

Statuten

Gecoördineerde versie van kracht op 1 januari 2019

De laatste wijzigingen aan deze gecoördineerde versie van de statuten werden:

- **op 28/05/2019** beslist door de algemene vergadering van het Ziekenfonds 206
- **op 02/08/2019** goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Het Ziekenfonds 206 « Vrij Verbond der Neutrale Mutualiteiten » is aangesloten :

- bij de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de webstek ervan met volgend adres:
<http://www.neutrale-ziekenfondsen.be/status-nl/public>
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand Neutrale Zorgkas Vlaanderen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de webstek van het ziekenfonds met het volgende adres:
<http://www.symbio.be/nl/wettelijke-vermeldingen>

Z i e k e n f o n d s 2 0 6
"Vrij Verbond der Neutrale Mutualiteiten"
gevestigd te Etterbeek



-
Erkend bij Koninklijk Besluit van 30 december 1919
(Belgisch Staatsblad van 15 februari 1920)

-
STATUTEN
-

Gelet op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op de Wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);
Heeft de algemene vergadering op 28 mei 2019 te Etterbeek, na beraadslaging, met het bij de wet vereiste quorum inzake aanwezigheid en meerderheid, beslist de statuten van het ziekenfonds als volgt vast te leggen :

Hoofdstuk I. Stichting - benaming - doeleinden - maatschappelijke zetel en werkingsgebied van het ziekenfonds.

artikel 1. Op 1 juli 1863 werd te Brussel een verbond van ziekenfondsen opgericht onder de benaming "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles et ses faubourgs". Zij heeft achtereenvolgens de volgende benamingen aangenomen: "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles, ses faubourgs et les communes limitrophes" bekrachtigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1931; "Fédération libre des mutualités neutres de Bruxelles et environs" bekrachtigd bij het koninklijke besluit van 26 juni 1959;

"Fédération libre des mutualités neutres" bekrachtigd bij het koninklijk besluit van 25 februari 1965; "Fédération libre des mutualités neutres - Vrij verbond der neutrale mutualiteiten" bekrachtigd bij koninklijk besluit van 1 juli 1969.

In haar betrekkingen met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van de volgende afkortingen "F.L.M.N." en "V.V.N.M.", Mutualité Neutre de Bruxelles, Neutraal Ziekenfonds van Brussel, Mutualité Neutre, Neutraal Ziekenfonds, La Mutualité Neutre, Het Neutraal Ziekenfonds "MUT206", Symbio.

artikel 2. De doeleinden van het ziekenfonds zijn :

a) In het kader van artikel 3 a) en c) van de wet van 6 augustus 1990 : het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering, waarvoor zij de toelating krijgt van de Landsbond waarbij zij is aangesloten sedert 1886 en het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand bij het vervullen van deze opdracht.

De uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering brengt mee dat het ziekenfonds instaat voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de betalende derde, van de geneeskundige verstrekkingen verleend aan hun leden of de personen te hunnen laste zowel op het vlak van prestaties verstrekt door artsen, tandartsen en paramedici als op het vlak van verstrekkingen en opnamen in medico-sociale instellingen.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de uitbetaling van de uitkeringen aan de invalide werknemers en invalide zelfstandigen, het uitbetalen van de uitkeringen wegens moederschapsrust en het tussenkomen in de begrafeniskosten, alsmede voor de voorlichting, begeleiding en bijstand die met deze activiteiten gepaard gaan.

Al deze werkzaamheden en de controle erop gebeuren in de uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 of van artikel 3, alinea 1, c), van de wet van 6 augustus 1990.

De uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de Landsbond. Het ziekenfonds verbindt er zich toe de wettelijke schikkingen, de statutaire schikkingen en de richtlijnen van de Landsbond na te leven.

b) In het kader van het artikel 3 b) en c) van dezelfde wet : het toekennen van tegemoetkomingen, voordelen en uitkeringen aan hun leden en de personen te hunnen laste en het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met betrekking tot :

Ziekenfonds

- Logopedie;
- Pedicure;
- Dringend ziekenvervoer;
- Niet-dringend ziekenvervoer;
- Geboorte – adoptie;
- Jeugd;
- Herstelkuren;
- Pediatrie;
- Baby's;
- Preventie;
- Toekomstige mama's;

- Sociaal fonds;
- Psychologie;
- Optiek;
- Zolen;
- Alternatieve geneeskunde;
- Orthodontische behandelingen;
- Aansluiting bij een sportclub;
- Leningen / Voorschotten;
- Tegemoetkoming ziekte.

In het kader van artikel 67, alinea 5 van de wet van 26 april 2010 worden noch noch-diensten georganiseerd:

Ziekenfonds

- Administratief centrum (code 98/2);
- Sociale dienst (code 37).

Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen.

Voor de diensten georganiseerd door de Landsbond wordt verwezen naar artikel "2" van de statuten van deze mutualistische entiteit met dien verstande dat de diensten georganiseerd voor ons ziekenfonds verplicht zijn voor al de effectieve leden. Alle voormelde diensten met uitzondering van die van de landsbond zijn ingericht door het ziekenfonds.

- artikel 3. De zetel van het ziekenfonds is gevestigd te Etterbeek en haar werkingsgebied omvat gans het nationaal grondgebied. Het ziekenfonds richt zich tot al de personen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben alsmede tot :
- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, doch aan de Belgische Sociale Zekerheid onderworpen zijn;
 - de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven, doch aan de Belgische Verplichte Verzekering onderworpen zijn.

artikel 4. Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen, gevestigd te Sint-Gillis (Brussel).

Hoofdstuk II - Aansluiting - ontslag en uitsluiting - categorieën van leden

artikel 5.

AANSLUITING BIJ DE DIENSTEN VAN HET ZIEKENFONDS

§ 1. Een persoon kan zich bij het ziekenfonds aansluiten:

- 1° hetzij, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, a), van de wet van 6 augustus 1990, waarbij hij ambtshalve aangesloten is bij de diensten:
- van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;
 - van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;
 - van de maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" of de "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" of de "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne" waarbij het ziekenfonds is aangesloten wanneer dergelijke aansluiting verplicht is gemaakt door de regionale reglementering waarvan deze MOB's afhangen.

Wordt gelijkgeschakeld met de bovenvermelde persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij het ziekenfonds indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

2° hetzij slechts voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

Dit is slechts mogelijk wanneer de persoon zich in een van de volgende situaties bevindt:

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail;
- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV);

wordt gelijkgeschakeld met deze persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij de HZIV indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)/Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid;
- hij heeft recht of kan recht hebben op de terugbetaling van gezondheidszorgen krachtens het statuut van een instelling van Europees of internationaal recht gevestigd in België;
- hij is niet meer onderworpen aan de verplichte verzekering ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van een Belgische regering;
- hij maakt deel uit van het personeel van een ambassade of consulaat, in België gevestigd, dat in toepassing van de Conventies van Wenen van 1961 en 1963 voor geneeskundige verstrekkingen verzekerd moet zijn ten laste van het zendland;
- hij bevindt zich in een situatie bedoeld in artikel 3ter, 1°, van de wet van 6 augustus 1990 en hij is, voor de voornoemde verplichte verzekering, reeds elders ingeschreven of aangesloten;
- hij is gedetineerd of geïnterneerd en hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste van de FOD Justitie.

Deze persoon is ambtshalve aangesloten bij de diensten van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

§ 2. Tijdens een periode van internering of van detentie wordt de persoon die voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ten laste is van de FOD Justitie, voor de toepassing van § 1, 1, beschouwd als niet aangesloten bij het ziekenfonds, tenzij uitdrukkelijke verklaring om aangesloten te willen blijven voor de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

§ 3 De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds slechts voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) en heeft bovendien de mogelijkheid:

- om in voorkomend geval, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, deel te nemen aan het voorhuwelijks sparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- om zich aan te sluiten bij de maatschappij van onderlinge bijstand “Neutrale Zorgkas Vlaanderen” of de “Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest” of de “Société Mutualiste régionale de l’Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne” waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem mogelijk is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt;
- om, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, een verzekeringsproduct te onderschrijven, georganiseerd door de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand Neutra, waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

§4. Iedere gerechtigde die wil aansluiten voor de verplichte verzekering of de aangeboden diensten en verrichtingen moet ook zijn personen ten laste aansluiten.

artikel 6.

AANVANG VAN DE AANSLUITING BIJ DE AANVULLENDE VERZEKERING

Onder "aanvullende verzekering" van het ziekenfonds wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering .

De aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering neemt een aanvang:

1. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij hetzelfde ziekenfonds, de eerste dag van de maand van onderwerping aan de verplichte verzekering, met andere woorden van de maand waarin hij een van de hoedanigheden verwerft bedoeld in artikel 32, 1° tot 16°, 20° tot 22°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
2. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het trimester van de inwerkingtreding van deze aansluiting;
3. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
4. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
5. voor een persoon bedoeld in artikel 5, § 1, 2°, alsook voor de personen die voor de eerste keer zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
6. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving.

artikel 7.

TYPES VAN LEDEN

§ 1. Inleiding

Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, kan een persoon aangesloten bij het ziekenfonds:

- 1° hetzij een lid zijn dat een voordeel van deze diensten kan genieten;
- 2° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is geschorst;
- 3° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is opgeheven.

De betaling of niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft eveneens gevolgen voor:

- de mogelijkheid om de voordelen voorzien door de statuten van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen;
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand Neutra en van de aansluiting bij deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

De betaling of de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft geen enkel gevolg wat betreft het recht op de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering. Er kan geen compensatie gebeuren tussen de onbetaalde bijdragen van de aanvullende verzekering en de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 2. Het lid dat een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten

Het betreft een lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6:

1° voor de maand waarin zich de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel heeft voorgedaan.

In dit opzicht wordt het lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de betreffende diensten gedurende minstens 24 maanden, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze diensten gedurende de drie maanden die onmiddellijk volgen op deze periode.

Wanneer het lid ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde sinds meer dan 24 maanden bij verschillende Belgische ziekenfondsen en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie gedurende deze periode, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Wanneer het lid voor de eerste maal maar minder dan 24 maanden aangesloten is geweest als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie tijdens zijn aansluiting, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Het lid dat op 31 december 2018 kan genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering, wordt, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel zijn met zijn bijdragen voor het eerste trimester van 2019.

2° voor de periode van 23 maanden die voorafgaat.

Wanneer de persoon zich voor de eerste keer aansluit als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds minder dan 23 maanden voor de maand van de gebeurtenis bedoeld in 1°, moet hij er in regel geweest zijn met zijn bijdragen voor de betreffende diensten, gedurende de ganse aansluitingsperiode die voorafgaat aan de gebeurtenis bedoeld onder 1°.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het huidig punt 2, de persoon:

- a) ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, moet hij, om te kunnen genieten van het voordeel in kwestie, in regel zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie, in elk ziekenfonds voor de maanden waarin hij erbij was aangesloten als gerechtigde gedurende deze periode;
- b) gedurende een of meerdere maanden niet was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, wordt die periode gelijkgesteld:
 - i° aan een periode waarvoor de persoon in regel was met zijn bijdragen wanneer deze:
 - a) geen lid is waarvan de mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven is en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, lid 5, niet heeft beëindigd;
 - b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;
 - het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;
 - ii° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in b, i.

In de berekening van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2, worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Het lid dat gedurende een deel van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2 als persoon ten laste was aangesloten en dat in regel is met de bijdragen sedert hij zelf gedurende deze referentieperiode gerechtigde is, wordt verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze ganse referentieperiode en, tot bewijs van het tegendeel, voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Het lid dat in regel is met zijn bijdragen sinds 1 januari 2019, wordt verondersteld, tot 31 december 2020, in regel te zijn met zijn bijdragen voor het deel voorafgaand aan 1 januari 2019, om te bepalen of hij aanspraak kan maken op de uitkering van een voordeel omwille van een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan na 31 december 2018. Deze bepaling doet geen afbreuk aan het feit dat de vordering tot betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, vijf jaar na het einde van de maand waarop de onbetaalde bijdragen betrekking hebben, verjaart.

§ 3 Het lid van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is geschorst

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die

aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, geschorst.

Voor de toepassing van het vorig lid:

- 1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden.
- 2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld:

- 1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:
 - a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, vijfde lid, niet heeft beëindigd;
 - b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;
 - het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;
- 2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering na betaling van alle verschuldigde bijdragen voor de betrokken periode van 23 maanden en voor de maand waarin de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden.

§ 4 Het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven.

Voor de toepassing van het vorig lid:

- 1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden.
- 2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld:

- 1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:
 - a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, niet heeft beëindigd;
 - b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
 - 1° het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;

- 2° het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;
- 2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 na een opeenvolgende periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten.

De periode van 24 maanden bedoeld in het vorig lid wordt opgeschort:

- 1° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;
- 2° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

Wanneer een lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, gedurende de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de 24 maanden geteld vanaf de eerste dag van de maand waarvoor de bijdragen voor die diensten van het ziekenfonds waarbij hij tijdens die periode eerst was aangesloten, betaald werden.

In geval van onderbreking van de aansluiting als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds na het begin van de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, schort de onderbrekingsperiode deze periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen betaald moeten worden zonder enig voordeel van de diensten van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, op; deze opschorting kan evenwel niet meer bedragen dan vijf jaar.

artikel 8

TERUGBETALING VAN TEN ONRECHTE ONTVANGEN VOORDELEN VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

De vordering tot terugbetaling van de waarde van de ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen in het kader van de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Deze verjaring geldt niet ingeval het ten onrechte verlenen van financiële tegemoetkomingen en uitkeringen het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar welke ingaat na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Hoofdstuk III - Organen van het ziekenfonds

Afdeling 1 - De algemene vergadering

Samenstelling

artikel 9. De algemene vergadering is samengesteld uit één afgevaardigde per 500 leden zoals bepaald bij artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 met een minimum van 20 afgevaardigden.

De afgevaardigden worden verkozen door de leden en door hun personen ten laste, meerderjarig of ontvoegd in België, voor een periode van 6 jaar die hernieuwbaar is.

De leden en de personen ten laste kunnen plaatsvervangers kiezen voor de algemene vergadering.

Een lid van de algemene vergadering mag, indien zij of hij verhinderd is, volmacht geven aan een ander lid van de algemene vergadering. Niemand mag echter meer dan één volmacht krijgen.

Omschrijvingen

artikel 10. Met het oog op de verkiezing van de afgevaardigden voor de algemene vergadering is het ziekenfonds ingedeeld in een kiesomschrijving, te weten : de zetel van het ziekenfonds te Etterbeek.

De leden en hun personen ten laste die afhankelijk zijn van deze omschrijving maken deel uit van deze kiesomschrijving.

artikel 11. Binnen de kiesomschrijving verkiezen de leden en hun personen ten laste die stemgerechtigd zijn het aantal vertegenwoordigers in verhouding tot het ledenaantal van deze kiesomschrijving volgens de quota's van artikel 9, alinea 1.

Voorwaarden van stemrecht en verkiesbaarheid.

artikel 12. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de algemene vergadering :

- a) moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste hebben van een lid ervan;
- b) moet men meerderjarig of ontvoogd zijn;
- c) moet men in orde zijn met de bijdragen;
- d) indien het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is in orde zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds.

Om verkozen te kunnen worden en afgevaardigde voor de algemene vergadering te blijven moeten de leden of hun personen ten laste :

- a) stemgerechtigd zijn zoals vermeld in de vorige alinea;
- b) van goed gedrag en zeden zijn en niet ontzet zijn uit de burgerrechten;
- c) sedert tenminste zes jaar voor de datum van de verkiezing aangesloten zijn bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds en in orde zijn met de bijdragen;
- d) indien het een persoon ten laste betreft, moet het lid, van wie deze persoon ten laste is, aangesloten zijn bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds en in orde zijn met de bijdragen.
- e) geen betaalde betrekking hebben of gehad hebben bij een ziekenfonds of een Landsbond, met inbegrip van hun familieleden van de eerste graad. Een afgevaardigde kan bij wijze van afwijking, een persoon zijn die een voltijds bezoldigde betrekking zou gehad hebben bij het ziekenfonds "206", Vrij verbond der neutrale mutualiteiten voor zover hij de functie van secretaris-generaal, secretaris, directeur-generaal of directeur zou uitgeoefend hebben binnen het ziekenfonds.

Verkiezingsprocedure

artikel 13. De leden en hun meerderjarige of ontvoogde personen ten laste worden ingelicht door publicaties bestemd voor de aangeslotenen van het ziekenfonds :

- 1) de oproep tot kandidaturen en de wijze van kandidaatstelling;
- 2) de uiterste datum van indiening van de kandidaturen;
- 3) de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

artikel 14. De kandidaturen moeten gericht worden aan de voorzitter van het ziekenfonds per aangetekend schrijven.

De kandidaturen moeten ondersteund worden door drie handtekeningen van kiezers uit de omschrijving waartoe de kandidatuur behoort. Ieder ondertekenaar kan slechts één kandidaat steunen.

De voorzitter die vaststelt dat de kandidaat niet beantwoordt aan de bij artikel 12 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidvoorwaarden deelt de betrokken kandidaat per aangetekend schrijven zijn gemotiveerde weigering mee om hem op de lijst te plaatsen, binnen een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.

De kandidaat die de weigering betwist kan er de controledienst van de ziekenfondsen over inlichten in overeenstemming met artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

artikel 15. Er wordt een lijst opgemaakt van effectieve kandidaten. De Raad van bestuur van het ziekenfonds bepaalt de orde waarin de kandidaten op de lijst voorkomen.

artikel 16. De verkiezingsdatum alsmede de lijst van de kandidaten die aan de verkiesbaarheidvoorwaarden voldoen moeten aan de leden en aan de stemgerechtigde personen medegedeeld worden via publicaties binnen een maximumtermijn van negentig kalenderdagen te rekenen vanaf de datum van oproep tot de kandidaturen.

De verkiezingen beginnen ten laatste binnen de dertig dagen die volgen op deze mededeling.

Kiesbureaus

artikel 17. De organisatie van en de controle op de verkiezingen worden toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters. Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen voor de aanvang van de verkiezingen.

De voorzitter en de bijzitters van het kiesbureau worden aangesteld door de Raad van bestuur.

De secretaris wordt aangewezen door de voorzitter uit de personeelsleden van het ziekenfonds.

De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau.

Het kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatig verloop van de verkiezingen te verzekeren.

De voorzitter duidt bovendien een secretaris aan uit de personeelsleden van het ziekenfonds ten einde de verkiezingsprocedures in het kiesbureau te controleren.

Opstelling van de kieslijsten

artikel 18. De kieslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Deze lijsten vermelden de naam, de voornamen, de lidnummers en adres van iedere kiezer.

De kiezerslijsten worden definitief afgesloten op het einde van het kwartaal dat het kwartaal voorafgaat waarin de verkiezingsprocedure start.

De Stemming

artikel 19. De stemming is vrij. De stemming gebeurt per brief of in het kiesbureau van de kiesomschrijving waarvan de kiezer deel uitmaakt.

De kiezers met stemrecht die verblijven in een gemeente waar zich een kiesbureau bevindt zijn verplicht te stemmen in het stembureau. De betrokken personen kunnen evenwel stemmen per brief door schriftelijk een stembiljet aan te vragen. Aan de kiezers die in een gemeente wonen waar er geen stembureau is zal een oproeping en een stembiljet opgestuurd worden. De kiezer moet door middel van publicaties bestemd voor de aangeslotenen worden ingelicht van de plaats waar de stembureaus zich bevinden en van de data en uren waarop het mogelijk is te stemmen.

In het stemlokaal noteert de door het kiesbureau aangestelde secretaris (zie artikel 17, laatste alinea) de identiteit van de kiezers die zich aandienen en gaat na of ze op de kiezerslijsten voorkomen.

Na sluiting van het stemlokaal bezorgt de afgevaardigde van het kiesbureau nog dezelfde dag de uitgebrachte stemmen in een verzegelde stembus aan de voorzitter van het kiesbureau.

artikel 20. Iedere kiezer mag slechts één stem uitbrengen. De naamstem wordt uitgebracht in het vak achter de naam en voornaam van de kandidaat voor wie de kiezer wenst te stemmen.

Indien de volgorde van de kandidaten die voorkomen op de lijst werd bepaald door de Raad van bestuur, overeenkomstig artikel 15 en indien de kiezer akkoord gaat met de volgorde waarin de kandidaten op de lijst voorkomen, kan hij zijn stem uitbrengen in het stemvak bovenaan op die lijst.

Telling van de stemmen

artikel 21. Het stembureau gaat over tot de telling van de stemmen binnen de zeven werkdagen na de verkiezingsperiode.

De vertegenwoordigers zijn verkozen volgens het aantal behaalde stemmen.

De uitgebrachte lijststemmen worden verdeeld onder de kandidaten in volgorde van hun rangschikking op de lijst met het oog op het bereiken van het vereiste quorum. Het vereiste quorum wordt bereikt door het aantal geldige stemmen te delen door het aantal voorziene mandaten in de kiesomschrijving.

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat is de volgorde van de lijst beslissend.

Zijn ongeldig :

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer werden overhandigd;
- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht;
- stembiljetten waarop geen stem werd uitgebracht;
- stembiljetten die de identificatie van de kiezer mogelijk maken.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen met vermelding van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze waarop de identiteit van de kiezers werd gecontroleerd en de uitslag van de stemming.

Vrijstelling tot het organiseren van verkiezingen

artikel 22. Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of kleiner dan het aantal voorziene effectieve mandaten, worden deze kandidaten automatisch verkozen (zie artikel 14 en 15 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991).

artikel 23. De stemgerechtigde leden en de stemgerechtigde personen ten laste, worden door middel van publicaties bestemd voor de aangeslotenen van het ziekenfonds ingelicht over de uitslagen van de stemming ten laatste vijftien kalenderdagen na het afsluiten van de verkiezingsperiode.

De kandidaat die de uitslag betwist, kan er de controledienst van de ziekenfondsen over inlichten in overeenstemming met artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

artikel 24. Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties bedoeld bij de artikel 13, 16 en 23 van deze statuten, alsmede de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de verkiezingsprocedure worden overgemaakt aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, evenals aan de Controledienst, binnen de dertig dagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

artikel 25. De nieuwe algemene vergadering wordt geïnstalleerd binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode. Een beroep bij de controledienst schort de periode van dertig dagen op.

Ze kan maximum vijf raadgevers bij de algemene vergadering verkiezen. Deze hebben een raadgevende stem.

De directieleden van het ziekenfonds mogen de algemene vergadering bijwonen met raadgevende stem.

Bevoegdheden van de algemene vergadering

artikel 26. De algemene vergadering beraadslaagt en beslist over de aangelegenheden bedoeld bij artikel 15 van de wet van 6 augustus 1990 en volgens de modaliteiten vastgesteld in de artikelen 16, 17 en 18 van dezelfde wet.

De algemene vergadering kan haar bevoegdheid om te beslissen over de aanpassingen van de bijdragen aan de Raad van bestuur overdragen.

De overdracht is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

Afdeling 2 - Verkiezing van de vertegenwoordigers voor de algemene vergadering van de Landsbond

artikel 27. De afvaardiging van het ziekenfonds in de algemene vergadering van de Landsbond bedraagt 1 afgevaardigde per 4000 leden.

artikel 28. De afgevaardigden en hun vervangers worden verkozen door de algemene vergadering. De oproep tot kandidaten wordt vermeld op de uitnodiging van de algemene vergadering die beraadslaagt omtrent deze verkiezing. Kandidaturen moeten per aangetekend schrijven gericht worden aan de voorzitter van het ziekenfonds en dit ten laatste 15 kalenderdagen voor de datum van betrokken algemene vergadering.

De Raad van bestuur mag een kandidatenlijst voorstellen.

artikel 29. De stemming is geheim. Elk lid van de algemene vergadering beschikt over één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal behaalde stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste voorziene mandaat is de volgorde van de lijst beslissend.

Indien het aanwezigheidsquorum niet wordt bereikt op door de algemene vergadering vastgestelde datum, wordt een tweede algemene vergadering bijeengeroepen die rechtsgeldig zal beraadslagen, ongeacht het aantal aanwezige leden.

Afdeling 3 - Raad van bestuur

artikel 30. De Raad van bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit minimum 10 leden en maximum 14 leden, waarvan 2 mandaten voorbehouden zijn aan personen van het vrouwelijk geslacht en aan maximum één vierde personen bezoldigd door het ziekenfonds of de Landsbond.

Om lid te zijn van de Raad van bestuur moet men :

- a) meerderjarig zijn en van goed zedelijk gedrag;
- b) sedert tenminste zes jaar aangesloten zijn bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds voor de verkiezingsdatum en in orde zijn met de bijdragen;
- c) geen bezoldigde betrekking hebben of gehad hebben bij een ziekenfonds of een Landsbond, met inbegrip van hun familieleden van de 1ste graad. Een bestuurder mag bij wijze van afwijking een persoon zijn die een voltijds bezoldigde betrekking heeft of zou gehad hebben bij het ziekenfonds "206", Vrij verbond der neutrale mutualiteiten voor zover hij de functies van secretaris-generaal, secretaris, directeur-generaal of van directeur uitoefent of uitoefende.

Men moet evenwel geen deel uitmaken van de algemene vergadering.

Het mandaat van lid van de Raad van bestuur is eervol, presentiegelden of terugbetaling van de onkosten kunnen eventueel voorzien zijn.

artikel 31. De Raad van bestuur wordt verkozen door de leden van de algemene vergadering voor een termijn van zes jaar.

De kandidaturen worden bij aangetekend schrijven gericht aan de voorzitter van de Raad van bestuur. De voorzitter stelt een lijst op van de geldige kandidaturen.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal voorziene mandaten is er een stemming. Elk lid van de algemene vergadering beschikt over een stem. De kandidaten met het grootste aantal stemmen zijn verkozen.

Als het aantal kandidaten gelijk is aan het aantal voorziene mandaten zijn de kandidaten automatisch verkozen.

Plaatsvervangende bestuurders kunnen onder dezelfde voorwaarden verkozen worden.

De Raad van bestuur kan maximum vijf raadgevers verkiezen. Ze hebben een raadgevende stem.

Bij verlet mag een bestuurder mandaat geven aan een andere bestuurder. Niemand mag echter meer dan één volmacht krijgen.

artikel 32. De vervanging van de overleden of ontslagnemende bestuurders vindt plaats op de volgende algemene vergadering. De aldus verkozen bestuurder begint een nieuw mandaat van 6 jaar.

Het ontslag, de afzetting of de uitsluiting uit het ziekenfonds alsmede het verlies van de hoedanigheid van lid van de algemene vergadering heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van bestuur van het ziekenfonds tot gevolg. De bestuurder die vijf opeenvolgende keren afwezig is zonder geldige reden, wordt na gehoord te zijn door de algemene vergadering aanwezig met een meerderheid van 2/3 afgezet en beschouwd als ontslagnemend.

De Raad van bestuur zal alleen rechtsgeldige beslissingen kunnen nemen als de helft van zijn leden aanwezig is. De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van uitgebrachte stemmen.

artikel 33. De Raad van bestuur is belast met het dagelijks bestuur en met de uitvoering van de beslissingen van de algemene vergadering.

Hij vergadert minstens 2 maal per jaar.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, daden van dagelijks bestuur of een deel van zijn bevoegdheden overdragen aan de voorzitter of aan één of meerdere bestuurders of aan het Vast Comité verkozen door de Raad van bestuur onder haar leden of aan de secretaris-generaal en / of aan de directeur-generaal indien deze de hoedanigheid bezitten van een rechtmatig verkozen bestuurder.

artikel 34. De Raad van bestuur kiest onder zijn leden een voorzitter, een of twee ondervoorzitters, een secretaris en een schatbewaarder. Deze vijf leden vormen het Vast Comité.

Om verkozen te worden in het Vast Comité mag men geen bezoldigde betrekking hebben of gehad hebben bij een ziekenfonds of een Landsbond, met inbegrip van hun familieleden van de 1ste graad. Een lid van het Vast Comité mag bij wijze van afwijking een persoon zijn die een voltijds bezoldigde betrekking heeft of zou gehad hebben bij het ziekenfonds "206", Vrij verbond der neutrale mutualiteiten voor zover hij de functies van secretaris-generaal, secretaris, directeur-generaal uitoefent of uitoefende.

De Raad van Bestuur vertrouwt, onder haar verantwoordelijkheid, het dagelijks bestuur toe aan de secretaris-generaal of zo nodig aan de directeur-generaal voorzover zij de hoedanigheid bezitten van een rechtmatig verkozen bestuurder.

artikel 35.

De voorzitter verzekert de uitvoering van de statuten en van de speciale reglementen en heeft er het toezicht over. Hij is belast met de leiding van de Algemene Vergaderingen, ondertekent alle nota's, beslissingen of beraadslagingen en vertegenwoordigt het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de Openbare Besturen. Samen of individueel vertegenwoordigen de voorzitter, de secretaris-generaal en de directeur-generaal het Ziekenfonds, met inbegrip van al zijn betrekkingen met de overheid.

Zij vervullen alle vereiste handelingen. Zij doen hiervoor alles wat nodig en nuttig is.

Hij geeft de opdrachten voor de vergaderingen van de Raad van bestuur en de oproepingen voor de Algemene Vergaderingen.

De voorzitter is bovendien belast met het vervullen van de nodige formaliteiten bij de Regie der Posterijen voor het opvragen van de documenten die bestemd zijn voor het ziekenfonds. Hiervoor kan hij ook zijn volmacht geven aan ieder ander lid van de Raad van bestuur of administratief personeelslid van het ziekenfonds.

Eén van de twee ondervoorzitters vervangt eventueel de voorzitter in geval van afwezigheid of belet; hij staat de voorzitter bij in al zijn functies.

artikel 36. De secretaris verricht al het nodige schrijfwerk, hij tekent de briefwisseling, hij stelt de processen-verbaal op van de vergaderingen en ondertekent ze. Hij ondertekent mee de betalingsmandaten. Hij is belast met de bewaring van de archieven.

Bij uitzondering van de ondertekening van de processen-verbaal kunnen deze taken door de Raad van bestuur worden toevertrouwd aan een secretaris-generaal of eventueel aan een directeur-generaal indien deze de hoedanigheid van rechtmatig verkozen bestuurder bezitten.

artikel 37. De schatbewaarder is verantwoordelijk tegenover de Raad van bestuur voor al de geldverhandelingen van het ziekenfonds, het bijhouden van alle boekhoudkundige stukken voorgeschreven door de reglementering, het opmaken van statistieken, alsmede van de financiële toestand.

Op iedere algemene vergadering brengt hij verslag uit over de financiële toestand.

De schatbewaarder wordt bijgestaan door de verantwoordelijke van de dienst financiën.

Hoofdstuk IV - De diensten georganiseerd door het ziekenfonds.

artikel 38.

Het ziekenfonds organiseert voor haar leden en hun personen ten laste de bij artikel 2 van deze statuten voorziene diensten volgens de hierna vastgestelde modaliteiten binnen de grenzen van de beschikbare middelen.

De waarborg is in principe gelijk voor elke aangeslotene. Sommige diensten kunnen evenwel betrekking hebben op een welbepaald publiek.

Overeenkomstig artikel 67, eerste lid, g), van de wet van 26 april 2010, zal het totale bedrag van de tussenkomst in geval van toekenning van een tussenkomst in verplichte verzekering niet lager zijn voor de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§1er, 2 of 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dan het bedrag toegekend aan andere leden.

Administratieve centra

(98/1)

Het administratief centrum beoogd onder de code (98/1), onderscheiden van de hieronder vermelde administratieve dienst (98/2), heeft een functie van verdelingscentrum van de gemeenschappelijke werkingskosten die niet direct verrekend kunnen worden bij de verplichte ziekteverzekering of een bepaalde dienst of verrichting. De lasten en de opbrengsten die niet rechtstreeks bij een dienst of een bepaalde groep van diensten kunnen verrekend worden, zullen daar ondergebracht worden, vóór hun totale verdeling tussen de verschillende diensten op basis van objectieve sleutels. Na afloop van het boekjaar zal dit administratieve centrum (98/1) een resultaat vertonen gelijk aan nul.

(98/2)

Deze dienst heeft tot doel in voorkomend geval de mali van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 195, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten laste te nemen en dit in het bijzonder in de mate van de geïnde administratieve bijdragen en de eventuele boni van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verworven in de loop van de vorige boekjaren en toegewezen aan deze dienst. Aan de administratieve dienst worden ook toegewezen de opbrengsten en kosten die door de Controledienst worden vastgesteld.

Aanvullende diensten georganiseerd door de - Mutualiteit

a) Logopedie

Deze dienst kent een tussenkomst van € 5,00 per logopedische zitting toe voor logopedische behandelingen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering. Het totaalbedrag van deze tussenkomsten is beperkt tot 75 logopedische zittingen (€ 375,00) per kalenderjaar en per rechthebbende.

Voorwaarden:

- de terugbetaling gebeurt op basis van een document opgemaakt door een logopedist(e) die erkend is door het RIZIV en waarop de datum van de zittingen en het ontvangen ereloon staat vermeld;
- deze tussenkomst wordt alleen toegestaan indien er geen terugbetaling is voorzien in de verplichte verzekering.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Wachttijd: 0 maand.

b) Pedicure

Deze dienst kent een enkele tegemoetkoming toe van maximum € 5,00 per maand met een maximum van € 25,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde: indienen van een ontvangstbewijs, afgeleverd door een erkende pedicure.

Rechthebbenden: effectieve leden en hun personen ten laste.

Wachttijd: 0 maand.

c) Dringend ziekenvervoer

Een tussenkomst van 75% per kalenderjaar wordt toegekend in de kosten voor dringend ziekenvervoer per helikopter. De tussenkomst bedraagt maximaal € 500,00 per kalenderjaar en per rechthebbende. De tussenkomst die via de verplichte verzekering wordt toegekend in de kosten voor dringend ziekenvervoer per helikopter zoals bepaald door artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, wordt in mindering gebracht van de tussenkomst toegekend door deze dienst.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Voorwaarden:

- mits voorlegging van de originele factuur;
- een medisch getuigschrift dient voorgelegd te worden dat de noodzakelijkheid van het vervoer rechtvaardigt;
- mits het een vervoer betreft naar of vanuit een ziekenhuisomgeving en voor zoverre het vervoer is uitgevoerd in het binnenland;
- de terugbetaling dient aangevraagd te worden door de aangeslotenen zelf.

Wachttijd: 0 maand

d) Niet-dringend ziekenvervoer

1) Per ziekenwagen of sanitaire wagen:

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe in de kosten voor niet-dringend ziekenvervoer per ziekenwagen of sanitaire wagen van maximaal € 15,00. Deze mag in geen geval hoger liggen dan de transportkosten. De tussenkomst bedraagt maximaal € 120,00 per kalenderjaar per rechthebbende.

De tussenkomst geldt voor het vervoer van en naar een ziekenhuis, een zorgcentrum erkend door het RIZIV of een herstelcentrum.

2) Per taxi:

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 0,25 per kilometer in de kosten voor ziekenvervoer per taxi. De tussenkomst is beperkt tot € 30,00 per rit heen en terug. Deze mag in geen geval hoger liggen dan de transportkosten. Een maximum terugbetaling van € 200,00 geldt per kalenderjaar per rechthebbende.

De tussenkomst geldt voor het vervoer naar een ziekenhuis of een zorgcentrum erkend door het RIZIV, naar een herstelcentrum erkend door het ziekenfonds of naar het kabinet van een geneesheer-specialist.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Voorwaarden:

- De aanvraag om tussenkomst dient de originele factuur te omvatten van de vervoerder of een kwijting van de taxikosten voor de ritten zoals vermeld onder punt 1 en 2;
- Er is eveneens gepreciseerd dat de dienst enkel tussenkomt wanneer de rechthebbende op het vervoer in de onmogelijkheid is zich met eigen middelen te verplaatsen of omwille van de gezondheidstoestand niet in staat is het openbaar vervoer te gebruiken.

- De tussenkomst is beperkt tot het aandeel in de kosten waarvoor geen tussenkomst bestaat in het kader van de verplichte verzekering en dat niet gedekt is door een andere reglement.

- De terugbetaling dient aangevraagd te worden door de aangeslotene zelf.

Wachttijd : 0 maand

e) Geboorte - adoptie

Een premie wordt toegekend bij de geboorte of bij de adoptie van een kind jonger dan achttien jaar aan de ouder die titularis is bij het ziekenfonds. De premie wordt vastgesteld op € 350,00 voor het eerste kind en op € 250,00 vanaf het tweede kind.

Voorwaarden : - uittreksel uit de geboorte- of adoptieakte voorleggen.

- het kind moet ingeschreven zijn ten laste van een mutualistisch gezin behorende tot onze entiteit.

- de betrokken ouder dient als effectief lid van het ziekenfonds ingeschreven te zijn de dag van de geboorte of de adoptie.

Wachttijd : - 0 maand.

f) Jeugd

1) Vrije tijd jongeren:

De kinderen van minimum 3 jaar die verbleven op speelpleinen, deelnamen aan sportstages of vakantiecampen hebben recht op een tussenkomst van € 100,00 per kalenderjaar.

Om van de tussenkomst te kunnen genieten, moeten de kinderen deel uitmaken van een mutualistisch gezin dat in orde is met de bijdragen de dag van de uitgave die de mogelijkheid biedt recht te hebben op de tegemoetkoming voorzien voor de in lid 1 bepaalde activiteiten.

Wachttijd : 0 maand.

Maximum leeftijd : 18 jaar.

Voorwaarde : bewijs van betaling met attest van de organisator voorleggen.

2) Psychomotoriek :

Er wordt een tussenkomst van € 12,00 toegekend per zitting van psychomotoriek voor kinderen jonger dan 14 jaar. De tussenkomst is beperkt tot € 120 per kalenderjaar.

Voorwaarde : een bewijsstuk voorleggen van de organisator met vermelding van het betaalde bedrag en de datums van de zittingen.

g) Herstelkuren

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe van € 15,00 per nacht in het kader van een herstelkuur, aan de leden en personen ten laste die verzwakt zijn na een hospitalisatie.

Voorwaarden:

- een gedetailleerd medisch getuigschrift indienen;

- het verblijf moet minimum 7 en maximum 14 nachten duren; eventuele verlenging tot 21 dagen mogelijk op basis van een gedetailleerd medisch getuigschrift;

- per gerechtigde wordt slechts één herstelkuur toegekend per jaar en per aandoening;

- de kuur dient aan te vangen binnen de 15 dagen na de hospitalisatie.

- de medische dienst van het ziekenfonds moet akkoord gaan wat de noodzaak en de termijn betreft van de herstelkuur. Het akkoord wordt gegeven voor alle ziekten waar een graad van afhankelijkheid uit voortvloeit met mistens drie partiële en/of één volledig afhankelijkheidscriteria inzake dagdagelijkse taken (zich kleden, zich verplaatsen, toiletbezoek, zich wassen, oriëntatie).

Wachttijd : 0 maand.

h) Pediatrie

Voor kinderen van 0 tot 18 jaar kent de Mutualiteit een tegemoetkoming toe voor het wettelijk remgeld voor ambulatoire zorgen, voor de raadplegingen en huisbezoeken uitgevoerd door algemene geneesheren of specialisten en voor verstrekking geleverd door paramedici, erkend door het RIZIV.

Voorwaarden :

- kinderen van 3 jaar en ouder moeten over een globaal medisch dossier beschikken bij een erkende algemene geneesheer.

- de tegemoetkoming wordt toegekend op voorlegging van een formulier, afgeleverd door het Ziekenfonds dat ingevuld en ondertekend werd door de verstrekker(s). Enkel de hierna vermelde nomenclatuurnummers worden in aanmerking genomen :

✓ Algemeen geneesheren en specialisten – 101010 tot 109012;

✓ Tandartsen – 301011 tot 304964;

✓ Kinesitherapeuten – 560011 tot 564255;

✓ Verpleegkundigen – 425014 tot 426414.

Wachttijd : 0 maand.

i) Baby's

1) Een tegemoetkoming van maximum € 75,00 per jaar is toegekend voor de luierkosten en kosten voor zuigelingenmelk voor het kind, ingeschreven ten laste van de titularis in de verplichte verzekering, en dit tot de derde verjaardag. De titularis moet aangesloten zijn bij onze aanvullende verzekering op het ogenblik van de aankoop.

Voorwaarden : betalingsbewijs voorleggen.

2) Er wordt een volledige tegemoetkoming toegekend voor de kosten opgelopen in de opsporing van doofheid bij pasgeborenen uitgevoerd in de kraaminrichting.

Voorwaarden: - voorleggen van de factuur met vermelding van het betaalde ereloon;

- de pasgeborene dient ten laste van de titularis ingeschreven te zijn in de verplichte verzekering.

Wachttijd : 0 maand.

j) Preventie

Een tegemoetkoming wordt toegekend in het kader van de kankerpreventie en gezondheidsopvoeding :

1) Gezondheidsbalans

Een tussenkomst met een maximum van € 25,00 per kalenderjaar voor alle mogelijke ziekten, wordt toegekend in de kosten ten laste van de patiënt voor de erelonen die worden aangerekend in het kader van hiernavolgende onderzoeken ter opsporing van kanker:

▪ Borstkanker: borstkankerscreening door middel van een mammografie zoals bepaald in artikel 17, §1 (1° Gynaecologie-verloskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, alsook voor de forfaitaire erelonen en de erelonen voor de raadpleging in het kader van de screening (artikel 17, §1, 12° allerlei).

▪ Prostaatkanker: opsporing van prostaatkanker door middel van een rectaal onderzoek.

▪ Dikkedarmkanker: opsporingsonderzoek van verborgen bloed in de ontlasting en de raadpleging in het kader van de screening, alsook voor een totale colonoscopie (artikel 20, §1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

▪ Osteoporose: opsporing van osteoporose door middel van botdensitometrie.

▪ Diabetes Type II: terugbetaling van een raadpleging bij een geneesheer-specialist in diabetologie.

▪ Hart- en vaatziekten : terugbetaling van de raadpleging en technische prestatie verstrekt door een geneesheer-specialist in cardiologie.

Voorwaarde: indienen van het door het ziekenfonds ter beschikking gestelde attest, volledig ingevuld en ondertekend door de behandelende arts.

Gerechtigden: titularis en personen ten laste.

Wachttijd: 0 maanden

2) Diabetes

• Materiaal : het ziekenfonds verstrekt gratis aan de diabetespatiënten die hierom verzoeken zelfcontrole materiaal, namelijk een bloedglucosemeter om de 3 jaar en 100 teststrips per kalenderjaar.

• Raadpleging dieet- en voedingsadvies voor diabetici : het ziekenfonds kent een eenmalige terugbetaling toe van € 10,00 per kalenderjaar.

• Zitting podologie voor diabetici : het ziekenfonds kent een terugbetaling toe van € 10,00 per sessie. De tussenkomst is beperkt tot 2 zittingen per kalenderjaar.

• Speciale verstrekkingen voor diabetici (onychoplastie, orthonyxie en orthoplastie) : het ziekenfonds kent een eenmalige terugbetaling toe van € 10,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde : factuur vergezeld van een medisch getuigschrift voorleggen.

Gerechtigden : effectieve leden en personen ten laste.

Wachttijd : 0 maand

3) Vaccins

Een tegemoetkoming van maximum € 25,00 per kalenderjaar en per gerechtigde wordt toegekend voor vaccinatiekosten. De terugbetaling wordt beperkt tot 50% van het bedrag ten laste van de aangeslotene, na aftrek van de eventuele tegemoetkoming voorzien binnen de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Voorwaarden : - er wordt enkel tussengekomen in de kostprijs van een vaccin of behandeling erkend in België.

- betalingsbewijs voorleggen met vermelding van het betaalde bedrag en het afgeleverde product.

Wachttijd : 0 maand.

▪ Preventieve vaccins tegen humaan papillomavirus

Een tegemoetkoming van maximum € 150,00 wordt, in schijven van € 50,00 per behandeling, toegekend in de kosten van preventieve vaccins tegen het humaan papillomavirus, niet terugbetaald door de verplichte verzekering maar erkend in België.

Voorwaarden : BVAC-attest van de apotheker voorleggen;

Wachttijd : 0 maand.

▪ Desensibilisatie

Een tussenkomst van 50% in de aankoopprijs met een maximum van € 75,00 per kalenderjaar, dit voor maximum 3 opeenvolgende jaren en beperkt tot één maal in het leven van de gerechtigde wordt toegekend, voor een behandeling via allergeenspecifieke immunotherapie (AIT), op voorwaarde dat de allergie is vastgesteld door een arts erkend door het RIZIV en opgeleid tot allergoloog (NKO, pneumoloog, dermatoloog of pediater).

Voorwaarde: indienen van het door het ziekenfonds ter beschikking gestelde attest, volledig ingevuld en ondertekend door de behandelende arts, samen met het originele leveringsattest van de apotheker, het zogenaamde BVAC-attest.

Wachttijd: 0 maanden

4) Diëtiëk

Een tegemoetkoming van € 10,00 per zitting bij een gediplomeerde diëtist(e), een voedingsarts of voor de opvolging uitgevoerd door de vereniging "Weight Watchers" wordt toegekend aan de titularissen en personen ten laste in de kosten van een voedingsbehandeling. Er wordt eveneens een tussenkomst toegekend van € 25,00 per kalenderjaar voor een balans door een diëtiste of een voedingsdeskundige.

Voorwaarden : - maximum 4 zittingen per kalenderjaar;

- voorleggen van het betalingsbewijs met de erelonen van de diëtist(e), de voedingsarts of van de vereniging "Weight Watchers"

Wachttijd : 0 maand.

5) Voorbehoedsmiddel en menopauze

Vrouwelijk

Een tegemoetkoming in de kosten voor een anticonceptie behandeling of een hormonale substitutietherapie (HST) ter behandeling van menopauzale klachten wordt toegekend aan de leden in de hoedanigheid van titularis of persoon ten laste.

• Behandeling 1 :

Maximum tegemoetkoming per kalenderjaar: € 40,00 (condooms gekocht bij de apotheker, anticonceptiepil, vaginale ring, inspuiting, anticonceptiebatch, geneesmiddel erkend als HST door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, het "BCFI").

Voorwaarden : - voorleggen van afleveringsattest afgestempeld door de apotheker of het BVAC-attest afgeleverd door de apotheek.

• Behandeling 2 :

Maximum tegemoetkoming voor een periode van 24 maanden : € 120,00 (spiraaltje, implantaat).

Voorwaarden : - leveringsattest voorleggen opgemaakt door de apotheker.

Wachttijd : 0 maand.

Mannelijk

Een maximale tegemoetkoming van € 40,00 per kalenderjaar wordt toegekend aan de leden in de hoedanigheid van titularis of persoon ten laste voor condooms gekocht bij de apotheker.

Voorwaarde : voorleggen van het BVAC-attest afgeleverd door de apotheek.

Wachttijd : 0 maand.

6) Stoppen met roken

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe in de kostprijs van geneesmiddelen (ook patches) voor het stoppen met roken, voor een bedrag van € 20,00 per behandeling. Er worden maximaal 3 tussenkomsten per leven toegekend.

Voorwaarde : voorleggen van het BVAC-attest afgeleverd door de apotheker.

k) Toekomstige Mama's

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 3,00 per zitting, voor maximaal 15 zittingen per zwangerschap voor zittingen van perinatale kinesitherapie.

Wachttijd : 0 maand.

Voorwaarden : betalingsbewijs voorleggen, vergezeld van een medisch bewijsstuk.

l) Sociaal fonds

Begunstigden

Het sociaal fonds heeft tot doel een financiële tegemoetkoming te verlenen aan rechthebbenden die geconfronteerd worden met kosten, ten gevolge van hun gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging.

Voorwaarden

Voor tegemoetkoming worden in aanmerking genomen:

- kosten, ten gevolge van de gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging;
- die niet voor tegemoetkoming in aanmerking komen in het kader van de zorgverzekering of de wet betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;
- na aftrek van de tegemoetkoming betaald of nog te betalen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het fonds voor beroepsziekten en van iedere andere vergoeding op basis van een aansluiting die wettelijk verplicht is bij hetzij een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling;
- die gemaakt werden in de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag tot tegemoetkoming;
- de kosten voor de mutualistische persoonlijke bijdragen voor maximaal één kalenderjaar.

Kosten voor medische behandeling of verzorging worden enkel in aanmerking genomen op voorwaarde dat de medische noodzaak van de behandeling of verzorging kan worden aangetoond door middel van een attest van de behandelende geneesheer-specialist.

In geval van een ziekenhuisopname worden de supplementen die worden aangerekend omwille van de keuze voor verblijf op een eenpersoonskamer niet in aanmerking genomen.

Tegemoetkoming

De tegemoetkoming voorzien in deze dienst:

- is beperkt tot een maximum van € 150,00 per dossier;
- is beperkt tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar.

Onder “dossier” in de zin van dit artikel wordt verstaan: alle kosten die het gevolg zijn van éénzelfde gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging. Van zodra de kosten betrekking hebben op of het gevolg zijn van een nieuwe gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging, wordt een nieuw dossier geopend.

Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend op voorlegging van:

- een aanvraag door de rechthebbende;
- facturen, onkostennota's die de kosten ten laste van het lid staven.

m) Psychologie

Er wordt een tussenkomst toegekend van € 10,00 per zitting in de kosten voor psychotherapie bij een licentia(a)t(e) Psychologie. Deze tussenkomst wordt beperkt tot 6 zittingen per kalenderjaar.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Voorwaarden: een document voorleggen met vermelding van het ereloon ontvangen door de licentia(a)t(e) Psychologie.

Wachttijd: 0 maand.

n) Optiek

1) Optische leveringen :

Een tussenkomst wordt toegekend voor optisch materiaal afgeleverd door een erkende opticien, apotheker of oogarts. Onder optisch materiaal wordt verstaan: montuur, corrigerende brilglazen of corrigerende contactlenzen.

Bedrag van de tussenkomst voor rechthebbenden tot de leeftijd van 18 jaar:

- montuur : het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 25,00 voor het brilmontuur, hernieuwbaar om de 4 jaar (deze tussenkomst kan eveneens worden toegekend voor elke optische verstrekking die niet is voorgeschreven door een oogarts). Deze tussenkomst bedraagt € 50,00 voor het allereerste montuur.
- optisch materiaal voorgeschreven door een oogarts die is erkend door het RIZIV : er wordt een tussenkomst toegekend van € 50,00 voor optisch materiaal, hernieuwbaar om de 2 jaar.

Bedrag van de tussenkomst voor rechthebbenden vanaf de 18^e verjaardag :

- montuur : het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 25,00 voor het brilmontuur, hernieuwbaar om de 4 jaar (deze tussenkomst kan eveneens worden toegekend voor elke optische verstrekking die niet is voorgeschreven door een oogarts).
- optisch materiaal voorgeschreven door een oogarts die is erkend door het RIZIV : er wordt een tussenkomst toegekend van € 50,00 voor optisch materiaal, hernieuwbaar om de 4 jaar.

Voorwaarden :

- de factuur voorleggen van de opticien met vermelding van het ontvangen ereloon, een gedetailleerd overzicht van de aangekochte waren en de dioptriëwaarde van de brilglazen of de contactlenzen;
- indien het optisch materiaal werd voorgeschreven : het medisch voorschrift voorleggen, opgemaakt door een oftalmoloog, erkend door het RIZIV.
- de tussenkomst wordt hoe dan ook beperkt tot het bedrag dat echt is betaald door de rechthebbende na aftrek van de terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering.

2) Laser- of ultrasone methode :

Een eenmalige tegemoetkoming van € 200,00 (€ 100,00 per oog) wordt toegekend bij een laser- of ultrasonebehandeling.

Voorwaarden :

- de terugbetaling gebeurt op vertoon van de originele bewijsstukken, afgeleverd door een geneesheer-specialist die door het RIZIV is erkend.
- de tussenkomst wordt hoe dan ook beperkt tot het bedrag dat echt is betaald door de rechthebbende na aftrek van de terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Wachttijd : 0 maand

o) Zolen

Er wordt een tussenkomst toegekend van € 10,00 per kalenderjaar voor een raadpleging bij een posturopodist.

Rechthebbenden : de effectieve leden en hun personen ten laste.

Voorwaarden: een document voorleggen van de verstrekker met vermelding van het ontvangen ereloon en een medisch voorschrift voorleggen van een arts die erkend is door het RIZIV.

Wachttijd : 0 maand

p) Alternatieve geneeskunde

1) Homeopathie :

Een tegemoetkoming van 50 % van de aankoop prijs en voor een maximumbedrag van € 75,00 per jaar en per rechthebbende wordt toegekend op de prijs van homeopathische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- de homeopathische geneesmiddelen dienen te worden voorgeschreven door een dokter in de geneeskunde die erkend is door het RIZIV.

- deze geneesmiddelen moeten worden afgeleverd door een apotheker en beantwoorden aan de volgende criteria : het moet gaan om een verdunding van ten minste 10.000 of van bereidingen voor oraal gebruik.

2) Raadplegingen en bezoeken van verstrekkers die niet-conventionele praktijken uitoefenen.

Een tegemoetkoming van € 10,00 wordt toegekend per bezoek of per raadpleging voor een maximumbedrag van € 100,00 per jaar en per rechthebbende voor de verstrekkingen van niet-conventionele praktijken, met name :

homeopathie, antroposofie, chiropraxie, osteopathie, acupunctuur, mesotherapie, kinesiologie, sofrologie, reflexologie, naturopathie, microkinesitherapie en hippotherapie voor patiënten met autisme of een motorische handicap.

Voorwaarden:

- voorleggen van een ontvangstbewijs opgemaakt door de verstrekker, met vermelding van het aangerekende ereloon en de prestatiedatum;

- wanneer de verstrekker van niet-conventionele praktijken ook de hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstreker heeft, en de verstrekking recht geeft op een terugbetaling in de verplichte verzekering en in de aanvullende verzekering, kan de terugbetaling in de aanvullende verzekering niet plaatsvinden op basis van het getuigschrift van verstrekte hulp (of een kopie daarvan) dat werd uitgereikt door de verstrekker in zijn hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstreker, maar op basis van de uitreiking van een afzonderlijk document.

- De verstrekker zal eveneens erkend worden indien hij, ofwel een kopie van zijn diploma en van zijn verzekering professionele BA heeft voorgelegd, ofwel het bewijs van zijn aansluiting bij een beroepsorganisatie met betrekking tot de bovenvermelde praktijken heeft geleverd. De lijst van deze verstrekkers wordt bepaald door de Raad van Bestuur, die ze kan wijzigen volgens de modaliteiten beslist door de Controledienst voor de Ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen. De lijst vindt u in bijlage en kan teven worden geraadpleegd op het volgende webadres : www.symbio.be/assets/01012019P.xlsx.

De beslissing van de Raad van Bestuur moet onmiddellijk worden doorgestuurd aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen aan de hand van een aangetekende brief die werd ondertekend door een verantwoordelijke van het Ziekenfonds. In die brief moet de datum staan waarop deze beslissing van kracht wordt. De wijzigingen moeten met terugwerkende kracht in de statuten zijn ingevoegd tegen de volgende Algemene Vergadering.

- de tegemoetkoming mag in geen geval hoger liggen dan de betaalde som door de rechthebbende.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Wachttijd : 0 maand

q) Orthodontische behandelingen

1) Een tegemoetkoming van maximaal € 750,00 wordt voor één enkele behandeling toegekend, naast deze van de verplichte verzekering die is voorzien in artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Daartoe moet de orthodontische behandeling goedgekeurd zijn door de adviserend geneesheer. De terugbetaling wordt als volgt uitgevoerd :

- € 150,00 bij het aanbrengen van het apparaat (code 0305631);
- € 150,00 na 6 raadplegingen (codes 305616 of 0305653 of 305852 of 305896);
- € 150,00 na 12 raadplegingen (codes 305616 of 0305653 of 305852 of 305896);
- € 150,00 na 30 raadplegingen (codes 305616 of 0305653 of 305852 of 305896);
- € 150,00 na 36 raadplegingen (codes 305616 of 0305653 of 305852 of 305896).

2) Zonder de goedkeuring van de adviserend geneesheer wordt slechts één tegemoetkoming van € 150 voor één enkele behandeling na 6 maanden gewaarborgd voor alle rechthebbenden.

3) Een tussenkomst van 50% wordt toegekend in het remgeld voor een vastgestelde vroege orthodontische behandeling bij kinderen jonger dan 9 jaar, die goedgekeurd is door de adviserend geneesheer (codes 305933 en 305955 van artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

Voorwaarde: de terugbetaling geschiedt op grond van het voorleggen van de nodige bewijsstukken van de orthodontist erkend door het RIZIV.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Wachttijd : 0 maand

r) Aansluiting bij een sportclub

Een jaarlijkse tegemoetkoming van € 60,00 wordt toegekend voor de aansluiting bij een sportclub.

In ieder geval zal het bedrag van de tegemoetkoming beperkt moeten worden tot het bedrag dat werkelijk voor de aansluiting bij een sportclub werd betaald.

Voorwaarden :

• het moet om één van de volgende sporttakken gaan : atletiek, badminton, honkbal, basketbal, bowling, dansen (ballet inbegrepen), duiken, gevechtssporten, gewichtheffen, golf, gymnastiek, handbal, hockey, kaatsen, kanovaren, kajak, kegelspel, muurklimmen, korfbal, mountainbike, oriëntatiewandeling, paardrijden, hengelsport, petanque, roeien, rugby, schaatsen, schermen, ski, squash, tennis, tafeltennis, triatlon, voetbal, volleybal, wandelen, fietsen, yoga, zwemmen (evenals watergewinning voor baby's), boogschieten, karabijnschieten, krachtbal, de sporttakken voor andersvaliden en, meer in het algemeen, de olympische sporten en de sporten erkend door het I.O.C.

• het moet gaan om een aansluiting :

- tijdens een sportseizoen bij een sportclub die is erkend door een nationale, provinciale, regionale of gemeentelijke federatie;
 - bij een fitnesscenter dat erkend is door één van de officiële federaties;
 - bij een organisatie die erkend is voor het organiseren van initiatieprogramma's inzake joggen of lopen.
- voor elke sport die per beurt wordt beoefend, gebeurt de terugbetaling voor zover er ten minste 10 beurten onder begeleiding worden gepresteerd.
 - de tussenkomst wordt slechts toegekend aan personen die op het ogenblik van de betaling van het lidgeld aan de sportclub, in regel zijn wat de bijdragen betreft inzake aanvullende verzekering van het ziekenfonds.

Rechthebbenden: de effectieve leden en hun personen ten laste.

Wachttijd : 0 maand

s) Leningen / Voorschotten

▪ Sociaal Z.I.V.

Een renteloze lening van maximum € 750,00 wordt uitsluitend toegekend in het raam van de sociale zekerheid (geneeskundige verzorging, voorschotten aan ziekenhuizen en klinieken, arbeidsongeschiktheid), voor de weduwen en weduwnaars gedurende de periode van het in orde brengen van de pensioensdossier. De lening is terugbetaalbaar in maximum 10 maandelijkse stortingen.

De dossierkosten vastgesteld op 1% van het geleende bedrag zullen geïnd worden met de eerste terugbetaling.

De aanvrager dient een formulier "Leningsaanvraag" in te vullen en te ondertekenen. Deze aanvraag dient vergezeld te zijn van bewijsstukken.

Het bedrag van de lening verzocht door de aanvrager wordt systematisch toegekend binnen de grenzen van de beschikbare middelen en voor zover het maximum toegestane bedrag of het effectieve betaalde bedrag niet wordt overschreden.

Toekenningvoorwaarde : maandelijks bruto-inkomen lager dan het gemiddeld maandelijks minimuminkomen vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst n° 43 van 2 mei 1988.

Wachttijd : 0 maand.

▪ Studenten

Een renteloze lening van maximum € 370,00 wordt toegekend aan de studenten van het post-secundair onderwijs, in het kader van de sociale zekerheid (gezondheidszorgen, voorschotten klinieken).

De lening is terugbetaalbaar in maximum 10 maandelijkse stortingen. De dossierkosten vastgesteld op 1% van het geleende bedrag zullen geïnd worden met de eerste terugbetaling.

De aanvrager dient een formulier "Leningsaanvraag" in te vullen en te ondertekenen. Deze aanvraag dient vergezeld te zijn van bewijsstukken.

Het bedrag van de lening verzocht door de aanvrager wordt systematisch toegekend binnen de grenzen van de beschikbare middelen en voor zover het maximum toegestane bedrag of het effectieve betaalde bedrag niet wordt overschreden.

Toekenningvoorwaarden : maandelijks bruto-inkomen lager dan het gemiddeld maandelijks minimuminkomen vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst n° 43 van 2 mei 1988. De betaling wordt toegekend aan de bijdragebetalende gerechtigde.

Wachttijd : 0 maand.

▪ Invaliditeit

Een renteloze lening van maximum € 370,00 wordt toegekend aan personen die erkend zijn als invalide.

De lening is terugbetaalbaar in maximum 10 maandelijkse stortingen.

De lening zal teruggevorderd worden op de betaling van de invaliditeitsuitkering van de desbetreffende maand. De dossierkosten vastgesteld op 1% van het geleende bedrag zullen geïnd worden met de eerste terugbetaling.

De aanvrager dient een formulier "Leningsaanvraag" in te vullen en te ondertekenen. Deze aanvraag dient vergezeld te zijn van bewijsstukken.

Het bedrag van de lening verzocht door de aanvrager wordt systematisch toegekend binnen de grenzen van de beschikbare middelen en voor zover het maximum toegestane bedrag of het effectieve betaalde bedrag niet wordt overschreden.

Toekenningvoorwaarden : maandelijks bruto-inkomen lager dan het gemiddeld maandelijks minimuminkomen vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst n° 43 van 2 mei 1988.

Wachttijd : 0 maand.

t) Sociale dienst

Doel :

De sociale dienst heeft tot doel aan elk lid die een aanvraag indient, een sociale en psychosociale hulp aan te bieden met als doelstelling de kritieke toestand die zijn ontwikkeling belemmert te boven te komen of te verbeteren.

Voordelen :

Deze dienst biedt volgende voordelen aan:

- Onthaal, luisteren, naar de meest geschikte oplossing zoeken voor de moeilijkheden van het leven.
- Informatie omtrent de rechten en plichten en advies verstrekken inzake wetgeving eigen aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering maar eveneens wat de sociale wetgeving in het algemeen betreft.
- Administratieve hulp, van welke aard ook.

- Doorverwijzen naar een vereniging die zich bezig houdt met diensten en zorgen aan huis, geschikt voor de noden van het lid (leveringen van maaltijden aan huis, gezinsondersteuning, ter beschikking stellen van paramedici erkend door de vzw "Solidariteit voor het gezin").

Begunstigden en voorwaarden:

Deze dienst is toegankelijk voor al de leden die hiertoe een aanvraag indienen, zonder andere financiële deelname dan de betaling van de bijdrage met betrekking tot deze dienst. Met dien verstande dat de dienst, geleverd door de persoon of de vereniging naar dewelke de begunstigde werd gestuurd, uitsluitend ten laste is van de betrokken begunstigde.

u) Tegemoetkoming ziekte

1) Haarprothese :

Er wordt een eenmalige tussenkomst toegekend van € 50,00 aan patiënten die een haarprothese nodig hebben na chemotherapie of radiotherapie, op voorschrift van een arts.

De tussenkomst wordt beperkt tot de prijs die is betaald, na aftrek van het bedrag dat is terugbetaald in het kader van de verplichte verzekering.

Toekenningsvoorwaarde : voorleggen van de factuur en van het medisch bewijsstuk.

2) Vakanties voor mindervaliden :

Er wordt een tussenkomst toegekend voor vakanties die speciaal zijn georganiseerd voor fysiek of verstandelijk mindervaliden met een minimum van 66% handicap door een organisme hierin gespecialiseerd en die beschikt over een aangepaste omkadering die is erkend door het ministerie bevoegd in de materie. De tussenkomst is beperkt tot € 250,00 per kalenderjaar.

Toekenningsvoorwaarde : indienen van het hiertoe bestemde attest, volledig ingevuld door de organisator van het verblijf.

3) Begeleiding van een gehospitaliseerde patiënt

Er wordt een dagelijkse uitkering toegekend van € 7,00 (met een maximum van 20 dagen per kalenderjaar) voor de begeleidende overnachting door een ouder in de kamer van een kind jonger dan 12 jaar in geval van een ziekenhuisopname of van een mindervalide met een erkende handicap voor meer dan 66% in geval van een ziekenhuisopname.

Toekenningsvoorwaarde : voorleggen van de originele hospitalisatiefactuur met een gedetailleerd overzicht van de verblijfskosten voor de ouder in kwestie.

artikel 39. De vordering tot betaling van de prestaties bedoeld bij artikel 38 verjaart na twee jaar te tellen vanaf het ogenblik dat de gebeurtenis die, op grond van de statuten, aanleiding geeft tot het toekennen van een voordeel zich heeft voorgedaan.

Hoofdstuk V - Bijdragen

artikel 40.

Aanvullende diensten

De bijdragen voor de diensten voorzien in de statuten zijn forfaitair en variëren naargelang de persoonlijke situatie van de aangeslotene, in functie van volgende categorieën:

1° een mutualistisch gezin, alleenstaande.

2° een mutualistisch gezin met een persoon ten laste.

3° een mutualistisch gezin met twee personen ten laste.

4° een mutualistisch gezin met meer dan twee personen ten laste.

De tabel van de jaarlijkse bijdragen is in bijlage van de statuten toegevoegd.

De bijdrage is € 0,00 voor de personen bedoeld in art. 37 §19 5° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, m.a.w. de kinderen die getroffen zijn door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66%. Deze ongeschiktheid wordt vastgesteld door een geneesheer van de Directie-generaal Personen met een handicap van de Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid .

Hoofdstuk VI - Fondsen, gebruik en beheer van deze fondsen

artikel 41. De fondsen van het ziekenfonds voor de aanvullende diensten, die als goed huisvader dienen beheerd te worden, worden als volgt verdeeld :

- Administratief centrum (code 98/2);
- Logopedie;
- Pedicure;
- Dringend ziekenvervoer;
- Niet-dringend ziekenvervoer;
- Geboorte – adoptie;
- Jeugd;
- Herstelkuren;

- Pediatrie;
- Baby's;
- Preventie;
- Toekomstige mama's;
- Sociaal fonds;
- Psychologie;
- Optiek;
- Zolen;
- Alternatieve geneeskunde;
- Orthodontische behandelingen;
- Aansluiting bij een sportclub;
- Leningen / Voorschotten;
- Sociale dienst;
- Tegemoetkoming ziekte;

artikel 42. Elke dienst ontvangt de bijdragen, de toelagen van de overheid, de giften, legaten, verschillende inkomsten en opbrengsten die voor hem bestemd zijn.

artikel 43. De rekeningen worden op 31 december van elk jaar afgesloten door de Raad van bestuur, die ze aan de algemene vergadering moet voorleggen.

artikel 44. Het ziekenfonds als mandataris van de Landsbond beschikt bovendien over kapitalen in de wettelijke regeling van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

artikel 45. Zowel de kapitalen worden beheerd overeenkomstig de wettelijke en reglementaire voorschriften. De kapitalen mogen in geen geval onttrokken worden aan het doel waarvoor ze uitdrukkelijk door de statuten zijn bestemd.

Hoofdstuk VII - Samenwerking

artikel 46.

- a) Met het oog op de verwezenlijking van de oogmerken die in artikel 2 van deze statuten worden omschreven, kan het ziekenfonds samenwerken met publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen behalve voor de diensten bedoeld in het koninklijk besluit van 5 november 2002 tot uitvoering van artikel 43, § 2, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.
- b) Hiertoe wordt een schriftelijk samenwerkingsakkoord gesloten, dat melding maakt van het doel en de wijze van samenwerking, alsook van de rechten en verplichtingen die hieruit voortvloeien voor de leden en hun personen ten laste voortvloeien.
- c) Het samenwerkingsakkoord en de wijzigingen ervan worden door de algemene vergadering goedgekeurd of opgezegd en aan de Controledienst toegestuurd. De Raad van bestuur brengt jaarlijks aan de algemene vergadering verslag uit over de uitvoering van de gesloten akkoorden, alsook over de wijze van aanwending van de middelen die daarvoor door het ziekenfonds werden verstrekt.

Hoofdstuk VIII - Ontbinding

artikel 47. Het ziekenfonds kan ontbonden worden bij een beslissing van de algemene vergadering die daartoe speciaal wordt bijeengeroepen.

De bepalingen van de artikelen 10, 11 en 12, § 2 en 3, van de wet van 6 augustus 1990 zijn hierop van toepassing.

De convocatie vermeldt :

1. - de redenen van de ontbinding;
2. - de financiële toestand van het ziekenfonds;
3. - de bestemming van de maatschappelijke kapitalen;
4. - de vormen en voorwaarden van de liquidatie.

artikel 48. De algemene vergadering die tot de ontbinding van het ziekenfonds besluit, wijst onder de revisoren, leden van het Instituut der Bedrijfsrevisoren, één of meer vereffenaars aan overeenkomstig de voorschriften van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990.

artikel 49.

- a) Bij ontbinding van het ziekenfonds worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.
 - b) Bij stopzetting of ontbinding van één of meer diensten bedoeld in artikel 3, b van de wet van 6 augustus 1990 beslist de algemene vergadering over de toewijzing van de overblijvende activa.
- De overblijvende activa moeten bij voorrang worden aangewend ten gunste van de leden.

Hoofdstuk IX- Wijzigingen van de statuten - gevallen waarin de statuten niet voorzien zijn -
Huishoudelijk reglement

artikel 50. De statuten kunnen gewijzigd worden op initiatief van de Raad van bestuur.

De Raad van bestuur is echter verplicht elk voorstel van statutenwijziging dat door ten minste vijf bestuurders wordt gesteund, aan de algemene vergadering voor te leggen.

De statuten van het ziekenfonds kunnen alleen gewijzigd worden door de algemene vergadering, die hiertoe bijeengeroepen wordt en beraadslaagt overeenkomstig de bij de wet en de statuten bepaalde vormen. Er kan alleen tot een statutenwijziging besloten worden indien de helft van de leden aanwezig is en de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet is bereikt, kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden, waarvan de beslissingen rechtsgeldig zijn ongeacht het aantal aanwezige leden.

artikel 51. Behalve in geval van overmacht of urgentie moet de tekst met voorstellen tot statutenwijzigingen ten minste 8 kalenderdagen vóór de algemene vergadering aan de afgevaardigden worden gestuurd.

De afgevaardigden kunnen deze voorstellen amenderen. De tekst van de amendementen moet ten minste 2 dagen vóór de datum van de algemene vergadering aan de voorzitter van de Raad van bestuur van het ziekenfonds gestuurd worden.

Hoofdstuk X : Van kracht worden

artikel 52

Deze statuten worden van kracht op 1 januari 2019

De Secretaris

J.-L. THIEFFRY

De Voorzitter

M. BECKERS

Tabel van de jaarlijkse bijdragen op 1 januari 2019

Codes	DIENSTEN	BIJDRAGEN
	MUTUALITEIT	
15	Overige verrichtingen	107,64
37	Sociale dienst	0,36
98/1	Administratief centrum : verdeelcentrum	-
98/2	Administratief centrum : reserve administratiekosten verplichte verzekering	16,92
	TOTAAL MUTUALITEIT	124,92
	Landsbond : dringende verzorging	4,32
	NZ Vakanties	2,52
	JAARLIJKSE BIJDRAGE	131,76