

Reglement van het OCMW van Sint-Joost-ten-Node betreffende de bijstand inzake gezondheid

DE RAAD,

Gelet op de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

Gelet op de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

Overwegende dat de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het algemeen over een ruime beoordelingsvrijheid beschikken om te beslissen of en in welke vorm er bijstand moet worden verleend; dat deze beoordelingsvrijheid evenwel niet tot willekeur mag leiden; dat het bijgevolg aangewezen is gedragslijnen vast te leggen en die bekend te maken;

Overwegende dat de door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn toegekende maatschappelijke dienstverlening een residuair karakter heeft; dat men er bijgevolg dient op toe te zien dat alle gebruikers van het centrum eerst hun rechten laten gelden ten aanzien van derden, eventueel met de hulp van het centrum;

Overwegende dat de steunverlening door het centrum in principe onderworpen is aan een sociaal onderzoek dat eindigt met een nauwkeurige diagnose nopens het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening en dat de meest passende middelen voorstelt om in die behoefte te voorzien; dat onder de "meest passende middelen" moet worden verstaan: het systematische streven naar de beste kwaliteit-prijsverhouding en naar maatregelen die een verergering van de behoeftigheid vermijden;

Gelet op het toenemende aandeel van de uitgaven die het centrum doet om in de gezondheidsbehoeften van de gebruikers te voorzien;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en meer bepaald zijn bepalingen met betrekking tot de farmaceutische specialiteiten waarvan het werkzame bestanddeel in België niet of niet meer beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming van het octrooi, de huisartsenkringen, het globaal medisch dossier, de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de maximumfactuur;

Gelet op het decreet van de Franse gemeenschapscommissie van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid;

Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

Gelet op de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;

Gelet op de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;

Gelet op de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, en meer bepaald zijn bepalingen met betrekking tot de verbintenissen tot tenlasteneming;

Gelet op het overleg betreffende dit reglement tussen het centrum, de artsen die actief zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de apothekers van wie de apotheek zich op het grondgebied van de gemeente Sint-Joost-ten-Node bevindt;

Gelet op het huishoudelijk reglement en het gunstig advies van de bijzondere comités van de sociale dienst.

BESLIST:

Hoofdstuk I – Algemene bepalingen

Artikel 1 – Voor de toepassing van dit reglement en zijn bijlagen I tot XII, dient te worden verstaan onder:

1. Centrum: het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van Sint-Joost-ten-Node;
2. Bijzondere comités: de bijzondere comités voor de sociale dienst waaraan de raad opdracht heeft gegeven geïndividualiseerde steun toe te kennen aan de gebruikers;
3. Raad: de raad voor maatschappelijk welzijn van het centrum;
4. OCMW: elk ander openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dan het centrum;
5. Globaal medisch dossier: het dossier waarvan sprake is in artikel 36septies van de wet VVGvu en het koninklijk besluit van 27 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier, rekening houdend met hun wijzigingen;
6. Wet VVGvu: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, rekening houdend met zijn wijzigingen;

7. Wet van 2 april 1965: de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn rekening houdend met zijn wijzigingen;
8. Organieke wet: de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, rekening houdend met zijn wijzigingen;
9. MAF: de maximumfactuur vastgesteld door en krachtens de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;
10. Huisarts: iedere doctor in de geneeskunde die zijn vak uitoefent overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en die in die hoedanigheid erkend wordt overeenkomstig het ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, rekening houdend met hun wijzigingen;
11. Geneesheer-specialist: iedere doctor in de geneeskunde met uitzondering van de huisarts, die een overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 78 erkende specialiteit uitoefent;
12. Geneesmiddel: elke enkelvoudige of samengestelde substantie die krachtens de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen wordt aangeboden als hebbende geneeskrachtige of profylactische eigenschappen ten opzichte van ziekten bij mensen met uitzondering van substanties die deze eigenschappen bezitten ten opzichte van ziekten bij dieren;
13. Minst duur geneesmiddel: het geneesmiddel (inclusief generische geneesmiddelen) waarvan de prijs die door de patiënt of, geheel of gedeeltelijk, door het centrum moet worden betaald, berekend per dag, het minst hoog is terwijl de werkzame bestanddelen en de doseringsvorm dezelfde zijn als die van het gevraagde of voorgeschreven geneesmiddel;
14. Voorzitter: de voorzitter van het centrum;
15. Medisch Centrum Jean Fontaine: het medisch centrum van het OCMW van Sint-Joost-ten-Node in de Schietschijfstraat 5 te 1210 Sint-Joost-ten-Node;
16. Rust- en verzorgingstehuis Anne Sylvie Mouzon: het rust- en verzorgingstehuis van het OCMW van Sint-Joost-ten-Node in de Schietschijfstraat 5 te 1210 Sint-Joost-ten-Node;
17. Financieel directeur: de financieel directeur van het centrum;
18. Tijdelijke secretaris-generaal: de tijdelijke secretaris-generaal van het centrum;
19. Zorgen: alle geneeskundige verstrekkingen, opgesomd in artikel 34 van de wet VVGUV;

20. RIZIV-tarief: de tarieven, door en krachtens de wet VVGUV bepaald in de nomenclaturen van de geneeskundige verstrekkingen, vastgesteld door de koning, rekening houdend met hun wijzigingen;

21. Gebruiker: iedere persoon die het centrum om bijstand vraagt.

Artikel 2

Dit reglement doet geen afbreuk aan de verbintenissen die het centrum is aangegaan in de overeenkomsten met betrekking tot de huisartsen en de apothekers (bijlagen I en II).

Onder dit voorbehoud kan het centrum afwijken van de bepalingen van dit reglement indien de afwijking voordelig is voor de gebruiker en zij gerechtvaardigd wordt door bijzondere omstandigheden die specifiek zijn voor hem. In dat geval verduidelijkt de maatschappelijk werker die met het sociaal onderzoek belast is, in zijn verslag deze bijzondere omstandigheden evenals de bepaling(en) van dit reglement waarvan hij wenst af te wijken.

Indien nodig vermeldt de maatschappelijk werker ook de wettelijke en reglementaire bepalingen die het centrum verplichten of verbieden bijstand te verlenen of die het toestaan, maar zonder dat de uitgaven geheel of gedeeltelijk kunnen worden teruggevorderd van derden.

Hoofdstuk II - De steunverlening

Afdeling I – Algemene bepalingen

Artikel 3

De dienstverlening van het centrum op het vlak van gezondheidszorg omvat sociale begeleiding zoals omschreven in artikel 9 en financiële hulp zoals omschreven in artikel 14.

Artikel 4

De sociale begeleiding wordt van rechtswege door de diensten van het centrum verstrekt zonder voorafgaande toestemming van de bijzondere comités of van de raad, en kan enkel door de bovengenoemde instanties geweigerd of stopgezet worden indien ze de begroting van het centrum abnormaal onder druk zet of de werkbelasting bij het personeel van het centrum abnormaal verhoogt.

Artikel 5

De financiële hulp wordt naargelang het geval verleend door de bijzondere comités, de voorzitter van de raad, na een sociaal onderzoek dat eindigt met een nauwkeurige diagnose nopens het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening en dat de meest passende middelen voorstelt om in die behoeften te voorzien, inclusief begeleiding.

Overeenkomstig de organieke wet kan de hulp geheel of gedeeltelijk worden teruggevorderd van particulieren.

De hulp kan verleend worden in de vorm van bij de gebruiker terugvorderbare voorschotten.

Indien nodig moet de gebruiker een algemene volmacht ondertekenen die het centrum toestemming geeft om de tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen van hem te recupereren, evenals een bijzondere volmacht die het centrum toestemming geeft om de MAF rechtstreeks te recupereren.

Artikel 6

Financiële hulp wordt geweigerd:

1. aan personen die illegaal op het grondgebied verblijven, uitgezonderd in geval van dringende medische hulp;
2. aan vreemdelingen die, krachtens de wet van 15 december 1980, het Schengengebied enkel mogen betreden als zij over voldoende middelen van bestaan beschikken of als voor hen een verbintenis tot tenlasteneming werd aangegaan;
3. aan gebruikers die, al ware het maar door hun systematische onverschilligheid, zonder gegronde reden elke vorm van begeleiding belemmeren die erop gericht is hun rechten ten aanzien van derden te laten gelden of de omvang van de aan het centrum gevraagde financiële hulp te verminderen, of aan gebruikers die niet aan de voorwaarden voor de maatschappelijke dienstverlening voldoen;
4. indien en voor zover een derde, natuurlijke of rechtspersoon, wettelijk verplicht is te voorzien in de behoeften van de gebruiker, meer bepaald op gezondheidsvlak;
5. indien de hulp betrekking heeft op zorgen die bestemd zijn voor dieren;
6. indien het centrum de hulp niet aan de gebruiker verschuldigd is, zonder afbreuk te doen aan dit reglement;
7. indien de aanvraag door de gebruiker of door een derde schuldeiser of rechthebbende bij het centrum wordt ingediend binnen termijnen en onder voorwaarden die van zodanige aard zijn dat het centrum redelijkerwijs niet meer kan voldoen aan de voorwaarden van de organieke wet en de wet van 2 april 1965 om de terugbetaling van de hulp te verkrijgen.

Artikel 7

Om hun erelonen ten laste van het centrum te laten terugbetalen na verrekening van de eventuele tegemoetkoming van het RIZIV, moeten de artsen dit reglement naleven en, naargelang het geval, zich houden aan de overeenkomst met betrekking tot de huisartsen in bijlage I.

Tot de overeenkomst kunnen alle huisartsen toetreden van wie de praktijk in het Brussels Hoofdstedelijk gevestigd is gevestigd.

Artsen die niet zijn toegetreden tot de overeenkomst met betrekking tot de huisartsen of die met het centrum geen bijzondere overeenkomst hebben gesloten over hun verstrekkingen in het Medisch Centrum Jean Fontaine of het Rust- en Verzorgingstehuis Anne Sylvie Mouzon, kunnen van het centrum enkel de door en krachtens het reglement voorziene kosten en erelonen terugvorderen binnen de beperkingen van het door het centrum afgeleverde requisitorium en onder de voorwaarden die op de keerzijde van elk requisitorium staan vermeld.

De gebruiker kan een huisarts kiezen uit de huisartsen die tot de overeenkomst toegetreden zijn. Hij kan echter enkel van huisarts veranderen onder de voorwaarden, beschreven in artikel 17, lid 2, 5.

Artikel 8

Om het aandeel ten laste van het centrum terugbetaald te krijgen na verrekening van de eventuele tegemoetkoming van het RIZIV, moeten apothekers dit reglement naleven en, naargelang het geval, zich houden aan de overeenkomst met betrekking tot de apothekers in bijlage II.

Tot deze overeenkomst kunnen alle apothekers toetreden van wie de apotheek is gevestigd op het grondgebied van Sint-Joost-ten-Node.

Apothekers die niet tot de overeenkomst met betrekking tot de apothekers toegetreden zijn, kunnen van het centrum enkel de door en krachtens het reglement voorziene verstrekkingen terugvorderen binnen de beperkingen van het voor hen persoonlijk bestemde requisitorium of bestelformulier van het centrum en onder de voorwaarden die op de keerzijde van elk requisitorium of bestelformulier staan vermeld.

De gebruiker kan een apotheker kiezen uit de apothekers die tot de overeenkomst zijn toegetreden. Hij kan echter enkel van apotheker veranderen onder de voorwaarden, beschreven in artikel 17, lid 2, 5

Afdeling II - Begeleiding

Artikel 9

De begeleiding omvat in ieder geval de controle om na te gaan of de gebruiker wel degelijk aangesloten is bij een verzekeringsinstelling of, bij gebreke hiervan, bij de Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering. Indien nodig sluit het centrum de gebruiker aan overeenkomstig artikel 60 §5 van de organieke wet en zorgt het ervoor dat die aansluiting effectief is en blijft.

Artikel 10

Het centrum verstrekt alle nuttige raadgevingen en inlichtingen en zet de nodige stappen om de betrokken personen alle rechten en voordelen te verschaffen waarop zij op grond van de Belgische of buitenlandse wetgeving recht hebben, meer bepaald met betrekking tot de verplichte aanvullende ziekteverzekering, de MAF, het globaal medisch dossier, de medische huizen, de minst dure geneesmiddelen inclusief generische geneesmiddelen, de verbintenissen tot tenlasteneming, de rechten van de patiënt, de opsporing van borstkanker, de inkomensvervangende tegemoetkoming, de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Artikel 11

Afhankelijk van zijn mogelijkheden zorgt het centrum ervoor dat de officiële campagnes om de bevolking bewuster te maken van de problemen met betrekking tot de gezondheid, ook de gebruikers bereiken, met bijzondere aandacht voor alcoholisme, andere verslavingen, vaccinatie, ongevallen thuis, verkeersongevallen, arbeidsongevallen, seksueel overdraagbare aandoeningen en geestelijke gezondheid.

Artikel 12

Het centrum informeert de gebruiker over andere diensten dan die van het centrum die hem mogelijk kunnen helpen en zet op verzoek van de gebruiker de nodige stappen om hem de toegang tot deze diensten te vergemakkelijken.

Artikel 13

Het centrum helpt de gebruiker bij de onderhandelingen over betalingsplannen voor medische kosten, en meer bepaald voor ziekenhuisfacturen, hierbij inbegrepen onderhandelingen over het verminderen of kwijtschelden van die kosten.

Afdeling III - Financiële hulp

Onderafdeling 1 - Aansluiting bij een verzekeringsinstelling

Artikel 14

Het centrum kan alle bijdragen of een deel ervan betalen die nodig zijn om de gebruiker aan te sluiten en verzekeraar te houden bij een verzekeringsinstelling of bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Onderafdeling 2 - Medische kaarten voor huisartsen/specialisten, kaarten voor raadplegingen in ziekenhuizen en apotheekkaarten (bijlage III)

Artikel 15

Medische kaarten zijn enkel bestemd voor gebruikers die ze aanvragen op basis van een doktersattest en die, ondanks de middelen waarover zij beschikken en de activering van de rechten en voordelen waarop zij aanspraak kunnen maken ten aanzien van derden, inclusief de verplichte ziekteverzekering en de uitkeringen, niet voldoende middelen hebben om de kosten te dragen die voortvloeien uit hun gezondheidstoestand.

Overeenkomstig artikel 57 §2 van de organieke wet draagt het centrum de kosten voor dringende medische hulp aan personen die illegaal in het land verblijven na overlegging van een correct ingevuld attest inzake dringende medische hulp dat in overeenstemming is met het model in bijlage IV.

Artikel 16

Medische kaarten worden op basis van een sociaal onderzoek uitgereikt voor een bepaalde duur die niet langer kan zijn dan één jaar voor gebruikers ouder dan 60 jaar en dan zes maanden voor de andere gebruikers. Ze kunnen enkel door de bijzondere comités of de raad met terugwerkende kracht vernieuwd, gewijzigd, geschorst of ingetrokken worden op basis van een sociaal onderzoek.

Voor personen die illegaal in het land verblijven of niet voor dekking door het ziekenfonds in aanmerking komen op grond van de verblijfstitel, kan de geldigheidsduur van de medische kaart niet meer dan 3 maanden bedragen. De kaart kan alleen verlengd worden als een geldig attest aantoonst dat hun situatie onveranderd blijft.

Kaarten voor raadplegingen in een ziekenhuis en de bijbehorende apotheekkaarten hebben een maximale geldigheidsduur van drie maanden, hernieuwbaar in functie van de geldigheidsduur van de beslissing van het bijzonder comité.

Artikel 17

Medische kaarten zijn alleen geldig bij de met het centrum geconventioneerde huisartsen, de geneesheer-specialisten van het Medisch Centrum Jean Fontaine, geneesheer-specialisten in ziekenhuizen en met het centrum geconventioneerde apothekers.

Deze medische kaarten geven de gebruiker recht op gratis medisch-farmaceutische zorgen, preventief en curatief, onder de volgende voorwaarden:

1. De zorgen moeten verstrekt of voorgeschreven worden door de huisarts of zijn vervanger, door de gebruiker gekozen overeenkomstig artikel 7, of door de geneesheer-specialist of de dokter van wacht (bijlage V).
2. Het gaat alleen om de zorgen, opgenomen in de door de wet VGVU vastgestelde nomenclaturen van de geneeskundige zorgen die overeenkomstig diezelfde wet worden verstrekt of voorgeschreven, tegen de RIZIV-tarieven, alsook de geneesmiddelen D uit de lijst van de OCMW's. Voor de tenlasteneming van geneesmiddelen D die niet in de lijst voorkomen, is een specifieke beslissing van de bijzondere comités nodig (bijlage VI). Over zorgen of technische handelingen die niet door het RIZIV worden terugbetaald, dienen de bijzondere comités te beslissen op basis van een aanvraag van de arts.
3. Het geneesmiddel moet worden afgeleverd door de apotheker die door de gebruiker gekozen werd overeenkomstig artikel 8, hierna 'vaste apotheker' genoemd, of eventueel door de apotheker naar wie de vaste apotheker de gebruiker doorverwijst. Geneesmiddelen uit de categorie A zijn gratis, evenals magistrale bereidingen die worden terugbetaald door het RIZIV. Voor elk geneesmiddel uit de categorie B, C, Cx en Cs, en voor geneesmiddelen en andere producten van de D-lijst, betaalt de gebruiker de apotheker per verpakking 50 cent of het bedrag van het remgeld als dat minder dan 50 cent bedraagt. Alle personen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds, betalen die bijdrage.
4. Afhankelijk van het type medische kaart worden de volgende gegevens goed leesbaar vermeld:
 - de familienaam, de voornamen, de geboortedatum, het adres, het INSZ- of INSZ/BIS-nummer, de foto en het individuele dossiernummer van de houder alsook de namen en het INSZ-nummer van elk van de minderjarige kinderen die hij ten laste heeft en voor wie een beslissing tot medische tenlasteneming werd genomen;
 - de familienaam, de voornamen, het professionele adres en telefoonnummer van de huisarts en de apotheker die door de gebruiker werden gekozen;
 - de naam en de voornamen van de maatschappelijk werker van het centrum die met het dossier van de gebruiker belast is en het nummer van het callcenter van het OCMW;

- de geldigheidsduur van de kaart;
 - de paraaf van het diensthoofd;
 - de stempel en de handtekening van de huisarts of specialist met diens RIZIV-nummer;
 - de vermelding dat een boete van 10 euro zal worden opgelegd voor elke gemiste afspraak die niet ten minste 24 uur vooraf werd geannuleerd;
 - de benaming en de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming van een geneesmiddel D dat niet op de lijst staat, evenals de toegestane hoeveelheid;
 - de benaming en de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming van in de apotheek afgeleverd paramedisch materiaal, evenals de toegestane hoeveelheid;
 - de ten laste genomen kinesitherapiezittingen, de naam van de voorschrijvende arts en de datum van het voorschrift.
5. De gebruiker mag niet van huisarts of van apotheker veranderen zonder het centrum in te lichten en moet wachten tot het centrum hem zijn correct aangepaste kaart heeft overhandigd, behalve voor de huisartsen van het Medisch Centrum Jean Fontaine.
 6. Bij een ziekenhuisopname vult de arts het aanvraagformulier voor opname in een van de Brusselse ziekenhuizen in (bijlage VII). De preoperatieve raadplegingen worden ten laste genomen één maand vóór de datum van de operatie. De postoperatieve raadplegingen worden ten laste genomen tot drie maand na de datum van de operatie. Bij een bevalling neemt het centrum de thuisverpleging ten laste tijdens de 15 dagen na het ontslag uit het ziekenhuis.
 7. Er wordt een medische kaart voor kinderen uitgereikt aan elk minderjarig kind dat medische hulp ontvangt, gekoppeld aan de medische kaart van de ouder die houder is van de kaart.
 8. De medische kaart voor specialisten geeft de gebruiker recht op gratis curatieve medisch-farmaceutische zorgen voor een specifieke pathologie, verstrekt door een specialist van het Medisch Centrum Jean Fontaine. De kaart wordt onder dezelfde voorwaarden uitgereikt als de medische kaart voor de huisarts.
 9. De kaart voor raadplegingen in een ziekenhuis geeft de gebruiker recht op gratis curatieve medische zorgen voor een specifieke pathologie, verstrekt door een arts die in een ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werkt. De kaart wordt onder dezelfde voorwaarden uitgereikt als de medische kaart voor de huisarts.

10. De apotheekkaart geeft de gebruiker recht op gratis geneesmiddelen (uitgezonderd geneesmiddelen D die niet in de lijst van de OCMW's zijn opgenomen), voorgeschreven door artsen die in een ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werken. Zij heeft dezelfde geldigheidsduur als de kaart voor raadplegingen in een ziekenhuis.

Onderafdeling 3 - Betalingsplannen

Artikel 18

Het centrum kan een deel van de kosten voor geneeskundige verzorging ten laste nemen waarvoor betaling wordt gevraagd aan de gebruiker en waarvoor overeenkomstig artikel 13 een betalingsplan werd opgemaakt.

Met de gebruiker kan worden overeengekomen dat het centrum de betalingen in mindering brengt van de andere steunmaatregelen die het de gebruiker heeft toegekend.

Onderafdeling 4 - Bonnen, bestelbonnen en requisitoria

Behoudens de in onderafdeling 2 beschreven uitzonderingen en de gevallen waarbij het centrum, overeenkomstig de wet van 2 april 1965, in zijn hoedanigheid van centrum van het onderstandsdomicilie, tussenkomt op verzoek van het steun verlenend centrum, is elke financiële hulp onderworpen aan de afgifte van een bon, een bestelbon of een requisitorium waarvoor de beslissing werd genomen door de bijzondere comités, de raad of de voorzitter.

Artikel 19 – De bonnen (bijlage VIII)

Bonnen worden in functie van de werkelijke behoeften uitgereikt voor de huisartsen, de geneesheer-specialisten en de tandartsen van het Medisch Centrum Jean Fontaine. De naam van de artsen of tandartsen voor wie de bon wordt uitgereikt, moet altijd worden vermeld. De huisarts moet altijd die van GMD zijn. Indien deze arts afwezig is, mag de gebruiker uitzonderlijk naar een andere huisarts van het Medisch Centrum Jean Fontaine gaan.

De bonnen zijn geldig voor één raadpleging in de volgende gevallen:

- in geval van een eerste raadpleging bij de huisarts of een periodieke controle bij de geneesheer-specialisten (max. 4 bonnen per jaar) van het Medisch Centrum Jean Fontaine met het oog op de eventuele aanvraag van een medische kaart voor specialisten;
- in dringende gevallen;
- bij een aanvraag tot verlenging van de medische kaart indien de periode niet langer gedekt wordt door een beslissing.

Indien de patiënt aan de voorwaarden voor maatschappelijke dienstverlening voldoet en de arts geconventioneerd is, wordt deze eenmalige raadpleging door het centrum terugbetaald.

Bij een eerste aanvraag in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening vult de maatschappelijk assistent overeenkomstig bijlage IX het formulier in dat bestemd is voor de huisarts.

De bonnen worden voor een maximumperiode van drie maanden toegekend in de volgende gevallen:

- personen die het recht op de toekenning van een medische kaart verliezen omdat ze afspraken gemist hebben, maar die absoluut verder behandeld moeten worden;
- illegaal in het land verblijvende personen die niet het nodige doen om hun verblijf te regulariseren (voor zover het centrum over een geldig attest inzake dringende medische hulp beschikt).

Artikel 20 – De bestelbonnen conform het model in bijlage X hebben betrekking op:

- de levering van brillen en andere oogprothesen, hoorapparaten, implantaten, verbanden, braces en externe prothesen;
- de levering van andere producten dan geneesmiddelen die in de apotheek verkocht worden;
- de huur van paramedisch materiaal.

De bestelbon wordt afgeleverd op voorschrift van de huisarts die de gebruiker overeenkomstig artikel 7 heeft gekozen, of door de geneesheer-specialist of dokter van wacht naar wie de huisarts hem verwezen heeft.

De bestelbon moet duidelijk leesbaar en nauwkeurig het voorwerp van de bestelling vermelden, evenals het bedrag van de door het centrum terugbetaalde kosten indien bekend, de naam en het adres van de leverancier, de naam, de voornamen, het adres en het individuele dossiernummer van de gebruiker.

De bestelbon moet gedateerd en ondertekend zijn door de voorzitter en de tijdelijke secretaris-generaal van het centrum, indien van toepassing dient het doktersvoorschrift te worden bijgevoegd.

De eventuele aangewezen leverancier is de leverancier met wie het centrum een overeenkomst voor leveringen of diensten heeft gesloten.

Artikel 21 – De requisitoria (bijlagen **XI** en **XI-bis**) hebben betrekking op ziekenhuisopnames en alle zorgen (andere dan die waarvan sprake is in de artikelen 17, 19 en 20).

Na een beslissing van het comité wordt het requisitorium op voorschrift van de huisarts of geneesheer-specialist afgeleverd:

- voor alle raadplegingen in het ziekenhuis of bij een niet met ons centrum geconventioneerde arts waarvoor de bijzondere comités een beslissing tot tenlasteneming hebben genomen;
- voor alle ziekenhuisopnames.

Het requisitorium moet duidelijk leesbaar en nauwkeurig de ten laste genomen zorgen vermelden, evenals de datum of de duur van de verstrekking, de terugbetalingsvoorwaarden, de naam en het adres van de zorgverstrekker, de voornamen, het adres, het dossiernummer en eventueel het INSZ-nummer van de gebruiker en de gegevens van het ziekenfonds.

Het requisitorium moet gedateerd en ondertekend worden door de voorzitter en de tijdelijke secretaris-generaal van het centrum.

Artikel 22 – De requisitoria voor apothekers (bijlage **XII**)

Er zal een requisitorium worden opgemaakt voor voorschriften die buiten het toepassingsgebied van de diverse kaarten (raadplegingsbon, ...) vallen of voor geneesmiddelen D die niet op de medische kaart staan vermeld.

De voorschriften dienen altijd de volgende elementen te bevatten: de datum, de handtekening, de stempel van de arts en de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddelen.

De ten laste genomen geneesmiddelen zijn die welke in het reglement opgenomen zijn, alsook die waarover de bijzondere comités een specifieke beslissing hebben genomen.

Alle personen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds, betalen de in artikel 17 punt 3 bedoelde bijdrage van 50 cent.

Artikel 23 – Waarborg voor de tenlasteneming MediPrima

MediPrima waarborgt de tenlasteneming van niet-verzekerde en niet-verzekerbare personen. Het centrum voert in de applicatie MediPrima een waarborg voor tenlasteneming in. Die bevat dezelfde gegevens als het requisitorium zoals dat in artikel 21 werd omschreven.

De gebruiker kan zich met een identificatieformulier in het ziekenhuis aanmelden om er de geneeskundige zorgen te ontvangen die ten laste genomen worden door het centrum.

Hoofdstuk III – Slotbepalingen

Artikel 24

Alle door het centrum vastgestelde contractuele of reglementaire bepalingen die niet in overeenstemming zijn met dit reglement, worden ingetrokken.

Artikel 25

De raad kan dit reglement wijzigen of herroepen zonder het te onderwerpen aan het overleg waarvan sprake is in de aanhef.

Artikel 26

Dit reglement wordt tussen de dertiende en de achttiende maand na zijn inwerkingtreding geëvalueerd in overleg met de artsen die hun praktijk hebben in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de apothekers van wie de apotheek op het grondgebied van Sint-Joost-ten-Node is gevestigd, alsook met alle door de raad aangewezen personen, instellingen of diensten.

De raad kan beslissen later nog evaluaties door te voeren op de wijze die hij bepaalt.

Artikel 27

Dit reglement treedt in werking op 1 januari 2020.