalement sur le temps de travail des membres du personnel du Centre.

#### Article 5

Les aides financières sont octroyées, selon le cas, par les Comités spéciaux, le Président ou le Conseil, après enquête sociale se terminant par un diagnostic précis sur l'existence et l'étendue du besoin d'aide et proposant les moyens les plus appropriés d'y faire face en ce compris les guidances.

Elles peuvent être récupérées en tout ou en partie auprès des particuliers conformément à la loi organique.

Elles peuvent être octroyées sous forme d'avances récupérables auprès de l'utilisateur.

S'il échec, elles sont subordonnées à la signature par l'utilisateur d'une procuration générale autorisant le Centre à récupérer l'intervention de l'organisme assureur directement auprès de celui-ci ainsi que d'une procuration spéciale autorisant le Centre à récupérer directement le MAF.

#### Article 6

Les aides financières sont refusées :

1. Hors le cas de l'aide médicale urgente, aux personnes en séjour illégal ;
2. Aux étrangers qui, conformément à la loi du 15 décembre 1980, ne peuvent pénétrer sur le territoire Schengen que s'ils disposent de moyens suffisants ou qui font l'objet d'un engagement de prise en charge ;
3. Aux usagers qui, fut-ce par leur inertie systématique, font obstacle sans motif valable à toute guidance de nature à faire valoir leurs droits à l'égard des tiers ou à diminuer la charge de l'aide financière sollicitée auprès du Centre ou encore ne respectent pas les conditions mises à l'octroi de l'aide ;
4. Si et dans la mesure où un tiers, personne physique ou morale, est tenu par ou en vertu de la loi de subvenir aux besoins de l'utilisateur, notamment en matière de santé ;
5. Si elles concernent des soins destinés aux animaux ;
6. Sans préjudice du présent règlement, lorsque par ou en vertu de la loi elles ne sont pas dues par le Centre à l'utilisateur ;
7. Lorsque la demande, qu'elle soit faite par l'utilisateur ou par un tiers créancier ou ayant-droit, est introduite au Centre dans des délais et conditions tels que le Centre n'est plus raisonnablement en mesure de remplir les conditions prévues par la loi organique et la loi du 2 avril 1965 pour obtenir le remboursement de l'aide.

#### Article 7

Pour être admis à se faire rembourser leurs honoraires à charge du Centre après, s'il échec, déduction de l'intervention de l'INAMI, les médecins doivent se conformer au présent règlement et, selon le cas, adhérer à la convention relative aux médecins généralistes contenue à l'annexe I.

Peuvent adhérer à la convention les médecins généralistes dont le cabinet est situé en Région de Bruxelles-Capitale.

Les médecins qui n'ont pas adhéré à la convention relative aux médecins généralistes ou qui n'ont pas conclu avec le Centre une convention particulière relative à leurs prestations effectuées au Centre Médical Jean Fontaine ou à la Maison de Repos et de Soins Anne Sylvie Mouzon, ne peuvent réclamer au Centre que le remboursement des frais et honoraires prévus par et en vertu du règlement, dans les limites du réquisitoire délivré par le Centre et selon les modalités précisées au verso de chaque réquisitoire.

L'utilisateur peut choisir un médecin généraliste parmi les médecins généralistes qui ont adhéré à la convention. Toutefois, il ne peut en changer qu'aux conditions prévues à l'article 17, alinéa 2,5.

#### Article 8

Pour être admis à se faire rembourser la quote-part à charge du Centre après, s'il échet, déduction de l'intervention de l'INAMI, les pharmaciens doivent se conformer au présent règlement et, selon le cas, adhérer à la convention relative aux pharmaciens contenue à l'annexe II.

Peuvent adhérer à cette convention tous les pharmaciens dont l'officine est située sur le territoire de la Commune de Saint-Josse-ten-Noode.

Les pharmaciens qui n'ont pas adhéré à la convention relative aux pharmaciens ne peuvent réclamer au Centre que le remboursement des prestations prévues par et en vertu du règlement, dans les limites du réquisitoire ou bon de commande délivré par le Centre qui leur est destiné personnellement et selon les modalités précisées au verso de chaque réquisitoire ou bon de commande.

L'utilisateur peut choisir un pharmacien parmi les pharmaciens qui ont adhéré à la convention. Toutefois, il ne peut en changer qu'aux conditions prévues à l'article 17, alinéa 2,5.

#### Section II - De la guidance

#### Article 9

La guidance comprend, en tout cas, la vérification de ce que l'utilisateur est bien affilié à un organisme assureur ou, à défaut, à la Caisse auxiliaire d'assurance-invalidité. S'il y a lieu, le Centre affine l'utilisateur conformément à l'article 60 § 5 de la loi organique et veille à ce que cette affiliation soit et demeure opérante.

#### Article 10

Le Centre fournit tout conseil et renseignement utiles et effectue les démarches de nature à procurer aux intéressés tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre dans le cadre de la législation belge ou étrangère, notamment en ce qui concerne la Mutuelle complémentaire obligatoire, le MAF, le dossier médical global, les maisons médicales, les médicaments les moins chers y compris les médicaments génériques, les engagements de

prise en charge, les droits du patient, le dépistage du cancer du sein, l'allocation de remplacement de revenu, l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

#### Article 11

Le Centre veille, selon ses possibilités, à répercuter auprès des usagers les campagnes officielles de sensibilisation de la population aux problèmes liés à la santé, notamment en matière d'alcoolisme, d'autres formes d'assuétudes, de vaccination, d'accidents domestiques, d'accidents de la route, d'accidents du travail, de maladies sexuellement transmissibles et de santé mentale.

#### Article 12

Le Centre informe l'utilisateur sur les autres services que ceux du Centre susceptibles de l'aider et, si l'utilisateur le demande, effectue les démarches de nature à lui en faciliter l'accès.

#### Article 13

Le Centre assiste l'utilisateur dans la négociation des plans de paiement de ses frais médicaux, spécialement de ses factures hospitalières en ce compris la négociation de réduction ou d'abandon de ces frais.

### Section III - Des aides financières

#### *Sous-section 1 - De l'affiliation à un organisme assureur*

#### Article 14

Le Centre peut payer tout ou partie des contributions nécessaires à l'affiliation et au maintien de l'assurabilité de l'utilisateur à un organisme assureur ou à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

#### *Sous-section 2 - Des cartes médicales généralistes/spécialistes, des cartes consultations en milieu hospitalier et des cartes pharmacie (annexe III)*

#### Article 15

Les cartes médicales sont réservées à l'utilisateur qui en fait la demande sur base d'une attestation du médecin et qui, malgré les ressources dont il dispose et l'activation des droits et avantages auxquels il peut prétendre à l'égard des tiers en ce compris l'assurance obligatoire maladie et indemnités, ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais résultant de son état de santé.

Le Centre supporte les frais de l'aide médicale urgente due aux personnes en séjour illégal conformément à l'article 57 § 2 de la loi organique sur présentation d'une attestation d'aide médicale urgente conforme au modèle contenu à l'annexe **IV** et dûment complété.

#### Article 16

Les cartes médicales sont octroyées sur la base d'une enquête sociale pour une durée déterminée qui ne peut excéder un an pour l'usager âgé de 60 ans au moins et six mois pour les autres usagers. Elles ne peuvent être renouvelées, modifiées, suspendues ou retirées de manière non rétroactive que par les Comités spéciaux ou le Conseil sur base d'une enquête sociale.

Toutefois, pour les personnes en séjour illégal ou ne pouvant pas bénéficier d'une couverture mutuelle en raison du titre de séjour, la durée de la carte médicale ne peut excéder 3 mois ; le renouvellement de la carte étant subordonné au fait que leur situation demeure inchangée sur base de la présentation d'une attestation valable.

De même, les cartes consultations en milieu hospitalier et les cartes pharmacie qui y sont liées n'excéderont pas une période de trois mois, renouvelable en fonction de la durée de la décision du Comité spécial.

#### Article 17

Les cartes médicales sont réservées aux médecins généralistes conventionnés avec le Centre, aux médecins spécialistes du Centre Médical Jean Fontaine, aux médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalier et aux pharmaciens conventionnés avec le Centre.

Ces cartes médicales donnent à l'usager la gratuité des soins médico-pharmaceutiques, préventifs et curatifs, aux conditions suivantes :

1. Les soins doivent être dispensés ou prescrits par le médecin généraliste ou son remplaçant choisi par l'usager conformément à l'article 7 ou par le médecin spécialiste ou le médecin de garde auquel le médecin généraliste l'envoie (annexe **V**).
2. Sont seuls pris en considération les soins visés aux nomenclatures des prestations de santé arrêtées par et en vertu de la loi A.O.S.S.I. dispensés ou prescrits conformément à la même loi, aux tarifs INAMI, ainsi que les médicaments D de la liste des CPAS. La prise en charge des médicaments D hors liste nécessite une décision précise des Comités spéciaux (annexe **VI**). Tout soin ou acte technique non remboursés par l'INAMI devront faire l'objet d'une décision des Comités spéciaux sur base d'une demande du médecin.
3. Le médicament doit être délivré par le pharmacien choisi par l'usager conformément à l'article 8, ci-après appelé « pharmacien attitré » ou, s'il échet, par le pharmacien auquel le pharmacien attitré le renvoie ; les médicaments de la catégorie A sont gratuits ainsi que les préparations magistrales remboursables par l'INAMI ; pour



chaque médicament de la catégorie B, C, Cx et Cs, et pour les médicaments et autres produits de la liste D, l'usager paye au pharmacien, par conditionnement, 50 centimes ou le montant du ticket modérateur si celui-ci est inférieur à 50 centimes. Toutes les personnes affiliées à une mutuelle payent cette contribution.

4. En fonction du type de carte médicale, il est mentionné lisiblement :

- Les noms, prénoms, date de naissance, adresse, et numéro NISS ou NISSbis, la photo et le numéro de dossier individuel du titulaire ainsi que les noms et le numéro NISS de chacun des enfants mineurs dont il a la charge et qui font l'objet d'une décision de prise en charge médicale ;
- Les noms, prénoms, adresse et numéro de téléphone professionnels du médecin généraliste et du pharmacien choisis par l'usager ;
- Les noms, prénoms du travailleur social du Centre en charge du dossier de l'usager ainsi que le numéro du Call center du CPAS ;
- La durée de validité de la carte ;
- Le paraphe de la responsable du service ;
- Le cachet et la signature du médecin généraliste ou spécialiste reprenant son numéro INAMI ;
- La mention qu'une amende de 10 euros sera réclamée pour tout rendez-vous non annulé minimum 24 heures avant l'heure du rendez-vous ;
- Le nom et la durée de la décision de prise en charge d'un médicament D hors liste ainsi que la quantité autorisée ;
- Le nom et la durée de la décision de prise en charge d'un matériel paramédical délivré en pharmacie ainsi que la quantité autorisée ;
- Les séances de kinésithérapie prises en charge, le nom du médecin prescripteur ainsi que la date de prescription.

5. L'usager ne peut pas changer de médecin généraliste ni de pharmacien sans en avertir le Centre ni attendre que celui-ci lui ait remis sa carte dûment modifiée, exception faite pour les médecins généralistes du Centre Médical Jean Fontaine.

6. En cas d'hospitalisation, le médecin complète le formulaire de demande d'hospitalisation dans l'un des hôpitaux bruxellois (annexe VII). Les consultations préopératoires seront prises en charge un mois avant la date de l'opération. Les consultations postopératoires seront prises en charge jusqu'à trois mois après la date

de l'opération. En cas d'accouchement, le Centre prendra en charge les soins infirmiers à domicile durant les 15 jours qui suivent la sortie de l'hôpital.

7. Une carte médicale « enfant » est délivrée à chaque enfant mineur qui bénéficie d'une aide médicale liée à la carte médicale du parent titulaire.
8. La carte médicale spécialiste donne à l'utilisateur la gratuité des soins médico-pharmaceutiques curatifs propres à une pathologie particulière et dispensée par un spécialiste du Centre Médical Jean Fontaine. La carte est délivrée aux mêmes conditions que la carte médicale généraliste.
9. La carte consultations en milieu hospitalier donne à l'utilisateur la gratuité des soins médicaux curatifs propres à une pathologie particulière et dispensée par un médecin exerçant en milieu hospitalier en Région de Bruxelles-Capitale. La carte est délivrée aux mêmes conditions que la carte médicale généraliste.
10. La carte pharmacie donne à l'utilisateur la gratuité des médicaments prescrits (hors médicaments D qui ne se trouvent dans la liste des CPAS) par les médecins exerçant en milieu hospitalier en Région de Bruxelles-Capitale. Elle est d'une durée équivalente à la carte consultations en milieu hospitalier.

### *Sous-section 3 - Des plans de paiement*

#### Article 18

Le Centre peut prendre en charge une partie des frais de santé dont le paiement est réclamé à l'utilisateur et qui font l'objet d'un plan de paiement établi conformément à l'article 13.

Il peut être convenu avec l'utilisateur que les paiements se font par le Centre en déduction des autres aides qu'il octroie à l'utilisateur.

### *Sous-section 4 – Des bons, des bons de commande et des réquisitoires*

Sauf les exceptions prévues à la sous-section 2 ainsi que les cas où, conformément à la loi du 2 avril 1965, le Centre intervient en sa qualité de centre du domicile de secours à la demande du Centre secourant, toute aide financière est subordonnée à la délivrance d'un bon, d'un bon de commande ou d'un réquisitoire décidée par les Comités spéciaux, le Conseil ou le Président.

#### Article 19 – Les bons (annexe VIII)

Les bons sont octroyés pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les dentistes du Centre Médical Jean Fontaine en fonction des réels besoins. Le nom du ou des médecins ou dentistes pour qui le bon est octroyé doit obligatoirement être spécifié. Le médecin généraliste doit obligatoirement être celui du DMG. En cas d'absence de celui-ci,

l'utilisateur pourra exceptionnellement aller chez un autre généraliste du Centre Médical Jean Fontaine.

Les bons sont valables pour une seule consultation dans les cas suivants :

- En cas de première consultation chez le généraliste ou d'un contrôle périodique chez les médecins spécialistes (maximum 4 bons par an) du Centre Médical Jean Fontaine en vue de la demande éventuelle d'une carte médicale spécialiste ;
- En cas d'urgence ;
- En cas de demande de prolongation de la carte médicale quand la période n'est plus couverte par une décision.

Si le patient remplit les conditions de l'aide sociale et que le médecin est conventionné, cette consultation unique sera remboursée par le Centre.

En cas de première demande dans le cadre de l'aide médicale urgente, l'assistant social remplira le formulaire conforme à l'annexe **IX** destiné au médecin généraliste.

Les bons sont octroyés pour une période de maximum trois mois dans les cas suivants :

- Les personnes qui perdent le droit à l'octroi d'une carte médicale car ils sont sanctionnés suite à des rendez-vous manqués mais qui doivent absolument continuer à être soignés ;
- Les personnes en séjour illégal qui ne font pas le nécessaire pour régulariser leur séjour (compte tenu que le Centre dispose d'une attestation d'aide médicale urgente valable).

Article 20 – Les bons de commande conformes au modèle contenu à l'annexe **X** concernent :

- La fourniture de lunettes et autres prothèses de l'œil, d'appareils auditifs, d'implants, bandages, orthèses et prothèses externes ;
- La fourniture de produits autres que les médicaments vendus en pharmacie ;
- La location de matériels paramédicaux.

Le bon de commande est délivré sur prescription du médecin généraliste choisi par l'utilisateur conformément à l'article 7 ou par le médecin spécialiste ou médecin de garde auquel le médecin généraliste l'envoie.

Le bon de commande doit indiquer lisiblement et précisément l'objet de la commande, le montant des frais remboursés par le Centre s'il est connu, le nom ou la dénomination et l'adresse du fournisseur, les noms, prénoms, adresse, numéro de dossier individuel de l'utilisateur.

Le bon de commande doit être daté et signé par le Président et le Secrétaire général temporaire du Centre, s'il échet, la prescription médicale doit être jointe.

S'il échet, le fournisseur désigné est celui avec lequel le Centre a conclu un marché de fourniture ou de service.

Article 21 – Les réquisitoires (annexes **XI** et **XI-bis**) concernent :

Les hospitalisations et tous les soins (autres que ceux visés aux articles 17, 19 et 20).

Après décision du Comité, le réquisitoire est délivré sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste :

- pour toutes consultations en milieu hospitalier ou chez un médecin non conventionné avec le Centre pour lesquels il y a une décision de prise en charge des Comités spéciaux ;
- pour toutes les hospitalisations.

Le réquisitoire doit indiquer lisiblement et précisément le soin pris en charge, la date ou la durée de prestation, les conditions de remboursement, le nom ou la dénomination et l'adresse du dispensateur de soins, les noms, prénoms, adresse, numéro du dossier et, s'il échet, le numéro NISS de l'utilisateur et les coordonnées de la Mutuelle.

Le réquisitoire doit être daté et signé par le Président et le Secrétaire général temporaire du Centre.

Article 22 – Les réquisitoires « pharmaciens » (annexe **XII**)

Un réquisitoire sera fait pour les ordonnances qui ne rentrent pas dans le cadre des différentes cartes médicales (bon consultation, ...) ou pour les médicaments D qui ne sont pas renseignés sur la carte médicale.

Les ordonnances doivent impérativement comporter les mentions suivantes : date, signature, cachet du médecin et quantité de médicaments prescrits.

Les médicaments pris en charge seront ceux prévus par le règlement ainsi que ceux faisant l'objet d'une décision particulière des Comités spéciaux.

Toutes les personnes affiliées à une mutuelle payent la contribution de 50 centimes visée à l'article 17 point 3.

#### Article 23 – Garantie de prise en charge MediPrima

MediPrima garantit la prise en charge des personnes non assurées et non assurables. Le Centre encode dans l'application informatique MediPrima une garantie de prise en charge. Celle-ci reprendra les mêmes informations que le réquisitoire tel que défini à l'article 21.

L'utilisateur pourra se présenter à l'hôpital muni d'un formulaire d'identification afin de recevoir les soins pris en charge par le Centre.

### **Chapitre III – Dispositions finales**

#### Article 24

Sont abrogées toutes les dispositions conventionnelles ou réglementaires prises par le Centre qui ne sont pas conformes au présent règlement.

#### Article 25

Le Conseil peut modifier ou abroger le présent règlement sans le soumettre à la concertation visée au préambule.

#### Article 26

Le présent règlement fait l'objet d'une évaluation en concertation avec les médecins pratiquant leur art en Région de Bruxelles-Capitale et les pharmaciens dont l'officine est située sur le territoire de la Commune de Saint-Josse-ten-Noode ainsi qu'avec toute personne, institution ou service que le Conseil désigne entre le treizième et le dix-huitième mois de son entrée en vigueur.

Le Conseil peut décider des évaluations ultérieures selon les modalités qu'il fixe.

#### Article 27

Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.