

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} octobre 2019

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été :

- décidées par l'assemblée générale de la Mutualité 206 le **10/09/2019**
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le **24/10/2019**

La Mutualité 206 « Fédération Libre des Mutualités Neutres » est affiliée :

- à l'Union Nationale des Mutualités Neutres, dont les statuts sont disponibles sur son site internet, à l'adresse
<http://www.mutualites-neutres.be/status/public>
- à la Neutrale Zorgkas Vlaanderen, dont les statuts sont disponibles sur son site internet, à l'adresse
<http://www.symbio.be/infos-legales>

Mutualité 206
"Fédération Libre des Mutualités Neutres"
établie à Woluwe-Saint-Lambert



-
Reconnue par arrêté royal du 30 décembre 1919
(Moniteur belge du 15 février 1920)

-
STATUTS
-

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités et ses arrêtés d'exécution;
Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
Vu la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

Après délibération, l'Assemblée générale réunie le 10 septembre 2019 à Molenbeek-Saint-Jean, a décidé, aux quorums de présences et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la mutualité comme suit :

Chapitre Ier. Constitution - dénomination - buts - siège social et champ d'activité de la mutualité

article 1. Une fédération mutualiste a été établie à Bruxelles le 1er juillet 1863 sous la dénomination : "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles et ses faubourgs". Elle a adopté successivement les dénominations suivantes : "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles, ses faubourgs et les communes limitrophes" homologuée par arrêté royal du 26 février 1931;

"Fédération libre des mutualités neutres de Bruxelles et environs" homologuée par arrêté royal du 26 juin 1959;

"Fédération libre des mutualités neutres" homologuée par arrêté royal du 25 février 1965;

"Fédération libre des mutualités neutres - Vrij verbond der neutrale mutualiteiten" homologuée par arrêté royal du 1er. juillet 1969.

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité peut utiliser les abréviations suivantes : "F.L.M.N.", "V.V.N.M.", Mutualité Neutre de Bruxelles, Neutraal Ziekenfonds van Brussel, Mutualité Neutre, Neutraal Ziekenfonds, La Mutualité Neutre, Het Neutraal Ziekenfonds, "MUT206", Symbio.

article 2. Les buts de la mutualité sont :

a) Dans le cadre de l'article 3 a) et c) de la loi du 6 août 1990: la participation à l'exécution de l'assurance maladie obligatoire, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'union nationale auprès de laquelle elle est affiliée depuis 1886 et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité l'amène à se porter garante du remboursement des prestations de santé, tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres ou à leurs personnes à charge, soit directement soit par le biais du tiers payant.

D'autre part, la mutualité se portera aussi garante du paiement des indemnités aux travailleurs invalides ou aux indépendants invalides, du paiement des indemnités de maternité et de l'allocation pour frais funéraires ainsi que l'information, la guidance et l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou de l'article 3, alinéa 1^{er}, c), de la loi du 6 août 1990.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'union nationale. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'union nationale.

b) Dans le cadre de l'article 3 b) et c) de la même loi: l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à leurs affiliés et à leurs personnes à charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

Mutualité

- Logopédie;
- Pédicure;
- Transports urgents de malades;
- Transports non urgents de malades;
- Naissance - adoption;
- Jeunesse;
- Convalescence;
- Pédiatrie;
- Bébé;
- Prévention;
- Futures mamans;
- Fonds social;
- Psychologie;
- Optique;
- Semelles;

- Médecines alternatives;
- Traitements orthodontiques;
- Affiliation à un club sportif;
- Prêts / avances;
- Interventions malades.

Dans le cadre de l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 des services ni-ni sont organisés :

Mutualité

- Centre administratif (code 98/2);
- Service social (code 37).

Union Nationale des Mutualités Neutres.

En ce qui concerne les services organisés par l'Union Nationale, il y a lieu de se référer à l'article "2" des statuts de ladite entité mutualiste et ce, tenant compte que les services organisés pour notre Mutualité sont obligatoires pour tous les membres effectifs. Tous les services précités, à l'exception de ceux de l'Union Nationale, sont organisés par la Mutualité.

article 3. Le siège de la mutualité est établi à Woluwe-Saint-Lambert et son champ d'activité comprend tout le territoire national. La mutualité s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique ainsi qu'aux :

- personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge;
- militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujettis à l'assurance obligatoire.

article 4. La mutualité est affiliée auprès de l'union nationale des mutualités neutres, établie à Saint-Gilles (Bruxelles).

Chapitre II - Affiliation - démission et exclusion - catégories de membres

article 5.

§ 1^{er} Une personne peut s'affilier auprès de la mutualité:

1° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, a), de la loi du 6 aout 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services:

- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- de l'Union Nationale des Mutualités Neutres auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- de la société mutualiste "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" ou de la "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise" ou de la "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne", auprès desquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la réglementation régionale dont elle relève.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.

2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes:

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI);

est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est

soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994;

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer;
- elle a droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur;
- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette personne est d'office affiliée aux services de l'Union Nationale des Mutualités Neutres auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;

§ 2. Durant une période d'internement ou de détention, la personne, qui est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé est considérée, pour l'application du § 1^{er}, 1°, comme n'étant pas affiliée à la mutualité, sauf manifestation expresse de la volonté de rester affiliée aux services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

§ 3. La personne qui est, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, affiliée auprès de la mutualité au moins pour les services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire, et a en outre, la possibilité:

- de participer le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à l'épargne prénuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée;
- de s'affilier à la société mutualiste "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" ou de la "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise" ou de la "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne", auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue possible en vertu de la réglementation régionale dont elle relève;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance Neutra, auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

§4. Chaque titulaire qui souhaite s'affilier à l'assurance obligatoire ou aux services et opérations proposés doit également affilier ses personnes à charge.

article 6.

PRISE DE COURS DE L'AFFILIATION A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

On entend par « assurance complémentaire » de la mutualité : les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services de la mutualité visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

L'affiliation aux services de l'assurance complémentaire prend cours :

1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois d'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire du mois au cours duquel elle acquiert une des qualités visées à l'article 32, 1° à 16° et 20° à 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

- 2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;
- 3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription
- 5° pour une personne visée à l'article 5, § 1er, 2°, ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d'une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 6° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

article 7.

TYPES DE MEMBRES

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, une personne affiliée à la mutualité peut être:

- 1° soit un membre qui peut bénéficier d'un avantage de ces services ;
- 2° soit un membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de ces services est suspendue ;
- 3° soit un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée.

Le paiement ou le non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire a également des conséquences au niveau :

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ; il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres;
- de la possibilité de bénéficier de la couverture d'assurance que le membre a souscrite auprès de la société mutualiste d'assurances Neutra, et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances ; il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances.

Le paiement ou le non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire n'a aucune conséquence en ce qui concerne le droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il ne peut y avoir de compensation entre des cotisations de l'assurance complémentaire impayées et des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 2 Le membre qui peut bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire

Il s'agit du membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6 :

- 1° pour le mois au cours duquel l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit.

A cet égard, le membre qui est en ordre de cotisations pour les services concernés depuis au moins 24 mois est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour ces services pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Lorsque le membre a été affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire depuis plus de 24 mois, et qu'il a été en ordre de cotisations pour les services concernés pour cette période, il est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés, pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Lorsque le membre a été affilié pour la première fois à une mutualité belge en qualité de titulaire depuis moins de 24 mois, et qu'il a été en ordre de cotisations pour les services concernés depuis la prise de cours de son affiliation, il est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Le membre qui, au 31 décembre 2018, peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour le premier trimestre de 2019.

- 2° pour la période de 23 mois qui précède.

Si la personne s'est affiliée pour la première fois en qualité de titulaire auprès d'une mutualité belge moins de 23 mois avant le mois de l'événement visé au 1^o, elle doit y avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, pour l'entière de la période d'affiliation qui précède l'événement visé sous 1^o.

Si, durant la période de référence visée au présent point 2^o, la personne :

a) a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, elle doit, pour pouvoir bénéficier de l'avantage en question, avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, dans chacune des mutualités, pour les mois durant lesquels elle y était affiliée en qualité de titulaire durant cette période;

b) n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

i^o à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

- le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;

- le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

ii^o à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous b, i^o.

Dans le calcul de la période de référence visée au présent point 2^o, les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Le membre qui était affilié en qualité de personne à charge pendant une partie de la période de référence visée au présent point 2^o et qui, depuis qu'il est devenu titulaire durant cette période de référence, est en ordre de cotisations, est présumé être en ordre de cotisations pour l'entière de cette période de référence et, jusqu'à preuve du contraire, pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1^{er} janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

§ 3. Le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^{ème} mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.

Pour l'application de l'alinéa précédent:

1^o les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne a perdu sa qualité de titulaire au sens précité et est devenue personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées;

2^o les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1^{er}, la personne a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, les mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaires durant l'affiliation en qualité de titulaire dans une mutualité précédente sont pris en considération pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1^{er}, la personne n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

1^o à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

- le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés;
- le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue ne pourra bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire qu'après paiement de l'entièreté des cotisations dues pour la période de 23 mois concernée et pour le mois au cours duquel l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit.

§ 4. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

- 1° les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne perd sa qualité de titulaire au sens précité et devient personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées.
- 2° les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Si, durant la période visée à l'alinéa 1^{er}, la personne a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, les mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaires durant l'affiliation en qualité de titulaire dans une mutualité précédente sont pris en considération pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

Si, durant la période visée à l'alinéa 1^{er}, la personne n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;
 - 2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;
- 2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée ne pourra à nouveau bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire au sens de l'article 5 qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

La période de 24 mois visée à l'alinéa précédent est suspendue :

- 1° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Lorsqu'un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée a été, durant la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5, affilié sans interruption auprès de différentes mutualités

belges en qualité de titulaire, les 24 mois se comptent à partir du 1^{er} jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

En cas d'interruption de l'affiliation auprès d'une mutualité belge en tant que titulaire après le début de la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5, la période d'interruption suspend ladite période de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage des services de l'assurance complémentaire ; cette suspension ne peut toutefois pas dépasser cinq ans.

article 8.

REMBOURSEMENT DES AVANTAGES DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE PERÇUS INDUMENT

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 5, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Cette prescription n'est pas appliquée lorsque l'octroi indu d'interventions financières et indemnités a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Chapitre III- Organes de la mutualité

Section 1 - L'Assemblée générale

Composition

article 9. L'assemblée générale se compose d'un délégué par 500 membres tels que définis à l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, avec un minimum de 20 délégués.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge, majeurs ou émancipés en Belgique, pour une période de six ans, renouvelable.

Les membres et les personnes à charge peuvent élire des représentants suppléants à l'assemblée générale.

Chaque membre de l'Assemblée Générale peut, en cas d'empêchement, donner procuration à un autre membre de l'Assemblée Générale. Chaque personne ne peut toutefois être porteuse que d'une seule procuration au maximum.

Circonscriptions

article 10. En vue de l'élection des délégués à l'assemblée générale, la mutualité est répartie en une circonscription électorale, à savoir : le siège de la mutualité à Etterbeek.

Font partie de cette circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge qui relèvent de cette circonscription.

article 11. Au sein de la circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote élisent le nombre de représentants proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale selon les quotas de l'article 9, alinéa 1.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

article 12. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'assemblée générale:

- a) il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- b) il faut être majeur ou émancipé;
- c) il faut être en ordre de cotisation;
- d) s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité.

Pour pouvoir être élus et rester délégués à l'assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- a) avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent;
- b) être de bonne conduite et ne pas être privés des droits civils;
- c) être affiliés depuis au moins six années à l'assurance complémentaire de la mutualité avant la date d'élection et être en ordre de cotisation;
- d) s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être affilié à l'assurance complémentaire et être en ordre de cotisation auprès de la mutualité;
- e) ne pas occuper ou avoir occupé un emploi rétribué auprès d'une mutualité ou d'une Union nationale, y compris les membres de leur famille au 1er degré. Un délégué peut, à titre de dérogation, être une personne qui aurait occupé un emploi rétribué, à temps plein à la mutualité "206", Fédération libre des mutualités neutres pour autant qu'il aurait exercé les fonctions de secrétaire général, de secrétaire, de directeur général ou de directeur au sein de la mutualité.

Procédure électorale

article 13. Les membres et leurs personnes à charge majeures ou émancipées sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité :

- 1) de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat;
- 2) de la date limite pour soumettre les candidatures;
- 3) des dates qui découlent de la procédure électorale.

article 14. Les candidatures doivent être adressées au président de la mutualité par lettre recommandée.

La candidature doit être soutenue par trois signatures d'électeurs de la circonscription. Chaque signataire ne pourra soutenir qu'un candidat.

Le président qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 12 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

article 15. Une liste des candidats effectifs est établie. Le Conseil d'administration de la mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur les listes.

article 16. La date des élections ainsi que la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être communiquées aux membres et aux personnes ayant droit de vote par le canal des publications dans un délai maximum de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

Les élections commencent au plus tard dans les trente jours suivant cette communication.

Bureaux électoraux

article 17. L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un président, d'un secrétaire et de deux assesseurs. Le bureau électoral est composé au plus tard 30 jours avant le début des élections.

Le président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'administration.

Le secrétaire est désigné par le président parmi les membres du personnel de la mutualité. Les candidats à l'élection ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.

Le bureau électoral prend les mesures nécessaires afin de garantir le déroulement régulier des élections.

Le président désigne, en outre, un secrétaire parmi les membres du personnel de la mutualité afin de contrôler les procédures électorales dans le bureau électoral.

Etablissement des listes électorales

article 18. Les listes électorales sont établies par circonscription.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Des listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral. Ces listes mentionnent le nom, les prénoms, les numéros de membre et l'adresse de chaque électeur.

Les listes d'électeurs sont définitivement clôturées à la fin du trimestre qui précède le trimestre au cours duquel commence la procédure électorale.

Le vote

article 19. Le vote est libre. Le vote se déroule par correspondance ou dans le bureau de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur.

Les électeurs ayant droit de vote et résidant dans une commune avec bureau électoral sont obligés de voter dans le bureau de vote. Les personnes concernées peuvent toutefois voter par correspondance en demandant par écrit un bulletin de vote. Une convocation et un bulletin de vote seront envoyés aux électeurs n'habitant pas dans une commune avec bureau de vote. L'électeur doit être informé par le canal des publications destinées aux affiliés, de l'endroit où se trouvent les bureaux de vote et des dates et heures auxquelles il est possible de voter.

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné par le bureau électoral (voir article 17, dernier alinéa), note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie qu'ils figurent sur les listes d'électeurs.

Après la fermeture du bureau de vote, le délégué du bureau électoral transmet le jour même les bulletins de vote au président du bureau électoral, ceci dans une urne scellée.

article 20. Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote. Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

Si l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste a été déterminé par le Conseil d'administration, conformément à l'article 15 et si l'électeur est d'accord au sujet de l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en tête de liste.

Dépouillement des bulletins de vote

article 21. Le bureau de vote procède au dépouillement des bulletins de vote dans les sept jours ouvrables suivant la période d'élection.

Les représentants sont élus en fonction du nombre de voix obtenues.

Les voix de têtes de listes sont réparties parmi les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis. Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale.

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin.

Exemption d'organiser des élections

article 22. Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus (voir articles 14 et 15 de l'arrêté royal du 7 mars 1991).

article 23. Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après la clôture de la période d'élection.

Le candidat qui conteste le résultat peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

article 24. Un exemplaire du règlement électoral et des publications visés aux articles 13, 16 et 23 des présents statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

article 25. La nouvelle assemblée générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale. Un recours auprès de l'Office de contrôle suspend la période de trente jours.

Elle peut élire au maximum cinq conseillers à l'assemblée générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Les membres de la direction de la mutualité peuvent assister à l'assemblée générale avec voix consultative.

Compétence de l'assemblée générale

article 26. L'assemblée générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 de la loi du 6 août 1990 et suivant les modalités fixées aux articles 16,17 et 18 de cette même loi.

L'assemblée générale peut déléguer ses compétences au Conseil d'administration pour décider des adaptations de cotisations. Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Section 2 - Election des représentants pour l'assemblée générale de l'union nationale

article 27. La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'union nationale comprend 1 délégué par 4000 membres.

article 28. Les délégués et leurs suppléants sont élus par l'assemblée générale. L'appel aux candidatures est lancé lors de la convocation de l'assemblée générale qui délibère de cette élection. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au président de la mutualité au plus tard 15 jours calendrier avant la tenue de ladite assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut proposer une liste de candidats.

article 29. Le vote est secret. Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix. Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint à la date fixée par la tenue de l'assemblée générale, il est convoqué une deuxième assemblée générale qui délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents.

Section 3 - Conseil d'administration

article 30. Le Conseil d'administration de la mutualité est composé d'au moins 10 membres et au maximum 14 membres, dont 2 mandats réservés aux personnes de sexe féminin, et au maximum un quart de personnes rémunérées par la mutualité ou l'union nationale.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut :

a) être majeur et de bonne conduite vie et mœurs;

b) être affilié depuis au moins six ans avant la date d'élection à l'assurance complémentaire de la Mutualité et être en règle de cotisation ;

c) ne pas occuper ou avoir occupé un emploi rétribué auprès d'une mutualité ou d'une Union nationale, y compris les membres de leur famille au 1er degré. Un administrateur peut, à titre de dérogation, être une personne qui occupe ou aurait occupé un emploi rétribué à temps plein à la mutualité "206", Fédération libre des mutualités neutres pour autant qu'il exerce ou aurait exercé les fonctions de secrétaire général, secrétaire, directeur général ou de directeur.

Il ne faut toutefois pas faire partie de l'assemblée générale.

Le mandat des membres du Conseil d'administration est honorifique, des jetons de présence ou remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus.

article 31. Le Conseil d'administration est élu par les membres de l'assemblée générale pour une durée de 6 ans.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au président du Conseil d'administration. Le président établit la liste de candidatures valablement introduites.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin. Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions.

Le Conseil d'administration peut élire au maximum cinq conseillers. Ils ont une voix consultative.

Les membres de la direction de la mutualité peuvent participer au Conseil d'administration avec voix consultative.

En cas d'empêchement, un administrateur peut donner procuration à un autre administrateur. Toutefois, chaque personne ne peut être porteuse de d'une seule procuration au maximum.

article 32. Le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine assemblée générale. L'administrateur ainsi élu commence un nouveau mandat de six ans.

La démission, la révocation ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'assemblée générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration de la mutualité.

Est révoqué et considéré comme démissionnaire par l'assemblée générale, à la majorité des 2/3 présents, après avoir été entendu, l'administrateur qui aura été absent cinq fois consécutives sans motif justifié.

Le Conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

article 33. Le Conseil d'administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'assemblée générale. Ils se réunissent au moins deux fois par an. A l'exception de la fixation des cotisations, le conseil d'administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs ou au Comité Permanent dont les membres sont désignés par le Conseil d'administration en son sein ou au secrétaire général et / ou au directeur général s'ils ont la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

article 34. Le Conseil d'administration élit en son sein un président, un ou deux vice-présidents, un secrétaire et un trésorier. Ces cinq membres constituent le Comité permanent. Annuellement, le Comité Permanent fait rapport au Conseil d'Administration sur ses activités de l'année écoulée.

Pour être élu au Comité Permanent, il ne faut pas occuper ou avoir occupé un emploi rétribué auprès d'une mutualité ou d'une Union nationale, y compris les membres de leur famille au 1er degré. Un membre du Comité Permanent peut, à titre de dérogation, être une personne qui occupe ou aurait occupé un emploi rétribué à temps plein à la mutualité "206", Fédération libre des mutualités neutres pour autant qu'il exerce ou aurait exercé les fonctions de secrétaire général, secrétaire ou directeur général.

Le Conseil d'administration délègue sous sa responsabilité, les actes relevant de la gestion journalière au secrétaire général ou le cas échéant au directeur général pour autant qu'ils aient la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

article 35. Le président surveille et assure l'exécution des statuts et des règlements spéciaux. Il est chargé de la police des assemblées, il signe tous les actes, décisions ou délibérations et représente la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques. Conjointement ou individuellement, le président, le secrétaire général et le directeur général représentent la mutualité, y compris dans ses rapports avec les autorités publiques. Ils accomplissent tout acte et diligences nécessaires et utiles à ces fins. Il donne les ordres pour les réunions du Conseil d'administration et les convocations des assemblées générales.

Le président est en outre chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à la mutualité. Pour cela, il peut cependant déléguer ses pouvoirs à toute autre personne membre du Conseil d'administration ou du personnel administratif de la mutualité à qui il donnera procuration.

L'un des deux vice-présidents remplace éventuellement le président absent ou empêché; il seconde le président dans toutes ses fonctions.

article 36. Le secrétaire fait toutes les écritures requises, il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives.

A l'exception de la signature des procès-verbaux, ces tâches peuvent être confiées par le Conseil d'Administration au secrétaire général ou, le cas échéant, au directeur général s'ils ont la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

article 37. Le trésorier est responsable, vis-à-vis du Conseil d'administration, des finances de la mutualité, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques, ainsi que de la situation financière.

A chaque assemblée générale, il fait rapport de la situation financière.

Le trésorier est assisté par le responsable des services financiers.

Chapitre IV - Les services organisés par la mutualité.

article 38.

Pour ses membres et personnes à leur charge, la mutualité organise les services visés à l'article 2 des présents statuts selon les modalités déterminées ci-après et dans la mesure des ressources disponibles.

La garantie est en principe égale pour chaque affilié. Certains services peuvent cependant concerner un public déterminé.

En conformité avec l'article 67, alinéa 1^{er}, g), de la loi du 26 avril 2010, le montant total de l'intervention en cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire ne sera pas inférieur pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §§1^{er}, 2, ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celle octroyée aux autres membres.

Centres administratifs

(98/1)

Le centre administratif visé sous le code (98/1), distinct du service administratif (98/2) mentionné ci-dessous, a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé y seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur base de clés objectives. A l'issue de l'exercice comptable, ce centre administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.

(98/2)

Ce service a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service. Les produits et charges déterminés par l'Office de contrôle sont également attribués au service administratif.

Services complémentaires organisés par la Mutualité

a) Logopédie

Une intervention de € 5,00 par séance est octroyée pour les traitements de logopédie non remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire. Avec un plafond de 75 séances (€ 375,00) par année civile et par bénéficiaire.

Conditions :

- le remboursement est effectuée sur base d'un document établi par un (une) logopède reconnu(e) par l'INAMI reprenant les honoraires perçus et les dates des séances ;
- ne pas rentrer dans les critères de remboursement prévus par l'assurance obligatoire.

Bénéficiaires : les membres effectifs et leurs personnes à charge.

Stage : 0 mois

b) Pédicure

Ce service accorde une seule intervention de maximum € 5,00 par mois avec un maximum de € 25,00 par année civile.

Condition : produire un reçu délivré par un(e) pédicure reconnu(e).

Bénéficiaires : les membres effectifs et leurs personnes à charge.

Stage : 0 mois.

c) Transports urgents de malades

Une intervention de 75% est octroyée dans le coût du transport urgent en hélicoptère. Le plafond par bénéficiaire est fixé à € 500,00 par année civile. L'intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de transport en hélicoptère organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente visée à l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, sera portée en diminution de l'intervention octroyée pour ce service.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Conditions :

- présenter la facture originale;
- remettre un certificat médical circonstancié justifiant l'urgence du transport;
- le transport doit être effectué vers un milieu hospitalier et sur le territoire national ;
- les remboursements doivent être demandés directement par les affiliés.

Stage : 0 mois

d) Transports non urgents de malades

1) En ambulance ou véhicule médico-sanitaire léger :

La mutualité accorde une intervention dans le coût du transport non urgent de malades en ambulance ou véhicule médico-sanitaire léger, à raison de maximum € 15,00. Celle-ci ne peut être supérieure au coût du transport. Un plafond de € 120,00 par année civile est fixé par bénéficiaire.

Ce service intervient pour les transports effectués vers et depuis un milieu hospitalier, un centre de soins reconnus par l'INAMI ou un établissements de convalescence.

2) En taxi :

La mutualité accorde une intervention de € 0,25 par kilomètre dans le coût d'un transport de malade en taxi. L'intervention est limitée à € 30,00 par trajet aller-retour. Celle-ci ne peut être supérieure au coût du transport. Un plafond annuel de € 200,00 par année civile est fixé par bénéficiaire.

Ce service intervient pour les transports effectués vers un milieu hospitalier ou un centre de soins reconnus par l'INAMI, vers les établissements de convalescence reconnus par la mutualité et vers le cabinet d'un médecin spécialiste.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Conditions :

- Présenter la facture originale du transporteur ou un justificatif des frais de taxi pour les transports repris au point 1 et 2;
- Il est également précisé que le service n'intervient que si les bénéficiaires du transport sont dans l'impossibilité de se déplacer par leurs propres moyens ou incapables d'utiliser les transports en commun en raison de leur état de santé.
- L'intervention s'effectue après déduction de toute intervention légale en assurance obligatoire ou toute autre réglementation.
- Les remboursements doivent être demandés directement par les affiliés.

Stage : 0 mois

e) Naissance – adoption

Une prime est accordée lors de la naissance ou lors de l'adoption d'un enfant de moins de dix-huit ans au parent titulaire. Le montant de la prime est de € 350,00 pour un premier enfant et de € 250,00 à partir du second enfant.

Conditions : - produire un extrait d'acte de naissance ou d'adoption

- l'enfant doit être inscrit à charge d'un ménage mutualiste au sein de notre entité.

- le parent concerné doit avoir la qualité de membre effectif de la mutualité au jour de la naissance ou de l'adoption

Stages : 0 mois

f) Jeunesse

1) Loisirs jeunes :

Les enfants de minimum 3 ans ayant séjourné en plaine de jeux, participé à des stages sportifs ou à des camps de vacances, ont droit à une intervention de maximum € 100,00 par année civile.

Pour pouvoir jouir de ladite intervention, les enfants doivent faire partie d'un ménage mutualiste en ordre de cotisation au jour de la dépense qui fait naître la possibilité de bénéficier de l'intervention pour les activités dont question à l'alinéa 1^{er}.

Stage : 0 mois.

Age limite : 18 ans.

Condition : fournir la preuve de paiement accompagnée d'une attestation de l'organisateur.

2) Psychomotricité :

Une intervention de € 12,00 par séance est octroyée pour les séances de psychomotricité des enfants de moins de 14 ans avec un maximum de € 120,00 par année civile.

Condition : fournir un justificatif de l'organisateur reprenant le montant payé et les dates des séances.

g) Convalescence

Ce service alloue une intervention de € 15,00 par nuitée, aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge qui sont affaiblis consécutivement à une hospitalisation, pour les séjours de convalescence.

Conditions :

- présenter un certificat médical circonstancié;
- la durée du séjour est de minimum 7 et de maximum 14 nuitées, possibilité de prolongation jusqu'à 21 jours sur base d'un certificat médical circonstancié;
- une seule cure par affection et par an, octroyée par bénéficiaire;
- la cure doit débuter dans les 15 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation

- le service médical de la mutualité doit marquer son accord quant à la nécessité et la durée de la cure de convalescence. L'accord est donné pour toutes les maladies entraînant un degré de dépendance s'il y a présence de trois critères d'aides partiel et/ou un critère de dépendance complète pour les actes de la vie de tous les jours (s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se laver, orientation).

Stage : 0 mois

h) Pédiatrie

La Mutualité intervient, pour les enfants de 0 à 18 ans, dans la prise en charge des tickets modérateurs légaux des soins ambulatoires pour les consultations et les visites effectuées par des médecins généralistes ou spécialistes et les prestations réalisées par les paramédicaux, reconnus par l'INAMI.

Conditions :

- les enfants âgés de 3 ans et plus doivent disposer d'un dossier médical global ouvert près d'un médecin généraliste agréé;
- l'intervention est octroyée sur présentation d'un formulaire délivré par la Mutualité dûment complété et signé par le(s) prestataire(s). Seuls, les codes nomenclatures énumérés ci-dessous sont pris en considération :

✓ Médecins généralistes et spécialistes – 101010 à 109012;

✓ Dentistes – 301011 à 304964 ;

✓ Kinésithérapeutes – 560011 à 564255;

✓ Infirmières – 425014 à 426414.

Stage : 0 mois

i) Bébés

1) Une intervention de maximum € 75,00 par an est octroyée dans les frais de langes et de lait infantile pour l'enfant inscrit à charge du titulaire en assurance obligatoire, et ce jusqu'au 3^{ème} anniversaire. Le titulaire doit être affilié à notre assurance complémentaire au moment de l'achat.

Condition : présenter les preuves d'achats.

2) Une intervention intégrale est accordée dans le coût du dépistage néonatal de la surdité du nourrisson réalisé à la maternité.

Conditions : - présenter la facture reprenant l'honoraire perçu ;

- le nouveau-né doit être inscrit à charge du titulaire en assurance obligatoire.

Stage : 0 mois

j) Prévention

Une intervention est octroyée dans le cadre de la prévention du cancer et de l'éducation à la santé :

1) Bilan santé

Une intervention de maximum € 25,00 par année civile, toutes maladies confondues, est accordée dans la quote-part à charge du patient pour les honoraires réclamés dans le cadre des examens de dépistage suivants :

▪ Cancer du sein : prestations de mammographie telles que définies à l'article 17, §1^{er} (1^o gynécologie-obstétrique) de la nomenclature des soins de santé ainsi que pour les honoraires forfaitaires et de consultation s'y rapportant (article 17, §1^{er}, 12^o divers).

▪ Cancer de la prostate : dépistage par toucher rectal.

▪ Cancer colorectal : test de recherche de sang occulte dans les selles et la consultation médicale s'y rapportant, ainsi que la colonoscopie totale (article 20, §1 de la nomenclature des soins de santé).

▪ Ostéoporose : dépistage par ostéodensitométrie.

▪ Diabète de type II : consultation chez un médecin spécialiste en diabétologie.

▪ Maladies cardiovasculaires : consultation et actes techniques chez un médecin spécialiste en cardiologie.

Condition : présenter le formulaire adéquat dûment complété et signé par le prestataire de soins.

Bénéficiaires : titulaire et personnes à charge.

Stage : 0 mois

Stage : 0 mois

2) Diabète

▪ Matériel : la mutualité met à disposition gratuite des patients diabétiques qui en font la demande du matériel d'auto surveillance, à savoir un glucomètre tous les 3 ans et 100 tiges par année civile.

▪ Consultation diététique pour diabétique : la mutualité accorde un remboursement de € 10,00 une seule fois par année civile.

▪ Séance de podologie pour diabétique : la mutualité accorde un remboursement de € 10,00 par séance avec un maximum de 2 séances par année civile;

▪ Prestations spéciales pour diabétique (onychoplastie, orthonyxie et orthoplastie) : la mutualité accorde un remboursement de € 10,00 une seule fois par année civile.

Condition : présenter la facture accompagnée d'un certificat médical.

Bénéficiaires : titulaires et personnes à charge.

Stage : 0 mois

3) Vaccins

Une intervention maximale de € 25,00 par année civile par bénéficiaire est octroyée dans les frais de vaccins. Ladite intervention est limitée à 50% du montant restant à charge de l'assuré après intervention éventuelle de l'Assurance-Maladie-Invalidité.

Conditions : l'intervention ne peut être octroyée que si le vaccin ou traitement est reconnu en Belgique.

Présenter le reçu avec mention du prix payé et le libellé du produit;

Stage : 0 mois

▪ Vaccins préventifs contre le papillomavirus humain

Une intervention de € 150,00 est accordée dans le coût de vaccins préventifs contre le papillomavirus humain, non remboursés par l'assurance obligatoire mais reconnus en Belgique, à raison de € 50,00 par traitement.

Condition : présenter le reçu BVAC du pharmacien

Stage : 0 mois

▪ Immunothérapie

Une intervention de 50% du prix d'achat avec un maximum de € 75,00 par année civile, ce pour maximum 3 années consécutives et limitée à une fois dans la vie du bénéficiaire, est accordée dans les frais de l'immunothérapie allergénique (ITA) pour autant que l'allergie ait été attestée par un médecin reconnu par l'INAMI et formé en allergologie (ORL, pneumologue, dermatologue ou pédiatre).

Condition : présenter le formulaire mis à disposition par la mutualité dûment complété et signé par le médecin, accompagné des documents BVAC émis par la pharmacie.

Stage : 0 mois

4) Diététique

Une intervention de € 10,00 par séance est octroyée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge dans le coût du traitement diététique auprès d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e), un médecin nutritionniste ou pour le suivi effectué par l'association "Weight Watchers". Une intervention de € 25,00 sera également octroyée par année civile pour un bilan d'un diététicien ou d'un nutritionniste.

Conditions :- maximum 4 séances par année civile;

- présenter un justificatif reprenant les honoraires perçus par le (la) diététicien(ne), le médecin nutritionniste ou par l'association "Weight Watchers".

Stage : 0 mois

5) Contraception et Ménopause

Féminin

Une intervention dans le coût d'un traitement contraceptif ou d'un traitement hormonal de substitution (THS) pour traiter les symptômes de la ménopause est accordée aux membres ayant la qualité de titulaire ou de personne à charge.

• Traitement 1 :

Montant de l'intervention maximale par année civile : € 40,00 (préservatifs achetés en pharmacie, pilule contraceptive, anneau vaginal, injection, patch contraceptif, médicament reconnu comme THS par le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique « CBIP »).

Condition : présenter l'attestation de fourniture reprenant le cachet du pharmacien ou le reçu BVAC émis par la pharmacie.

• Traitement 2 :

Montant de l'intervention maximale par période de 24 mois : € 120,00 (stérilet, implant).

Condition : présenter l'attestation de fourniture délivrée par le pharmacien.

Stage : 0 mois

Masculin

Une intervention maximale de € 40,00 par année civile est accordée aux membres ayant la qualité de titulaire ou de personne à charge pour les préservatifs achetés en pharmacie.

Condition : sur présentation du reçu BVAC émis par la pharmacie.

Stage : 0 mois

6) Sevrage tabagique

Une intervention dans le coût des médicaments de sevrage tabagique (patchs compris) est octroyée à concurrence de € 20,00 par traitement et avec un plafond de 3 interventions par vie.

Condition : sur présentation du reçu BVAC émis par la pharmacie.

k) Futures mamans

Une intervention de € 3,00 par séance avec un maximum de 15 séances par grossesse est octroyée pour les séances de kinésithérapie périnatale.

Stage : 0 mois

Condition : fournir la preuve de paiement accompagnée d'un justificatif médical.

l) Fonds social

Bénéficiaires

Le fonds social vise à octroyer une intervention financière aux bénéficiaires qui sont confrontés à des frais en conséquence de leur état de santé, d'un traitement médical ou de soins.

Conditions

Entrent en considération pour une intervention:

- des frais en conséquence de l'état de santé, d'un traitement médical ou de soins;
- qui ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention dans le cadre de l'assurance soins ou de la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé;
- après déduction de l'intervention payée ou encore à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le fonds des maladies professionnelles et de toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, organisme ou institution;
- qui ont été encourus durant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention;
- le montant des cotisations mutualistes personnelles pour une année civile au maximum.

Les frais pour traitement médical ou soins entrent uniquement en considération à condition que la nécessité médicale du traitement ou des soins puisse être démontrée au moyen d'une attestation du médecin spécialiste traitant.

En cas d'hospitalisation, les suppléments qui sont dus en raison du choix pour un séjour dans une chambre à un lit n'entrent pas en ligne de compte.

Intervention

L'intervention prévue dans ce service:

- est limitée à un maximum de € 150,00 par dossier;
- est limitée à un maximum de € 500,00 par année civile.

On entend par "dossier" au sens du présent article: tous les frais qui sont la conséquence d'un même état de santé, d'un même traitement ou des mêmes soins. Dès que les frais se rapportent à ou sont la conséquence d'un nouvel état de santé, d'un nouveau traitement médical ou de nouveaux soins, un nouveau dossier est ouvert.

Pièces justificatives

L'intervention est octroyée sur présentation:

- d'une demande par le bénéficiaire;
- de factures, notes de frais qui attestent desdits frais.

m) Psychologie

Une intervention de € 10,00 par séance est accordée dans le coût d'un traitement psychologique auprès d'un(e) licencié(e) en psychologie. Un plafond de maximum 6 séances par année civile est fixé.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Condition : présenter un justificatif reprenant les honoraires perçus par le(a) licencié(e) en psychologie.

Stage : 0 mois.

n) Optique

1) Fourniture optique :

Une intervention est accordée pour du matériel optique délivré par un opticien agréé, un pharmacien ou un ophtalmologue. On entend par fourniture optique : monture, verres correcteurs ou lentilles de contact correctrices.

Montant de l'intervention pour les bénéficiaires jusqu'au 18^{ème} anniversaire :

- monture : une intervention de € 25,00 renouvelable tous les 4 ans est accordée pour la monture de lunettes (cette intervention peut également être accordée pour toute fourniture optique non prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie), cette intervention est portée à € 50,00 pour la première monture.
- fourniture optique prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie reconnu par l'INAMI: une intervention de € 50,00 renouvelable tous les 2 ans est accordée pour la fourniture optique.

Montant de l'intervention pour les bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire :

- monture : une intervention de € 25,00 renouvelable tous les 4 ans est accordée pour la monture de lunettes (cette intervention peut également être accordée pour toute fourniture optique non prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie).
- fourniture optique prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie reconnu par l'INAMI: une intervention de € 50,00 renouvelable tous les 4 ans est accordée pour la fourniture optique.

Conditions :

- présenter la facture de l'opticien reprenant l'honoraire perçu, le détail de la fourniture délivrée et les valeurs de dioptrie pour les verres et les lentilles ;
- si la fourniture a été prescrite : présenter la prescription médicale établie par un médecin spécialiste en ophtalmologie reconnu par l'INAMI;
- l'intervention sera toutefois limitée au montant réellement supporté par le bénéficiaire après déduction du remboursement de l'assurance obligatoire.

2) Méthode Laser ou ultrasons

Une intervention unique de € 200,00 (€ 100,00 par œil) est octroyée en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons.

Conditions :

- le remboursement aura lieu sur présentation des justificatifs originaux, délivrés par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI.
- l'intervention sera toutefois limitée au montant réellement supporté par le bénéficiaire après déduction du remboursement de l'assurance obligatoire ou toute autre réglementation.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Stage : 0 mois

o) Semelles

Une intervention de € 10,00 par année civile est octroyée pour une consultation chez un posturologue.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Condition : présenter un justificatif du prestataire reprenant les honoraires perçus et la prescription médicale d'un médecin reconnu par l'INAMI.

Stage : 0 mois.

p) Médecines alternatives

1) Homéopathie :

Une intervention de 50% du prix d'achat et pour un maximum de € 75,00 par an et par bénéficiaire est accordée dans le prix des médicaments homéopathiques.

Conditions :

- les médicaments homéopathiques doivent être prescrits par un docteur en médecine reconnu par l'INAMI;
- les médicaments doivent être délivrés par un pharmacien et répondre aux critères suivants : il doit s'agir d'une dilution de minimum 10.000 ou s'agir de préparations orales.

2) Consultations et visites de prestataires des pratiques non conventionnelles :

Une intervention de € 10,00 est octroyée par visite ou consultation, et pour un maximum de € 100,00 par an et par bénéficiaire pour des prestataires des pratiques non conventionnelles, à savoir : l'homéopathie, l'anthroposophie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, la kinésiologie, la sophrologie, réflexologie, naturopathie, microkinésithérapie et l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur.

Conditions :

- remettre un reçu du prestataire de soins mentionnant l'honoraire payé et la date de prestation ;
- lorsque le prestataire de pratiques non conventionnelles a également la qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI et lorsque la prestation donne droit à un remboursement en assurance obligatoire et en assurance complémentaire, le remboursement en assurance complémentaire ne peut se faire sur base de l'attestation de soins (ou d'une copie de celle-ci) émise par le prestataire en sa qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI mais sur la base de la remise d'un document distinct.
- Le prestataire sera également reconnu s'il a soit soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit apporté la preuve de son affiliation à une organisation professionnelle d'une des pratiques reprises ci-dessus. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. La liste est reprise en annexe et est également consultable sur le web à l'adresse suivante : www.symbio.be/assets/01012019P.xlsx.

La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la Mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

- l'intervention ne peut être supérieure au prix payé par le bénéficiaire.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Stage : 0 mois.

q) Traitements orthodontiques

1) Une intervention de maximum € 750,00, complémentaire à celle de l'assurance obligatoire prévue à l'article 5 de la nomenclature des soins de santé, est accordée pour un seul traitement orthodontique. Pour ce faire, le traitement orthodontique doit avoir été accordé par le médecin-conseil et le remboursement est payable comme suit :

- € 150,00 lors du placement de l'appareil (code 0305631);
- € 150,00 après 6 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150,00 après 12 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150,00 après 30 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150,00 après 36 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896).

2) Une intervention unique de €150,00 est accordée pour les traitements orthodontiques effectués sans l'accord du médecin-conseil, à l'issue de 6 mois de traitement.

3) Une intervention de 50% dans le coût du ticket modérateur pour les prestations attestées dans le cadre du traitement orthodontique de première intention chez les enfants de moins de 9 ans et accordées par le médecin-conseil (codes 305933 et 305955 de l'article 5 de la nomenclature des soins de santé).

Condition : le remboursement a lieu sur base de la production des justificatifs de l'orthodontiste reconnu par l'INAMI.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Stage : 0 mois.

r) Affiliation à un club sportif

Une intervention annuelle de € 60,00 est accordée pour l'affiliation à un club sportif. Dans tous les cas, le montant de l'intervention devra être limité au montant réellement payé pour l'affiliation à un club sportif.

Conditions :

- il doit s'agir de l'un des sports suivants : l'athlétisme, le badminton, le base-ball, le basket, le bowling, la danse (en ce compris le ballet), la plongée, le sport de combat, l'haltérophilie, le golf, la gymnastique, le handball, le hockey, la balle-pelote, le canoë, le kayak, le jeu de quilles, l'escalade, le « korfbal », le vélo tout-terrain, la marche d'orientation, l'équitation, la pêche, la pétanque, l'aviron, le rugby, le patinage, l'escrime, le ski, le squash, le tennis, le tennis de table, le triathlon, le football, le volley, la marche, le cyclisme, le yoga, la natation (ainsi que les bébés nageurs), le tir à l'arc, le tir à la carabine, le kin-ball, les sports pour moins valides et de façon plus générale, les sports olympiques et ceux reconnus par le C.I.O.
- il doit s'agir d'une affiliation à :
 - une saison sportive auprès d'un club sportif reconnu par une fédération nationale, provinciale, régionale ou communale ;
 - un centre de fitness reconnu par une des fédérations officielles ;
 - auprès d'une organisation reconnue en matière d'organisation de programmes d'initiation au jogging ou d'initiation à la course.
- pour tout sport à la séance, le remboursement s'effectue pour autant qu'il y ait un minimum de 10 séances sous accompagnement.
- l'intervention n'est octroyée qu'aux personnes qui, au moment du paiement de l'affiliation au club sportif, sont en règle de cotisation aux services d'assurance complémentaire de la mutualité.

Bénéficiaires : membres effectifs et leurs personnes à charge.

Stage : 0 mois.

s) Prêts / Avances

▪ Social A.M.I.

Un prêt de maximum € 750,00, sans intérêts, est accordé exclusivement dans le cadre de la "sécurité sociale" (soins de santé, acomptes aux hôpitaux et cliniques, incapacité de travail, veuves et veufs dans l'attente de la régularisation du dossier "pension"). Le prêt est remboursable en maximum 10 mensualités. Les frais de dossier fixés à 1% du montant emprunté seront facturés en supplément lors du premier remboursement.

Le demandeur doit compléter et signer un formulaire "demande de prêt". Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives.

Le montant du prêt sollicité par le demandeur est accordé systématiquement dans la limite des ressources disponibles et pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximum autorisé ou le montant effectivement payé par ce dernier.

Condition d'octroi : le revenu mensuel brut ne peut excéder le revenu minimum mensuel moyen énoncé dans la convention collective de travail n°43 du 2 mai 1988.

Stage : 0 mois

▪ Etudiants

Un prêt de maximum € 370,00, sans intérêts, est accordé aux étudiants de l'enseignement post-secondaire dans le cadre de la sécurité sociale (soins de santé, acomptes aux hôpitaux).

Le prêt est remboursable en maximum 10 mensualités. Les frais de dossier fixés à 1% du montant emprunté seront facturés en supplément lors du premier remboursement.

Le demandeur doit compléter et signer un formulaire "demande de prêt". Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives.

Le montant du prêt sollicité par le demandeur est accordé systématiquement dans la limite des ressources disponibles et pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximum autorisé ou le montant effectivement payé par ce dernier.

Condition d'octroi : le revenu mensuel brut ne peut excéder le revenu minimum mensuel moyen énoncé dans la convention collective de travail n°43 du 2 mai 1988. Le paiement est effectué exclusivement au titulaire cotisant.

Stage : 0 mois

▪ Invalidité

Une avance de maximum € 370,00, sans intérêts, est accordée aux personnes reconnues invalides.

Le prêt est remboursable en maximum 10 mensualités.

L'avance sera récupérée sur le paiement des indemnités d'invalidité. Les frais de dossier fixés à 1% du montant emprunté seront facturés en supplément lors du premier remboursement.

Le demandeur doit compléter et signer un formulaire "demande de prêt". Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives.

Le montant du prêt sollicité par le demandeur est accordé systématiquement dans la limite des ressources disponibles et pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximum autorisé ou le montant effectivement payé par ce dernier.

Condition d'octroi : le revenu mensuel brut ne peut excéder le revenu minimum mensuel moyen énoncé dans la convention collective de travail n°43 du 2 mai 1988.

Stage : 0 mois

t) Service social

Objet :

Le service social vise à offrir à chaque membre, qui en fait la demande, une aide sociale et psychosociale destinée à surmonter ou à améliorer les situations critiques qui entravent son épanouissement.

Avantages :

Ce service offre les avantages suivants :

- Accueil, écoute et recherche des solutions les plus appropriées face aux difficultés de la vie.
- Information des droits et obligations et conseils en matière de législation propre à l'assurance maladie invalidité mais également à la législation sociale en général.
- Aide dans les démarches administratives quelles qu'elles soient.
- Orientation vers une organisation de « services et soins à domicile » appropriée aux besoins de l'affilié (livraison de repas à domicile, aide familiale, mise à disposition de paramédicaux reconnus par l'«ASBL Solidariteit voor het gezin»).

Bénéficiaires et conditions :

Ce service est accessible à tous les membres qui en font la demande, sans participation financière autre que le paiement de la cotisation relative à ce service. Etant précisé que le service presté par la personne ou l'organisme vers lesquels le bénéficiaire est éventuellement dirigé, est quant à lui à charge exclusive dudit bénéficiaire.

u) Interventions malades

1) Prothèses capillaires :

Une intervention unique de € 50,00 est accordée aux patients ayant subi une chimiothérapie ou une radiothérapie nécessitant le placement d'une prothèse capillaire prescrite par un médecin.

L'intervention est limitée au prix payé, déduction faite du remboursement de l'assurance obligatoire.

Condition d'octroi : sur présentation de la facture accompagnée d'un justificatif médical.

2) Vacances handicapés :

Une intervention est octroyée dans les séjours de vacances spécialement organisés pour handicapés physiques ou mentaux à plus de 66 % par un organisme possédant une certaine spécialisation en la matière, disposant d'un encadrement adéquat et reconnu par le ministère compétent. L'intervention est plafonnée à € 250,00 euros par année civile

Condition d'octroi : présenter l'attestation prévue à cet effet dûment complétée par l'organisateur du séjour.

3) Accompagnement d'un patient hospitalisé :

Une indemnité journalière de € 7,00 (avec un maximum 20 jours par année civile) est octroyée pour la présence d'un parent au chevet d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé ou d'un handicapé hospitalisé reconnu à plus de 66%.

Condition d'octroi : sur présentation de la facture d'hospitalisation originale détaillant les frais de séjour pour le parent concerné.

article 39.

L'action en paiement des prestations prévues à l'article 38 se prescrit par deux ans à compter du moment où l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

Chapitre V- Cotisations

article 40.

Services complémentaires

Les cotisations pour les services énoncés dans les présents statuts sont forfaitaires et varient selon la situation personnelle de l'affilié, selon les catégories reprises ci-après :

- 1° un ménage mutualiste isolé.
- 2° un ménage mutualiste avec une personne à sa charge.
- 3° un ménage mutualiste avec deux personnes à sa charge.
- 4° un ménage mutualiste avec plus de deux personnes à sa charge.

Le tableau des cotisations annuelles est joint en annexe des présents statuts.

La cotisation s'élève à € 0,00 pour les personnes visées à l'art. 37 §19 5° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, c'est-à-dire les enfants qui sont atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%. Cette incapacité est constatée par un médecin de la Direction Générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale.

Chapitre VI - Fonds, emploi et gestion de ces fonds

article 41. Les fonds de la mutualité pour les services complémentaires, lesquels doivent être gérés en bon père de famille, sont répartis comme suit :

- Centre administratif (code 98/2);
- Logopédie;
- Pédicure;
- Transports urgents de malades;
- Transports non urgents de malades;
- Naissance - adoption;
- Jeunesse;
- Convalescence;
- Pédiatrie;
- Bébés;

- Prévention;
- Futures mamans;
- Fonds social;
- Psychologie;
- Optique;
- Semelles;
- Médecines alternatives;
- Traitements orthodontiques;
- Affiliation à un club sportif;
- Prêts/Avances;
- Service social;
- Interventions malades.

article 42. Chaque service est alimenté par les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les dons, legs, recettes et produits divers qui lui sont destinés.

article 43. Les comptes sont clôturés au 31 décembre de chaque année, par les soins du Conseil d'administration qui doit les soumettre à l'assemblée générale.

article 44. La mutualité en sa qualité de mandataire de l'union nationale dispose en outre de fonds dans le régime légal de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

article 45. Les fonds sont gérés conformément aux dispositions légales et réglementaires.
Les fonds ne peuvent en aucun cas être distraits du but que leur assignent expressément les statuts.

Chapitre VII - C o l l a b o r a t i o n

article 46.

- a) En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, la mutualité peut collaborer avec les personnes juridiques de droit public ou de droit privé sauf pour les services visés par l'arrêté royal du 5 novembre 2002 portant exécution de l'article 43, §2, alinéa 2 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.
- b) A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres et les personnes à leur charge.
- c) L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'assemblée générale et transmis à l'Office de contrôle. Le Conseil d'administration fait annuellement rapport à l'assemblée générale sur l'exécution des accords conclus ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

Chapitre VIII - D i s s o l u t i o n

article 47.

La mutualité peut être dissoute par une décision de l'assemblée générale spécialement convoquée à cet effet.
Les dispositions des articles 10, 11 et 12, §§ 2 et 3 de la loi du 6 août 1990 sont d'application dans ce cas.

La convocation mentionne :

1. - les motifs de la dissolution;
2. - la situation financière de la mutualité;
3. - l'affectation des fonds sociaux;
4. - les formes et les conditions de la liquidation.

article 48.

L'assemblée générale qui décide de la dissolution de la mutualité désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 32 de la loi du 6 août 1990.

article 49.

- a) En cas de dissolution de la mutualité, les actifs résiduels sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit de ses membres.
- b) En cas de cessation et de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3, b de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale décide de l'affectation des actifs résiduels.
Ces actifs résiduels doivent être affectés en priorité au profit des membres.

Chapitre X - Modifications des statuts - cas non prévus par les statuts - règlement d'ordre intérieur

article 50.

Les statuts peuvent être modifiés à l'initiative du Conseil d'administration.

Toutefois, le Conseil d'administration est tenu de soumettre à l'assemblée générale toute proposition de modification aux statuts appuyée par 5 administrateurs au moins.

Les statuts de la mutualité ne peuvent être modifiés que par l'assemblée générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la loi et les statuts. Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres sont présents et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

article 51.

Le texte des propositions de modifications aux statuts, sauf cas de force majeure ou d'urgence, doit être envoyé aux délégués au moins 8 jours calendrier avant l'assemblée générale.

Les délégués peuvent présenter des amendements à ces propositions. Leur texte devra parvenir au président du Conseil d'administration de la mutualité au plus tard 2 jours avant la date fixée pour la réunion.

Chapitre X- Entrée en vigueur

article 52.

Ces statuts entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2019

Le Secrétaire

J.-L. THIEFFRY

Le Président

M. BECKERS

Tableau des cotisations au 1er janvier 2019

Codes	SERVICES	COTISATIONS
	MUTUALITE	
15	Autres opérations	107,64
37	Service social	0,36
98/1	Centre administratif : centre de répartition	-
98/2	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	16,92
	TOTAL MUTUALITE	124,92
	Union Nationale : SUE	4,32
	MN Vacances	2,52
	TOTAL ANNUEL	131,76