



Ziekenfonds : Liberale Mutualiteit Plus (417)
Kalkoven 22 – 1730 Asse – Tel 0800 17 417
Ondernemingsnummer : 0411 817 755

Statuten

Gecoördineerde versie van kracht op 1 juli 2019

- Bij beslissing van de algemene vergadering op 17 juni 2019 werd de gecoördineerde versie van de statuten, ingaand op 1 juli 2019, gewijzigd.
- op 12 september 2019 werden deze wijzigingen aan de statuten zonder voorbehoud goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Het ziekenfonds is aangesloten bij :

- De Landsbond van Liberale Mutualiteiten waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website ervan met het volgende adres : <http://www.LMPlus.be/>;
- De Maatschappij van onderlinge bijstand, Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen. De statuten van die maatschappij van onderlinge bijstand zijn beschikbaar op de website van het ziekenfonds met het volgende adres : <http://www.LMPlus.be/>.
- De regionale maatschappij van onderlinge bijstand, Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région Wallonne. De statuten van die maatschappij van onderlinge bijstand zijn beschikbaar op de website van het ziekenfonds met het volgende adres : <http://www.LMPlus.be/>.
- De regionale maatschappij van onderlinge bijstand, de Regionale Maatschappij van onderlinge bijstand van de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De statuten van die maatschappij van onderlinge bijstand zijn beschikbaar op de website van het ziekenfonds met het volgende adres : <http://www.LMPlus.be/>.

Ziekenfonds

LIBERALE MUTUALITEIT Plus

Vestigingsplaats : Asse
Ziekenfondsnummer : 417
Ondernemingsnummer : 0411 817 755
Ingangsdatum statuten : 1 juli 2019

STATUTEN

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten.

Gelet op de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering (I) en haar uitvoeringsbesluiten.

Heeft de algemene vergadering op 17 juni 2019 na beraadslaging en met bij de wet vereist aantal stemmen, beslist de statuten van Liberale Mutualiteit Plus als volgt vast te leggen.

HOOFDSTUK 1

STICHTING – BENAMING

Artikel 1

Ingevolge fusie tussen ziekenfondsen, goedgekeurd in :

- de bijzondere algemene vergadering van de Liberale Mutualiteit – Vlaams Gewest op 16 juni 2018;
- de bijzondere algemene vergadering van de Liberale Mutualiteit Limburg op 18 juni 2018;
- de bijzondere algemene vergadering van de Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen op 18 juni 2018;
- de bijzondere algemene vergadering van de Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen op 13 juni 2018,

wordt het ziekenfonds met de benaming “Liberale Mutualiteit Plus” gevormd.

Deze fusie behelst :

- 1) Liberale Mutualiteit – Vlaams Gewest
Gesticht te Asse op 8 juli 1963 onder de benaming "Verbond van Vrije Mutualiteiten". De erkenning gebeurde bij Koninklijk Besluit van 13 november 1963, Belgisch Staatsblad van 30 november 1963.
Bij Koninklijk Besluit van 22 februari 1974, Belgisch Staatsblad van 9 maart 1974, werd die hierna volgende tweetalige benaming bekrachtigd : "Verbond van Vrije Mutualiteiten" en "Fédération des Mutualités Libres".
Op 1 januari 1989 nam het mutualiteitsverbond de hierna volgende benaming aan : "Verbond van Liberale Mutualiteiten". Gezien het mutualiteitsverbond het ganse Belgische grondgebied als werkgebied heeft, mocht eveneens de Franstalige benaming worden gebruikt, zijnde "Fédération des Mutualités Libérales".
Bij beslissing van de algemene vergadering van 3 december 1990 werd de benaming, vanaf 1 januari 1991, aangepast als hierna "Liberale Mutualiteit – Vlaams Gewest" en "Mutualité Liberale – Région Flamande".
- 2) Liberale Mutualiteit Limburg
Gesticht te St.Truiden op 23 juni 1912 onder de benaming “Vrij Verbond der Erkende Maatschappijen van Onderlingen Bijstand der Provincie Limburg”. De erkenning gebeurde bij Koninklijk Besluit van 20 december 1912, Belgisch Staatsblad van 30 en 31 december 1912.
De benaming “Verbond der Liberale Mutualiteiten, Limburg” werd bekrachtigd bij Koninklijk Besluit van 19 maart 1959.
De benaming “Verbond der Vrije Mutualiteiten van Limburg” werd bij Koninklijk Besluit van 21 november 1964 bekrachtigd.
Op 1 januari 1986 nam het ziekenfonds de benaming aan : “Verbond van Liberale Mutualiteiten van Limburg”.
Bij beslissing van de Algemene Vergadering van 2 december 1991 werd de nieuwe benaming “Liberale Mutualiteit Limburg” aangenomen.
- 3) Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen
Gesticht te Kortrijk op 19 april 1909 onder de benaming “Bond van Onderlinge Bijstand der Arrondissementen Kortrijk - Ieper”. Een nieuwe benaming “Verbond der Maatschappijen van Onderlinge Bijstand der Arrondissementen Kortrijk – Ieper werd bekrachtigd bij K.B. van 3 februari 1939.
Bij beslissing van de algemene vergadering van 3 juni 1991 werd met ingang van 1 juli 1991 de benaming veranderd in “Liberaal Ziekenfonds”.
Een tweede ziekenfonds is gesticht te 8000 Brugge op 9 april 1922 onder de benaming “Liberale Bond van de Ziekenkassen van het arrondissement Brugge”.
Bij Koninklijk Besluit van 16 januari 1952 nam het de volgende benaming “Liberale Bond der Ziekenkassen van de arrondissementen Brugge – Oostende” aan.
Bij Koninklijk Besluit van 8 januari 1962 kreeg het de volgende benaming: “Verbond van West-Vlaamse Liberale Ziekenkassen”.
Bij beslissing van de algemene vergadering van 22 april 1991 werd met ingang van 22 april 1991 de benaming veranderd in West-Vlaams Liberaal Ziekenfonds.

Het West-Vlaams Liberaal Ziekenfonds trad, ingevolge artikel 69, 1° van de wet van 6 augustus 1990, vanaf 1 januari 1994 in de rechten en de verplichtingen van het voormalig Liberaal Ziekenfonds en het West-Vlaams Liberaal Ziekenfonds op grond van artikel 3, lid 3 van de wet van 23 juni 1894 houdende herziening van de wet van 3 april 1851 op de maatschappijen voor onderlinge bijstand, opgeheven bij artikel 76 van de wet van 6 augustus 1990 en gelet op artikel 44 van de wet op de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Bij beslissing van de algemene vergadering van 20 november 2006 werd met ingang van 1 januari 2007 de benaming veranderd in Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen.

4) Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen

Gesticht te Antwerpen op 4 oktober 1925 onder de benaming “Federatie der Vrijzinnige Mutualiteiten van de Provincie Antwerpen”.

Bij Koninklijk Besluit van 6 juli 1967 werd de volgende benaming “Federatie van Vrijzinnige Mutualiteiten van de Provincie Antwerpen” bekrachtigd.

Bij Koninklijk Besluit van 6 maart 1973 werd de volgende benaming bekrachtigd : Federatie van Liberale Mutualiteiten van de Provincie Antwerpen.

De huidige benaming luidt “Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen”.

In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van volgende afkorting “LM Plus”.

HOOFDSTUK 2

DOELSTELLINGEN

Artikel 2

De doeleinden van het ziekenfonds zijn :

- A. In het kader van artikel 3, eerste lid, a) van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen : het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waartoe het ziekenfonds de toelating werd gegeven door de landsbond waarbij het is aangesloten.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen brengt mee dat het ziekenfonds instaat voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de betalende derde, van de geneeskundige verstrekkingen, verstrekt aan de leden of hun personen ten laste, zowel op het vlak van verstrekkingen artsen, tandartsen en paramedici, alsmede verstrekkingen en opnames in medico-sociale instellingen aan de leden of hun personen ten laste.

Het ziekenfonds zal ook instaan voor de uitbetaling van de uitkeringen aan de arbeidsongeschikte werknemers en zelfstandigen, het uitbetalen van de uitkeringen wegens moederschaprust, alsmede voor de voorlichting, begeleiding en bijstand die met deze activiteiten gepaard gaan.

Al deze werkzaamheden en de controle erop gebeuren in uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geschiedt onder de verantwoordelijkheid van de landsbond. Het ziekenfonds gaat de verbintenis aan zich te houden aan de bepalingen van de wet, de statutaire bepalingen en de richtlijnen van de landsbond.

- B. In het kader van artikel 3, eerste lid, b) en c) van de wet van 6 augustus 1990 gewijzigd door de wet van 26 april 2010 houdende de diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) en artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende de diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering : het toekennen van tussenkomsten, voordelen en uitkeringen aan hun leden en hun personen ten laste, het betoelagen van socio-sanitaire structuren, het financieren van collectieve acties en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met betrekking tot :

Verrichtingen :

- 15/01 kindverzorging
- 15/02 dagopvang, herstel- en zorgverblijven
- 15/03 ziekenvervoer
- 15/04 voetverzorging
- 15/05 uitleendienst
- 15/06 sociaal fonds "zwaar getroffen leden"
- 15/07 voordelen bij geboorte en adoptie
- 15/08 medische hulpmiddelen
- 15/09 gezondheidsopvoeding en -promotie
- 15/10 jeugddienst
- 15/11 diverse medische verstrekkingen

Diensten die noch verrichting noch verzekering zijn :

- 37/01 periodieke informatie aan de leden
- 37/02 dienst maatschappelijk werk
- 37/03 regionaal dienstencentrum
- 38/01 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur jeugd
- 38/02 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur gepensioneerden/gehandicapten/invaliden
- 38/03 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw J-Club De Knapzak – La Besace
- 38/04 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Creafun
- 38/05 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw West-Vlaams Liberaal Sociaal fonds
- 38/06 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw J-Club De Panne

- 38/07 (geschrapd)
- 38/08 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Sportievak
- 38/09 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Provinciaal Verbond van West-Vlaamse Willemfondsafdelingen
- 38/10 dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Gezondheidsschool
- 93 dienst financiering collectieve acties patrimonium
- 98/02 dienst financiering collectieve acties administratief centrum

De aansluiting bij deze diensten heeft een verplicht karakter. De prestaties in het kader van de diensten en verrichtingen worden aangeboden volgens de beschikbare middelen.

- C. Het afsluiten van samenwerkingsakkoorden.
- D. De leden en hun personen ten laste de statutaire voordelen te laten genieten verleend door de Landsbond waarbij het is aangesloten, en eveneens de facultatieve diensten aan te bieden van de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand V-MOB Hospitaal-Plus, Livornostraat 25, 1050 Brussel en de maatschappij van onderlinge bijstand MOB Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten, Livornostraat, 25, 1050 Brussel, en het innen van de bijdragen.
- E. De bijdrage te innen voor het reservefonds ingericht door de Landsbond.
- F. In het kader van artikel 68, 1° van de wet van 26 april 2010 en artikel 1, 3° van de wet van 27 maart 1995 : het ten opzichte van leden verrichten van activiteiten van verzekeringsbemiddeling in de zin van artikel 1, 1° van voormelde wet van 27 maart 1995 betreffende ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op verzekeringsondernemingen, evenals een dekking, op bijkomende wijze, van de risico's die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit, georganiseerd door Verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis §5 en in artikel 70 § 7 van de wet van 6 augustus 1990.
- G. Diensten aanbieden van de regionale maatschappijen van onderlinge bijstand, zijnde de Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région wallonne en de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem verplicht is gemaakt door de wet van 6 augustus 1990 en de regionale reglementering waarvan hij afhangt.

Voor een volledige verrekening en correcte verdeling van de gemeenschappelijke administratiekosten van de diensten vermeld onder artikel 2, punt B, richt het ziekenfonds een administratief verdeelcentrum (98/1) in. Via dit centrum worden de gemeenschappelijke werkingskosten volledig verdeeld over de verrichtingen en diensten. Het centrum heeft elk jaar een nulresultaat en geen gecumuleerde overschotten of tekorten.

HOOFDSTUK 3

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL EN WERKINGSGBIED / BEDRIJFSEENHEDEN EN REGIOCOMITES

Artikel 3

De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gevestigd te Asse, Kalkoven, 22 en haar werkingsgebied strekt zich uit over het volledig Belgisch grondgebied, maar hoofdzakelijk over de provincies Antwerpen, Limburg, Oost-Vlaanderen, Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen.

Voor haar administratieve werking wordt het ziekenfonds opgedeeld in vier bedrijfseenheden overeenkomstig de huidige regionale zetels zijnde :

- bedrijfseenheid Antwerpen met regionale zetel te 2000 Antwerpen, Lange Nieuwstraat, 109;
- bedrijfseenheid Asse met regionale zetel te 1730 Asse, Kalkoven, 22;
- bedrijfseenheid Brugge met regionale zetel te 8000 Brugge, Revillpark, 1;
- bedrijfseenheid Hasselt met regionale zetel te 3500 Hasselt, Geraetsstraat, 20.

De regionale zetels staan in voor de goede werking van hun bedrijfseenheid en hebben een adviserende rol ten opzichte van het directiecomité en de raad van bestuur van het ziekenfonds.

Daarom installeert elke bedrijfseenheid een regiocomité dat onder leiding van de regiodirecteur de dagelijkse werking van de bedrijfseenheid opvolgt.

Deze regiocomités bestaan uit elk zes personen die voor de aanvang van de fusie werden aangeduid door de raden van bestuur van de fuserende ziekenfondsen. Vanaf de fusie duidt de raad van bestuur, op voorstel van het directiecomité, de zes personen van de regiocomités aan.

De regiocomités vergaderen ten minste driemaal per jaar en telkens de regiodirecteur het nodig acht.

Het regiocomité heeft onder meer als taak :

- de fusieprocedure tussen de in artikel 1 opgesomde ziekenfondsen op te volgen en af te handelen;
- te rapporteren over de werking van de bedrijfseenheid en voorstellen te doen over de regionale organisatie, huisvesting, enz...;
- agendapunten op de dagorde van de raad van bestuur aan te brengen;
- het voordragen van de regionale afvaardiging voor de raad van bestuur en het directiecomité.

De regiocomités hebben geen beslissingsbevoegdheid.

De afgevaardigd bestuurder of zijn vervanger kan te allen tijde de vergaderingen van de regiocomités bijwonen.

De bevoegdheden van de regiocomités en bedrijfseenheden kunnen verder omschreven worden in het huishoudelijk reglement.

Artikel 4

Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van Liberale Mutualiteiten waarvan de sociale zetel gevestigd is te 1050 Brussel, Livornostraat, 25.

Artikel 5

Met het oog op de vertegenwoordiging van de leden in de algemene vergadering wordt het ziekenfonds opgedeeld in de volgende vier bestuurlijke afdelingen :

1. bestuurlijke afdeling Antwerpen;
2. bestuurlijke afdeling Limburg;
3. bestuurlijke afdeling Vlaams-Brabant/Oost-Vlaanderen;
4. bestuurlijke afdeling West-Vlaanderen.

HOOFDSTUK 4

AANSLUITING BIJ DE DIENSTEN VAN HET ZIEKENFONDS

Artikel 6

§ 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 (I);
- van de landsbond 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 (I);
- van de regionale maatschappijen van onderlinge bijstand, zijnde de Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région wallonne en de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem verplicht is gemaakt door de wet van 6 augustus 1990 en de regionale reglementering waarvan hij afhangt;

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 (I). 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 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.

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), is ambtshalve aangesloten bij de diensten :

- van de landsbond 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 (I);

§ 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 (I).

§ 3. De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds 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 voorhuwelijkssparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de Landsbond van Liberale Mutualiteiten;
- om zich aan te sluiten bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand, de Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten, waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij deze 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 V-MOB Hospitaal-Plus, waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

HOOFDSTUK 5

AANVANG VAN DE AANSLUITING BIJ DE AANVULLENDE VERZEKERING

Artikel 7

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 (I).

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 6, § 1, 2, 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. Voor inschrijvingen op 01/01 van het jaar volgend zal de aanvullende verzekering ook ingaan op 01/01;
7. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich na einde geldigheidsduur hoedanigheid verplichte verzekering heraansluit in eigen of ander ziekenfonds als gerechtigde, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
8. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was en die zich als persoon ten laste in hetzelfde ziekenfonds inschrijft, vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de inschrijving als persoon ten laste;
9. 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 nieuw gerechtigde bij hetzelfde ziekenfonds, vanaf de datum van inschrijving als persoon ten laste bij de nieuwe gerechtigde. Voor inschrijvingen op 01/01 van het jaar volgend zal de aanvullende verzekering ook ingaan op 01/01;
10. voor een persoon die voor de eerste keer is aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds als titularis, komend van het buitenland, vanaf de eerste dag van de maand van ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
11. voor een persoon die voor de eerste keer is aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds als persoon ten laste, komend van het buitenland, vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
12. voor een persoon die voor de eerste keer is aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds als grensarbeider (op basis van S1 of elk ander gelijkaardig document), vanaf de eerste dag van de maand van de aanvraag tot inschrijving.

HOOFDSTUK 6

TYPES VAN LEDEN

Artikel 8

Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 7, 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 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 Liberale Mutualiteiten;
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB), Hospitaal-Plus, en van de aansluiting bij deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand Hospitaal-Plus.

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.

Het lid dat een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten

Artikel 9

Het betreft een lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 7 :

- 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.

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 artikel 11, 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 van 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 7, vijf jaar na het einde van de maand waarop de onbetaalde bijdragen betrekking hebben, verjaart.

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

Artikel 10

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 7, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23^e 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 van 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 artikel 11, 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.

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

Artikel 11

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 7, 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 van 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 7 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.

HOOFDSTUK 7

TERUGBETALING VAN VOORDELEN VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING DIE ONTERECHT ZIJN TOEGEKEND

Artikel 12

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 7, 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 8

ORGANEN VAN HET ZIEKENFONDS

AFDELING 1 : DE ALGEMENE VERGADERING

SAMENSTELLING

Artikel 13

De algemene vergadering is samengesteld uit 100 vertegenwoordigers voor de eerste schijf van 100.000 leden en één vertegenwoordiger per schijf van 5.000 leden boven de 100.000 leden.

Uitzonderlijk zal de algemene vergadering vanaf de inwerkingtreding van onderhavige statuten tot aan de eerstvolgende mutualistische verkiezingen in 2022 samengesteld zijn uit het volgend aantal huidige vertegenwoordigers:

- | | |
|--|-------------------------|
| - bestuurlijke afdeling Antwerpen : | 54 vertegenwoordigers; |
| - bestuurlijke afdeling Limburg : | 36 vertegenwoordigers; |
| - bestuurlijke afdeling Vlaams-Brabant/Oost-Vlaanderen : | 31 vertegenwoordigers; |
| - bestuurlijke afdeling West-Vlaanderen : | 142 vertegenwoordigers. |

Deze vertegenwoordigers worden door de leden en hun personen ten laste verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Zij die verkozen werden als vertegenwoordiger in de algemene vergadering, worden van rechtswege uit de algemene vergadering geschrapt van zodra zij niet meer zijn aangesloten bij het ziekenfonds.

De niet-verkozen kandidaten worden opvolgers voor hun kiesomschrijving in volgorde van hun aantal stemmen, voor zover een effectief lid definitief geen deel meer uitmaakt van de algemene vergadering.

KIESOMSCHRIJVINGEN

Artikel 14

Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de algemene vergadering wordt het ziekenfonds ingedeeld in 4 kiesomschrijvingen overeenkomstig de bestuurlijke afdelingen vermeld in artikel 5, met name :

1. kiesomschrijving Antwerpen;
2. kiesomschrijving Limburg;
3. kiesomschrijving Vlaams-Brabant/Oost-Vlaanderen;
4. kiesomschrijving West-Vlaanderen.

De leden die woonachtig zijn buiten de vermelde kiesomschrijvingen worden toegevoegd aan de kiesomschrijving Vlaams-Brabant/Oost-Vlaanderen.

Iedere kiesomschrijving heeft recht op een vierde van het totaal aantal vertegenwoordigers in de algemene vergadering.

Indien het aantal te verkiezen vertegenwoordigers in de algemene vergadering niet deelbaar is door vier, zal/zullen de resterende vertegenwoordiger(s) toebedeeld worden onder de vier kiesomschrijvingen, te beginnen met de kiesomschrijving met het grootste ledental en eindigend met de kiesomschrijving met het kleinste ledental. Aan iedere kiesomschrijving kan maximum 1 extra vertegenwoordiger worden toegekend.

Artikel 15

Binnen elke kiesomschrijving verkiezen de leden en hun personen ten laste die stemgerechtigd zijn, het aantal vertegenwoordigers dat tot de kiesomschrijving behoort.

VOORWAARDEN VAN KIESRECHT EN VERKIESBAARHEID

Artikel 16

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

Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger voor de algemene vergadering moeten de leden of personen ten laste :

- a) stemgerechtigd zijn;
- b) van goed gedrag en zeden zijn en niet ontzet zijn uit de burgerrechten;
- c) sedert tenminste 1 jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds op 30 juni van het jaar vóór de verkiezingsdatum;
- d) geen personeelslid zijn;
- e) nooit ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds, van een vereniging waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten, of van de Landsbond, om andere reden dan opruststelling, conventioneel brugpensioen of economische redenen;
- f) nooit uitgesloten zijn als lid van de algemene vergadering;
- g) nooit in toepassing van artikel 19 § 2 van de wet van 6 augustus 1990 in een voorgaande legislatuur wegens aan het ziekenfonds berokkend nadeel afgezet zijn als bestuurder;
- h) de bloed- en aanverwanten tot en met de derde graad van de personen bedoeld onder punt e), f) en g) zijn eveneens niet verkiesbaar als vertegenwoordiger voor de algemene vergadering.

Men kan slechts kandidaat zijn in de kiesomschrijving waar men stemgerechtigd is.

VERKIEZINGSPROCEDURE

Artikel 17

De stemgerechtigde leden worden via het ledenblad en/of e-mail op de hoogte gebracht van :

1. de oproep tot de kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling;
2. de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen;
3. de indeling van de kiesgebieden en het aantal mandaten per kiesgebied;
4. de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

De leden die zich kandidaat willen stellen beschikken over een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf het einde van de maand waarin de publicatie hen toegezonden wordt.

Artikel 18

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

De voorzitter die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 16 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te zetten, mede, binnen een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.

De kandidaat die de gemotiveerde weigering betwist, beschikt over een termijn van tien werkdagen volgend op de datum waarop de betwiste beslissing is ingetreden, om bij aangetekend schrijven een klacht neer te leggen bij de Controledienst.

De Controledienst beschikt over 30 kalenderdagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken kandidaat en aan de voorzitter van het ziekenfonds.

Artikel 19

Per kiesomschrijving wordt er één lijst opgemaakt van de kandidaten in alfabetische volgorde.

Artikel 20

De verkiezingsperiode of datum, alsmede de lijst met de kandidaturen die aan de verkiezingsvoorwaarden voldoen, moeten via het ledenblad aan de stemgerechtigde personen worden medegedeeld binnen een maximumtermijn van negentig kalenderdagen, te rekenen vanaf de datum van oproep tot de kandidaten.

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

De kandidaten mogen geen persoonlijke propaganda voeren en kunnen niet beschikken over de lijst(en) van stemgerechtigde leden.

KIESBUREAUS

Artikel 21

De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen worden toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters.

Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen vóór de aanvang van de kiesverrichtingen.

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.

In iedere kiesomschrijving worden één of meer stembureaus voorzien.

Voor elk stembureau duidt de voorzitter van het kiesbureau, onder de personeelsleden van het ziekenfonds, een secretaris aan om toezicht uit te oefenen op de kiesverrichtingen bij de stembureaus.

OPSTELLING VAN KIESLIJSTEN

Artikel 22

De kiezerslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau.

Ze vermelden de naam, de voornaam, lidnummer en adres van iedere kiezer.

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

DE STEMMING

Artikel 23

De stemming is vrij.

A. Stemming in een stembureau

De stemming gebeurt in een stembureau van het kiesgebied waartoe de kiezer behoort.

De kiezer zal via het ledenblad ten minste 10 dagen vóór de verkiezingsperiode in kennis worden gesteld van de plaats van het stembureau waar en de dagen en uren waarop hij zijn stem kan uitbrengen.

In het stembureau noteert de door de voorzitter aangestelde secretaris de identiteit van de kiezers die zich aandienen en gaat na of ze voorkomen op de kiezerslijsten.

De secretaris van het stembureau bezorgt, na sluiting van de stemverrichtingen, de uitgebrachte stemmen in een verzegelde stembus zo vlug mogelijk aan de voorzitter van het kiesbureau.

B. Stemming per briefwisseling

Voor de leden en hun personen ten laste die in een gemeente wonen waar er geen kiesbureau voorzien is, zendt de voorzitter van het kiesbureau de uitnodiging en het stembiljet toe aan de kiezer, dit tenminste 10 dagen vóór de dag van de verkiezing.

De kiezers die in een gemeente wonen waar er een kiesbureau voorzien is, kunnen eveneens per brief stemmen. In dit geval moeten zij zich tot de voorzitter van het stembureau richten teneinde een stembiljet te ontvangen en dit uiterlijk 15 dagen vóór de dag van de verkiezing.

Artikel 24

De kiezer mag niet meer dan één stem uitbrengen. De naamstem wordt uitgebracht in het stemvak achter de naam van de kandidaat aan wie de kiezer zijn stem wil geven.

TELLING VAN DE STEMMEN

Artikel 25

Binnen de zeven werkdagen na de verkiezingsperiode gaat het kiesbureau over tot de telling van de uitgebrachte stemmen.

De vertegenwoordigers worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat, wordt het mandaat toegekend aan de jongste kandidaat.

Zijn ongeldig :

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten die de identificatie van de kiezer mogelijk maken.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen, met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van controle van de identiteit van de kiezers, van de uitslag van de stemming, van de kiesomschrijvingen waar er geen verkiezingen werden gehouden omwille van de redenen vermeld in artikel 26 van deze statuten.

VRIJSTELLING VAN HET ORGANISEREN VAN VERKIEZINGEN

Artikel 26

Wanneer het aantal kandidaten in de kiesomschrijving gelijk is aan of kleiner dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze kandidaten automatisch verkozen.

Artikel 27

De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden in het ledenblad van het ziekenfonds ingelicht over de uitslag van de stemming, uiterlijk vijftien kalenderdagen na het afsluiten van de verkiezingsperiode.

De betrokken partij die de vernietiging of de wijziging van de stemming wenst, moet hiertoe bij aangetekend schrijven, een gemotiveerde vraag richten aan de Controledienst en dit binnen de tien werkdagen na de datum waarop het betwiste verloop of resultaat is ingetreden.

De Controledienst beschikt over 30 kalenderdagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken partijen.

Artikel 28

Een exemplaar van de publicatie gericht aan de leden wordt terzelfder tijd opgestuurd naar zowel de landsbond als de Controledienst.

Een exemplaar van het kiesreglement, alsmede de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen worden medegedeeld aan de landsbond en aan de Controledienst, binnen de dertig dagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

Artikel 29

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.

De algemene vergadering kan maximum vijf raadgevers verkiezen, op voordracht van de raad van bestuur. Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

BEVOEGDHEDEN VAN DE ALGEMENE VERGADERING

Artikel 30

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.

A. De algemene vergadering beraadslaagt en beslist over de volgende aangelegenheden :

- 1) de statutenwijzigingen;
- 2) de verkiezing en de afzetting van de bestuursleden;
- 3) de goedkeuring van de begrotingen en jaarrekeningen;
- 4) de aanstelling van één of meer bedrijfsrevisoren;
- 5) de samenwerking met de publiek- of privaatrechterlijke rechtspersonen, bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsbesluiten;
- 6) de inrichting en de groepering van diensten en verrichtingen in een door artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990 bedoelde maatschappij van onderlinge bijstand;
- 7) de fusie met een ander ziekenfonds;
- 8) de aansluiting bij een landsbond, VMOB en regionale MOB (zorgkas);
- 9) de verkiezing van de vertegenwoordigers van het ziekenfonds in de algemene vergadering van de landsbond, VMOB en regionale MOB (zorgkas);
- 10) de zitpenningen en de verplaatsingskosten toegekend aan de leden van de raad van bestuur en algemene vergadering;
- 11) de mutatie naar een andere landsbond;
- 12) de ontbinding van het ziekenfonds.

B. De algemene vergadering mag aan de raad van bestuur de bevoegdheid delegeren te beslissen over de aanpassingen van de bijdragen. Deze gebeurlijke delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

C. De algemene vergadering wordt door de bestuurders bijeengeroepen in de gevallen bepaald door de wet van 6 augustus 1990 of in de statuten, alsook wanneer tenminste één vijfde van de leden van de algemene vergadering erom verzoekt.

De bijeenroeping gebeurt bij individueel bericht of bij bericht in een publicatie verspreid over alle leden van de algemene vergadering door het ziekenfonds. Dit bericht moet verstuurd of gepubliceerd worden uiterlijk twintig kalenderdagen vóór de datum van de algemene vergadering en bevat tevens de agenda van de algemene vergadering.

- D. De algemene vergadering wordt tenminste éénmaal per jaar samengeroepen met het oog op de goedkeuring van de jaarrekening en de begroting.

Elk lid van de algemene vergadering moet uiterlijk acht dagen vóór de datum der algemene vergadering over documentatie beschikken die de volgende gegevens bevat :

- 1) het activiteitenverslag van het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de verschillende diensten en verrichtingen;
- 2) de opbrengst van de ledenbijdragen en hun wijze van aanwending, opgesplitst over de verschillende diensten en verrichtingen;
- 3) het ontwerp van de jaarrekening, omvattende de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsmede het verslag van de bedrijfsrevisor;
- 4) het ontwerp van begroting voor het volgend dienstjaar zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten en activiteiten;
- 5) het verslag over de uitvoering van de samenwerkingsakkoorden bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 en over de manier waarop de middelen die daartoe werden ingebracht door het ziekenfonds werden besteed.

Na goedkeuring door de algemene vergadering maakt de raad van bestuur deze documenten, samen met de notulen, over aan de Controledienst.

Elk lid kan, op aanvraag, een synthese van de opbrengst van de ledenbijdragen en hun wijze van aanwending, opgesplitst over de verschillende diensten en activiteiten, bekomen.

- E. 1) Vanaf de fusie tot en met 31 december 2020 wordt een aanwezigheidsquorum van de helft van de leden, de vertegenwoordigde meegerekend, en van twee derde voor de afzetting van een bestuurder en een stemmingsmeerderheid van de helft van de aanwezige leden, de vertegenwoordigde meegerekend, en twee derde voor de afzetting van een bestuurder vereist van zowel het geheel van de leden van de algemene vergadering als van de groepen gevormd door de leden van de algemene vergaderingen van de fuserende entiteiten.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede algemene vergadering samengeroepen die geldig over dezelfde agenda beraadslaagt, welke ook het aantal aanwezige en vertegenwoordigde leden zij en welke ook het voorwerp van de beraadslaging zij, en indien minstens de helft van de aanwezige leden, de vertegenwoordigde meegerekend, van zowel het geheel van de leden van de algemene vergadering als van de groepen gevormd door de leden van de algemene vergaderingen van de fuserende entiteiten, de beslissing goedkeuren.

- 2) Vanaf het jaar 2021 worden de beslissingen van de algemene vergadering geldig genomen indien minstens de helft van de leden, de vertegenwoordigde meegerekend, aanwezig is en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen, behalve in de gevallen wanneer de wet of deze statuten het anders bepalen.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede algemene vergadering samengeroepen die geldig over dezelfde agenda beraadslaagt, welke ook het aantal aanwezige en vertegenwoordigde leden zij en welke ook het voorwerp van de beraadslaging zij.

- 3) Elk lid beschikt over één stem en gebeurt over maximum 1 volmacht.
- 4) Een lid van de algemene vergadering dat in de onmogelijkheid verkeert om de vergadering bij te wonen, kan volmacht verlenen aan een ander lid van de algemene vergadering op voorwaarde dat de gevolmachtigde aanwezig is op de vergadering.

Een lid van de algemene vergadering kan slechts voor één persoon volmachthouder zijn. Tot aan de eerstvolgende mutualistische verkiezingen in 2022 moeten volmachtgever en volmachthouder tot dezelfde bestuurlijke afdeling behoren.

De volmacht tot stemmen wordt schriftelijk gegeven en bevat volgende gegevens :

- naam, voornaam en adresgegevens van de volmachtgever en naam van de volmachthouder;
- de datum van de algemene vergadering waarvoor de volmacht wordt gegeven;
- de handtekening van de volmachtgever.

- 5) Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

- F. Conform de bepalingen van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsbesluiten benoemt de algemene vergadering één of meer bedrijfsrevisoren die door haar worden verkozen uit een door de Controledienst opgestelde lijst van erkende revisoren, leden van het Instituut der Bedrijfsrevisoren. Het mandaat van de revisor is vastgesteld voor een periode van 3 jaar en is hernieuwbaar.

De revisor brengt verslag uit aan de algemene vergadering die op haar dagorde de goedkeuring van de jaarrekening van het boekjaar heeft staan. De revisor woont de algemene vergadering bij wanneer deze beraadslaagt over een door hem opgesteld verslag. De revisor heeft het recht op de algemene vergadering het woord te voeren in verband met de vervulling van zijn taak.

AFDELING 2 : VERKIEZING VAN DE VERTEGENWOORDIGERS VOOR DE ALGEMENE VERGADERING VAN DE LANDSBOND

Artikel 31

Overeenkomstig de statutaire bepalingen van de Landsbond bedraagt de afvaardiging van het ziekenfonds in de algemene vergadering van de landsbond één afgevaardigde per schijf van 7.500 leden, met een minimum van 2 en een maximum van 20.

Artikel 32

De afgevaardigden van het ziekenfonds die de algemene vergadering van de landsbond samenstellen, worden voorgedragen door de raad van bestuur van het ziekenfonds, op advies van het directiecomité.

Artikel 33

De leden van de algemene vergadering en/of de leden van de raad van bestuur van het ziekenfonds die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de algemene vergadering van de landsbond, moeten zich per aangetekende brief aan de voorzitter van de raad van bestuur van het ziekenfonds kandidaat stellen, vijftien dagen vóór de datum van de algemene vergadering die de stemming zal uitvoeren.

Artikel 34

De stemming is geheim.

De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat wordt dit mandaat toegekend aan de jongste kandidaat.

AFDELING 3 : RAAD VAN BESTUUR

Artikel 35

De raad van bestuur van het ziekenfonds bestaat uit minimum 10 bestuurders en maximum een aantal bestuurders dat de helft van het aantal leden van de algemene vergadering van het ziekenfonds niet mag overtreffen.

Het ziekenfonds wordt bestuurd door een raad van bestuur bestaande uit één stemgerechtigd lid per schijf van 4.900 aangesloten leden op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de verkiezingen plaatsvinden. Het aantal eenheden van het aldus bekomen quotiënt geeft recht op één afgevaardigde.

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

- a) stemgerechtigd zijn;
- b) van goed gedrag en zeden zijn en niet ontzet zijn uit de burgerrechten;
- c) sedert tenminste 1 jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds op 30 juni van het jaar vóór de verkiezingsdatum;
- d) nooit ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds, van een vereniging waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten, of van de Landsbond, om andere reden dan opruststelling, conventioneel brugpensioen of economische redenen;
- e) nooit uitgesloten zijn als lid van de algemene vergadering;
- f) nooit in toepassing van artikel 19 § 2 van de wet van 6 augustus 1990 in een voorgaande legislatuur wegens aan het ziekenfonds berokkend nadeel afgezet zijn als bestuurder;
- g) de bloed- en aanverwanten tot en met de derde graad van de personen bedoeld onder punt d), e) en f) zijn eveneens niet verkiesbaar als lid van de raad van bestuur.

Iedere bestuurlijke afdeling heeft recht op een vierde van het totaal aantal bestuursmandaten in de raad van bestuur.

Indien het aantal te verdelen bestuursmandaten in de raad van bestuur niet deelbaar is door vier, zal/zullen het (de) resterende manda(t)en toebedeeld worden onder de vier bestuurlijke afdelingen, te beginnen met de bestuurlijke afdeling met het grootste ledental en eindigend met de bestuurlijke afdeling met het kleinste ledental. Aan iedere bestuurlijke afdeling kan maximum 1 extra bestuursmandaat worden toegekend.

Bij wijze van uitzondering zal de raad van bestuur vanaf de inwerkingtreding van onderhavige statuten tot aan de eerstvolgende mutualistische verkiezingen in 2022 samengesteld zijn uit de volgende huidige bestuurders :

- bestuurlijke afdeling Antwerpen :	16 bestuurders
- bestuurlijke afdeling Limburg :	12 bestuurders
- bestuurlijke afdeling Vlaams-Brabant/Oost-Vlaanderen :	10 bestuurders
- bestuurlijke afdeling West-Vlaanderen :	50 bestuurders

Iedere bestuurder beschikt over één stem en gebeurlijk over één volmacht.

Onverminderd het recht van de leden van de algemene vergadering om zich kandidaat te stellen als bestuurder, kunnen de regiocomités een eigen lijst van kandidaten voordragen.

Niet meer dan 75% van de bestuursleden mogen van hetzelfde geslacht zijn en niet meer dan een vierde mag bezoldigd zijn door het ziekenfonds of de Landsbond.

De bestuursleden worden verkozen voor de duur van 6 jaar, de uittredende leden zijn herkiesbaar. De leden van de raad van bestuur kiezen een voorzitter en drie ondervoorzitters uit hun midden.

Het voorzitterschap zal om de twee jaar roteren tussen de drie bestuurlijke afdelingen die niet de afgevaardigd-bestuurder leveren.

De voorzitter is belast met de leiding van de algemene vergadering en van de raad van bestuur. Hij waakt over de uitvoering van de statuten en van de bijzondere reglementen.

De leden van de raad van bestuur wijzen de persoon aan die het ziekenfonds in gerechtelijke en buitengerechtelijke akten vertegenwoordigt.

De voorzitter heeft het recht de raad van bestuur uitzonderlijk bijeen te roepen.

De eerste ondervoorzitter, bij diens afwezigheid de tweede ondervoorzitter, en bij diens afwezigheid de derde ondervoorzitter, vervangt, zo nodig, de voorzitter die afwezig of belet is.

Om lid te zijn van de raad van bestuur moet men meerderjarig en van goed zedelijk gedrag zijn. Het is niet vereist deel uit te maken van de algemene vergadering.

De functie van bestuurder is onbezoldigd, presentiegelden en reiskosten zijn wel toegelaten. Het bedrag van de presentiegelden en van de tegemoetkoming in de reiskosten wordt vastgesteld door de algemene vergadering. Het presentiegeld voor de leden van de raad van bestuur wordt vastgesteld op 150 euro per vergadering. Het presentiegeld voor de voorzitter van de raad van bestuur bedraagt 300 euro per vergadering.

Artikel 36

De raad van bestuur wordt verkozen door de leden van de algemene vergadering.

Kandidaturen worden bij aangetekend schrijven gericht aan de voorzitter van de raad van bestuur. De voorzitter stelt een kandidatenlijst op.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats waarbij elk lid van de algemene vergadering over één stem beschikt. De kandidaten die het hoogst aantal stemmen behalen, zijn verkozen. Bij gelijkheid van stemmen is de jongste kandidaat verkozen.

Als het aantal kandidaten gelijk is aan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen.

De raad van bestuur kan maximum 5 raadgevers verkiezen. Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

De leden van het directiecomité van het ziekenfonds wonen de raad van bestuur bij met raadgevende stem tenzij zij een effectief mandaat hebben in de raad van bestuur.

Om raadgever te kunnen zijn van de raad van bestuur moeten de leden of personen ten laste :

- a) stemgerechtigd zijn;
- b) van goed gedrag en zeden zijn en niet ontzet zijn uit de burgerrechten;
- c) sedert tenminste 1 jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds op 30 juni van het jaar vóór de verkiezingsdatum;
- d) nooit ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds, van een vereniging waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten, of van de Landsbond, om andere reden dan opruststelling, conventioneel brugpensioen of economische redenen;
- e) nooit uitgesloten zijn als lid van de algemene vergadering;
- f) nooit in toepassing van artikel 19 § 2 van de wet van 6 augustus 1990 in een voorgaande legislatuur wegens aan het ziekenfonds berokkend nadeel afgezet zijn als bestuurder;
- g) de bloed- en aanverwanten tot en met de derde graad van de personen bedoeld onder punt d), e) en f) zijn eveneens niet verkiesbaar als raadgever voor de raad van bestuur.

Artikel 37

De vervanging van overleden of ontslagnemende bestuurders vindt plaats op de volgende algemene vergadering. De op deze wijze verkozen bestuurder beëindigt het mandaat van de bestuurder die hij vervangt.

Het ontslag of de uitsluiting uit het ziekenfonds heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de raad van bestuur van het ziekenfonds voor gevolg.

Een bestuurder die drie opeenvolgende keren afwezig is zonder gemotiveerde reden, wordt beschouwd als ontslagnemend. Het ontslag wordt schriftelijk aan de betrokken bestuurder betekend na beslissing van de algemene vergadering.

De algemene vergadering kan beslissen tot afzetting van een bestuurder volgens de procedure voorzien bij artikel 19 van de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsbesluiten, indien :

- 1) de bestuurder inbreuk pleegt op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 of haar uitvoeringsbesluiten;
- 2) de bestuurder inbreuk pleegt op de wet betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van 6 augustus 1990 of haar uitvoeringsbesluiten;
- 3) de bestuurder een al dan niet voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane criminele of correctionele veroordeling heeft opgelopen;
- 4) de bestuurder daden verricht die nadeel kunnen berokkenen aan de belangen van het ziekenfonds of de landsbond of de Maatschappijen van Onderlinge Bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- 5) de bestuurder weigert zich te voegen naar de statuten en de reglementen van het ziekenfonds of de landsbond of de Maatschappijen van Onderlinge Bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

De beslissingen van de raad van bestuur worden geldig genomen indien minstens de helft van de leden, de vertegenwoordigde meegerekend, aanwezig is en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter beslissend.

Een lid van de raad van bestuur dat in de onmogelijkheid verkeert om de vergadering bij te wonen, kan volmacht verlenen aan een ander lid van de raad van bestuur op voorwaarde dat de gevolmachtigde aanwezig is op de vergadering.

Een lid van de raad van bestuur kan slechts voor één persoon volmacht houder zijn. Tot aan de eerstvolgende mutualistische verkiezingen in 2022 moeten volmachtgever en volmacht houder tot dezelfde bestuurlijke afdeling behoren.

De volmacht tot stemmen wordt schriftelijk gegeven en bevat volgende gegevens :

- naam, voornaam en adresgegevens van de volmachtgever en naam van de volmacht houder;
- de datum van de raad van bestuur waarvoor de volmacht wordt gegeven;
- de handtekening van de volmachtgever.

Artikel 38

De raad van bestuur is belast met het bestuur en met de uitvoering van de beslissingen van de algemene vergadering.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de raad van bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, daden van dagelijks bestuur of een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan het directiecomité of de afgevaardigd bestuurder.

Hij oefent alle bevoegdheden uit die niet uitdrukkelijk bij de wet of de statuten aan de algemene vergadering zijn toegekend.

De raad van bestuur vergadert minstens tweemaal per jaar en telkenmale de voorzitter hem samenroep. Indien op vraag en bij aangetekend schrijven van de gewone meerderheid de voorzitter gevraagd wordt de raad van bestuur samen te roepen, moet hij daar binnen de 30 dagen gevolg aan geven met vermelding van de gevraagde agendering.

De leden van de raad van bestuur nemen geen deel aan de beraadslagingen over aangelegenheden die henzelf of hun familieleden tot en met de vierde graad rechtstreeks aanbelangen.

De aansprakelijkheid van de bestuurders is beperkt tot het vervullen van de hun gegeven opdracht en tot de door hen begane beroepsfouten.

Artikel 39

De dagelijkse algemene leiding van het ziekenfonds wordt waargenomen door de afgevaardigd-bestuurder die door de raad van bestuur zal worden aangeduid.

Hij is verantwoordelijk, ten aanzien van de raad van bestuur, voor de goede gang van zaken in de diensten.

De afgevaardigd-bestuurder verricht al het nodige schrijfwerk, hij tekent de briefwisseling en hij stelt de processen-verbaal op van de vergaderingen. Hij is belast met de bewaring van het archief.

AFDELING 4 : DIRECTIECOMITE

Artikel 40

Het directiecomité bestaat uit drie vertegenwoordigers per bedrijfseenheid die worden voorgedragen door de regiocomités en benoemd door de raad van bestuur.

Binnen het directiecomité wordt een afgevaardigd bestuurder voorgedragen die bekrachtigd dient te worden door de raad van bestuur. Hij zal het directiecomité voorzitten.

Het directiecomité zal instaan voor de permanente uitvoering van het dagelijks bestuur, zijnde :

- de voorbereiding van de vergaderingen van de raad van bestuur;
- de uitvoering van de beslissingen van de raad van bestuur;
- de personeelsaangelegenheden inclusief aanwerven en ontslaan van personeelsleden;
- alle aangelegenheden die door de wet of deze statuten niet uitdrukkelijk zijn voorbehouden voor de algemene vergadering of de raad van bestuur.

De taakomschrijving van het directiecomité kan verder worden bepaald in het huishoudelijk reglement.

De door het ziekenfonds bezoldigde leden van het directiecomité van het ziekenfonds wonen de algemene vergadering bij met raadgevende stem.

Het directiecomité van het ziekenfonds kan bij zijn zittingen één of meer adviseurs uitnodigen. Deze adviseurs hebben raadgevende stem.

HOOFDSTUK 9

DE DIENSTEN EN VERRICHTINGEN VAN HET ZIEKENFONDS

AFDELING 1 : DE RECHTHEBBENDEN OP TERUGBETALING DER PRESTATIES

Artikel 41

Om aanleiding te geven tot tussenkomst op de in deze statuten voorziene diensten in de mate dat er beschikbare middelen zijn moet het lid in orde zijn met de betaling van de bijdrage voor de aanvullende diensten.

De personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging ingevolge het Koninklijk Besluit van 29 december 1997 en die vrijgesteld zijn van de betaling van hun sociale bijdragen door de ad hoc Commissie van het Ministerie van Middenstand, genieten geen vrijstelling van de betaling van de bijdrage voor de aanvullende diensten.

De vordering tot betaling van al de bij deze statuten voorziene prestaties verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop de verstrekkingen of gebeurtenissen betrekking hebben.

AFDELING 2 : BIJDRAGEN

Artikel 42

De aangesloten leden bepaald bij artikel 6 van deze statuten moeten bij de aanvullende diensten en verrichtingen aansluiten en verbinden er zich toe een bijdrage te betalen waarvan het bedrag is vastgesteld in de bijdragetabel opgemaakt via het systeem ETAC of de webapplicatie MutWeb als opvolger ervan waarvan de praktische modaliteiten beschreven zijn in de omzendbrief 14/03/D1 van 27 februari 2014.

De bijdrage is maandelijks verschuldigd.

De bijdragen die betaald werden voor een periode tijdens dewelke men niet meer is aangesloten, worden terugbetaald binnen de 3 maanden na het einde van de aansluiting.

De bijdrage is verschuldigd voor elk mutualistisch gezin. Een mutualistisch gezin is samengesteld uit een gerechtigde op geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 2, k), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alsook de personen te zijnen laste die het recht op de voordelen van de diensten bedoeld in artikel 2 uit hoofde van deze gerechtigde verkrijgen.

Boven de hierboven vermelde bijdragen verbinden de leden er zich toe de bijdragen te betalen gevraagd door de Landsbond.

De verjaringstermijn voor terugbetaling van ten onrechte betaalde bijdragen is vastgesteld op 5 jaar, te rekenen vanaf de maand van vaststelling van de vergissing (onder voorbehoud dat deze verjaringstermijn niet korter is dan de voor een dergelijke vordering voorziene termijn in artikel 48bis, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, namelijk vijf jaar vanaf de dag van de betaling van de onverschuldigde bijdragen).

Artikel 43

Het ziekenfonds kan de bijdragen driemaandelijks, semestrieel of jaarlijks innen, dit naargelang de keuze van betalingswijze.

Er wordt geen wachttijd voorzien om te kunnen genieten van de aanvullende diensten en verrichtingen.

AFDELING 3 : GEORGANISEERDE DIENSTEN

Artikel 44

Om de bij artikel 2 van deze statuten bedoelde diensten en doeleinden te verwezenlijken, richt het ziekenfonds voor zijn aangesloten leden, de diensten in volgens de hierna vastgestelde modaliteiten. De tegemoetkoming vanuit de aanvullende diensten kan nooit meer bedragen dan de werkelijke kostprijs van de prestatie waarvoor ze wordt verleend.

VERRICHTINGEN

15/01 Kinderzorg

Thuisoppas zieke kinderen

Artikel 45

In samenwerking met Solidariteit voor het Gezin - v.z.w. en Sowel - vzw, waarmee in het kader van artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 een samenwerkingsakkoord wordt afgesloten, wordt een dienst thuisoppas zieke kinderen opgericht. Onder kind wordt verstaan iedere persoon ten laste tot en met de leeftijd van 14 jaar.

De opvang wordt georganiseerd zonder beperking met betrekking tot de symptomen waaraan het kind lijdt, voor zover de zorgen die hem worden verstrekt niet tot de competentie van een arts of verpleegkundige behoort.

Deze dienst kan aangevraagd worden van maandag tot en met vrijdag van 7 tot en met 18 uur.

De maximum leeftijd van het op te passen kind wordt bepaald op 14 jaar.

De financiële tussenkomst ten laste van de mutualiteit bedraagt 13,50 euro per uur thuisoppas en wordt, voor zover er een samenwerkingsakkoord werd afgesloten, rechtstreeks uitbetaald aan Solidariteit voor het Gezin - v.z.w of Sowel – vzw.

Per kalenderjaar en per kind worden er maximum 9 werkdagen met een minimum van 5 uren en met een maximum van 9 uren per dag vergoed. Per aanvraag mogen maximaal 3 dagen opvang worden opgenomen.

De factuur wordt aan het ziekenfonds afgeleverd door de vzw Solidariteit voor het Gezin of Sowel, opvang zieke kinderen.

Kraamzorg

Artikel 46

Deze dienst verleent een tussenkomst van 5 euro per uur kraamzorg gepresteerd door de diensten van de vzw Solidariteit voor het Gezin en de vzw Sowel.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd voor prestaties vanaf 1 maand vóór de vermoedelijke bevallingsdatum tot 12 weken na de geboorte (bij thuisbevalling of polyklinische bevalling) of tot 12 weken na het ontslag van de pasgeborene uit het ziekenhuis.

De tegemoetkoming geldt voor maximum 40 uren kraamzorg per kind dat ingeschreven is bij het ziekenfonds.

De tussenkomst wordt uitbetaald op voorlegging van de factuur afgeleverd door de vzw Solidariteit voor het Gezin en de vzw Sowel.

Deze dienst wordt georganiseerd in samenwerking met de vzw Solidariteit voor het Gezin en de vzw Sowel.

15/02 Dagopvang, herstel- en zorgverblijven

Dagopvang

Artikel 47

Dagverzorgingscentrum

Het ziekenfonds organiseert een dienst met het oog op de tussenkomst voor leden die tijdelijk in een dagverzorgingscentrum verblijven.

De tegemoetkoming wordt verleend voor de opvang in een door het Agentschap Zorg en Gezondheid erkend dagverzorgingscentrum, terug te vinden op de site www.zorg-en-gezondheid.be.

De tussenkomst bedraagt 5 euro per dag voor maximum 50 dagen per jaar en wordt uitbetaald na voorlegging van de factuur.

Dagopvang kinderen met een handicap

Het ziekenfonds organiseert een dienst met het oog op de tussenkomst voor dagopvang van kinderen met een handicap in een multi-functioneel centrum erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap.

Onder kinderen met een handicap wordt verstaan :

- kinderen die recht hebben op een maandelijkse zorgtoeslag omwille van een specifieke ondersteuningsbehoefte zoals bedoeld in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de nadere regels voor het verkrijgen van de zorgtoeslag van 7 december 2018 tot uitvoering van artikel 16, §1, eerste lid van het decreet van 27 april 2018 tot regeling van de toelagen in het kader van het gezinsbeleid;
- kinderen die recht hebben op verhoogde kinderbijslag zoals bedoeld in artikel 47, 56septies en artikel 63 van het Koninklijk Besluit van 25 oktober 1971 tot uitvoering van de wet van 20 juli 1971 tot instelling van gewaarborgde kinderbijslag.

De tussenkomst per dag bedraagt 5 euro voor maximum 50 dagen per jaar.

De tussenkomst wordt uitbetaald op voorlegging van de factuur van de instelling.

Herstelverblijf

Artikel 48

Het ziekenfonds organiseert een dienst met het oog op bij te dragen in de kosten verbonden aan een herstelverblijf van de leden die een heelkundige ingreep ondergaan of aan een ernstige aandoening hebben geleden gepaard gaand met een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten in een instelling die erkend is door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

A) Medische criteria

- 1) Om te kunnen genieten van het voordeel van deze dienst, moet het lid voldoen aan één van de volgende voorwaarden :
 1. een heelkundige ingreep hebben ondergaan met een ziekenhuisopname;
 2. aan een aandoening hebben geleden met een ziekenhuisopname van tenminste 15 dagen;
 3. gedurende een ononderbroken periode van tenminste 60 dagen zijn normale activiteiten niet hebben kunnen uitoefenen, voor zover deze periode wordt gestaafd met een getuigschrift van de behandelende arts of wordt bewezen door pathologische bioklinische en/of radiologische onderzoeken.
- 2) De opname van de herstellende in de instelling veronderstelt noodzakelijkerwijze dat :
 1. hij/zij niet besmettelijk is;
 2. zijn/haar gezondheidstoestand verzorging (al dan niet bestendig) of verbanden vergt;
 3. hij/zij niet lijdt aan een hartdecompensatie;
 4. hij/zij geen enkel teken van een ziekte van psychiatrische aard of van toxicomanie vertoont, die storend of gevaarlijk kan zijn voor zijn/haar omgeving.

De opname in de instelling veronderstelt noodzakelijkerwijze dat het verblijf geen definitief karakter heeft noch dat het gaat om acute zorgen.

B) Formaliteiten en termijnen voor het indienen van de aanvraag

De aanvraag met het getuigschrift van de behandelende arts dient voorgelegd aan de adviserend-arts die op een ad hoc formulier de medische criteria onder punt A) nagaat. De adviserend-arts beslist over de toekenning of de weigering van een verblijf op basis van de in punt I, A hierboven vermelde medische criteria en bepaalt, rekening houdend met de medische toestand van de aanvrager, de duur van het verblijf.

Voor de leden beoogd bij punt A)1)1. en A)1)2., dient de aanvraag ten laatste de 60ste dag na het ontslag uit het ziekenhuis te worden ingediend.

Voor de leden beoogd bij punt A)1)3., dient de aanvraag ten laatste de 60ste dag na de laatste pathologische onderzoeken te worden ingediend.

C) Duur van de verblijven

1. De verblijven worden, naargelang van de medische gegevens, toegestaan voor een periode tot 30 overnachtingen.
2. Indien uit het attest van de behandelende arts blijkt dat voor de herstellende een verlenging van het verblijf boven de initieel toegestane periode nodig is omwille van medische redenen, dan wordt een verlenging toegestaan. Een verlenging kan maar toegestaan worden tot beloop van een periode van 60 overnachtingen voor gans de verblijfsduur.
3. De verblijven worden slechts éénmalig toegekend voor een aandoening bedoeld onder punt A)1).

D) Erkende instellingen

Het verblijf dient door te gaan in een instelling die erkend is door het Agentschap Zorg en Gezondheid, terug te vinden op de site www.zorg-en-gezondheid.be.

E) Tussenkost

De tussenkost van het ziekenfonds in de pensionprijs bedraagt 15 euro per overnachting.
De maximale verblijfsduur bedraagt 30 overnachtingen per jaar.

De aanvraag tot tussenkost wordt gestaafd door de afgifte van een onkostenstaat waarop de duur van het verblijf vermeld staat, afgeleverd door de instelling.

Het ziekenfonds betaalt de tussenkost rechtstreeks uit aan het lid.

Zorgverblijven

Artikel 49

De dienst zorgverblijven heeft tot doel bij te dragen in de kosten verbonden aan een zorgverblijf van de leden en van hun personen ten laste, die permanente zorgen en continu toezicht vergen, en die wegens het tijdelijk wegvallen of ter ondersteuning van de mantelzorg, niet verder thuis kunnen blijven.

Het zorgverblijf kan geen tijdelijke oplossing zijn in afwachting van een definitieve rusthuisopname en evenmin een tijdelijke onderbreking zijn van een ziekenhuisopname. Het zorgverblijf dient onmiddellijk gevolgd te worden door een terugopname in het thuismilieu, voor minimaal zeven aaneensluitende dagen.

Per kalenderjaar worden er maximum 30 overnachtingen vergoed. De tussenkost in de pensionprijs bedraagt maximaal 15 euro per overnachting. De tussenkost kan in geen geval de gevraagde pensionprijs overschrijden.

In het kader van continu toezicht en bijstand is een zorgverblijf slechts mogelijk in een instelling die erkend is door het Agentschap Zorg en Gezondheid, terug te vinden op de site www.zorg-en-gezondheid.be.

De tussenkost wordt uitbetaald na voorlegging van de factuur.

15/03 Ziekenvervoer

Artikel 50

De dienst ziekenvervoer verleent aan de leden van het ziekenfonds een tussenkomst in de kosten voor niet-dringend ziekenvervoer op Belgisch grondgebied volgens de hierna vermelde tarieven en voorwaarden die verschillen al naargelang het vervoer al dan niet werd aangevraagd via de Mutualistische alarmcentrale Mutas.

Artikel 51

Niet-dringend ziekenvervoer – categorie A

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst bij niet-dringend ziekenvervoer voor volgende redenen :

- bij het begin en het einde van een ziekenhuisverblijf;
- bij daghospitalisatie;
- bij hartrevalidatie en multidisciplinaire revalidatie;
- bij postoperatieve zorgen na een orgaantransplantatie;
- bij het begin en einde van een opname in een herstelverblijf, op voorwaarde dat de opname onmiddellijk aansluit bij een hospitalisatie;
- bij het begin en einde van een opname in een zorgverblijf, op voorwaarde dat het verblijf onmiddellijk aansluit bij een hospitalisatie.

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorwaarde dat het vervoer werd aangevraagd bij de Mutualistische Alarmcentrale Mutas – vzw, met uitzondering van eigen vervoer of vrijwilligersvervoer. De Mutas-centrale bepaalt wat het meest geschikte vervoermiddel is.

De tussenkomst wordt als volgt bepaald :

- a) liggend vervoer per ziekenwagen
 - het remgeld bedraagt 35 euro per rit voor de gewone rechthebbende en 15 euro per rit voor de leden die genieten van een sociaal statuut dat beoogd wordt in artikel 37 §§ 1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - dit remgeld wordt rechtstreeks door het lid aan de vervoerder betaald;
 - het saldo van de factuur wordt ten laste genomen door het ziekenfonds;
- b) rolstoelvervoer of zittend vervoer per taxi of ziekenwagen
 - het remgeld bedraagt 20 euro per rit voor de gewone rechthebbende en 10 euro per rit voor de leden die genieten van een sociaal statuut dat beoogd wordt in artikel 37 §§ 1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - dit remgeld wordt rechtstreeks door het lid aan de vervoerder betaald;
 - het saldo van de factuur wordt ten laste genomen door het ziekenfonds;
- c) vrijwilligersvervoer
 - de terugbetaling bedraagt 0,25 euro per km;
 - er wordt maximum 1 vervoer (heen- en terugrit samen) per dag terugbetaald;
- d) eigen vervoer
 - de terugbetaling bedraagt 0,15 euro per km;
 - er wordt maximum 1 vervoer (heen- en terugrit samen) per dag terugbetaald.

Niet-dringend ziekenvervoer – categorie B

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst bij niet-dringend reeksenvervoer voor volgende redenen :

- bij dialyse;
- bij kankerbehandeling (chemotherapie, radiotherapie en follow-up).

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorwaarde dat het vervoer werd aangevraagd bij de Mutualistische Alarmcentrale Mutas – vzw, met uitzondering van eigen vervoer of vrijwilligersvervoer. De Mutas-centrale bepaalt wat het meest geschikte vervoermiddel is.

De tussenkomst wordt als volgt bepaald :

- a) liggend vervoer per ziekenwagen of rolstoelvervoer

- het remgeld bedraagt 6 euro per vervoer (heen- en terugrit samen) voor de gewone rechthebbende en voor de leden die genieten van een sociaal statuut dat beoogd wordt in artikel 37 §§ 1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- dit remgeld wordt rechtstreeks door het lid aan de vervoerder betaald;
- het saldo van de factuur wordt ten laste genomen door het ziekenfonds;

b) zittend vervoer per taxi of ziekenwagen

- het remgeld bedraagt 4 euro per vervoer (heen- en terugrit samen) voor de gewone rechthebbende en voor de leden die genieten van een sociaal statuut dat beoogd wordt in artikel 37 §§ 1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- dit remgeld wordt rechtstreeks door het lid aan de vervoerder betaald;
- het saldo van de factuur wordt ten laste genomen door het ziekenfonds;

c) vrijwilligersvervoer of eigen vervoer

- de tussenkomst bedraagt 0,40 euro per km;
- er wordt maximum 1 vervoer (heen- en terugrit samen) per dag terugbetaald;
- ingeval de dekking van het vervoer mogelijk is door een andere wetgeving wordt geen tussenkomst verleend; indien de door de andere wetgeving toegekende tussenkomst evenwel lager ligt dan de tussenkomst voorzien bij onderhavige statuten, wordt het verschil toegekend;
- de aftrek van de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag er evenwel niet toe leiden dat aan de leden beoogd door het sociaal statuut in de zin van artikel 37 §§1,2 en 19 van de voornoemde wet van 14 juli 1994 een lagere tussenkomst verleend wordt dan aan andere leden.

Niet-dringend ziekenvervoer – categorie C

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst bij niet-dringend ziekenvervoer voor volgende redenen :

- consultaties bij een art-specialist in het ziekenhuis.

De tussenkomst wordt als volgt bepaald :

- liggend of zittend vervoer per ziekenwagen, rolstoelvervoer of zittend vervoer per taxi
- de tussenkomst bedraagt 0,40 euro per km;
- er wordt maximum 1 vervoer (heen- en terugrit samen) per dag terugbetaald;

Artikel 52

Maximale tegemoetkomingen

De maximum tegemoetkoming ten laste van het ziekenfonds bedraagt per rechthebbende :

- voor vervoer van categorie A : 3.000 euro per kalenderjaar;
- voor vervoer van categorie B : onbepaald
- voor vervoer van categorie C : 3.000 euro per kalenderjaar.

Artikel 53

Terugbetalingsmodaliteiten

Remgeld is een vast bedrag dat door het lid aan de vervoerder dient betaald te worden.

Er wordt nooit een tussenkomst verleend voor eventueel aangerekend wachtgeld en/of supplementen.

Onder eigen vervoer dient verstaan te worden: vervoer met een wagen van het lid zelf of van een derde die niet gebonden is aan een vrijwilligersorganisatie.

Voor het bepalen van het aantal kilometers wordt steeds de kortste weg genomen van de woonplaats van de rechthebbende of de plaats waar de rechthebbende is opgenomen tot de verpleeginstelling.

Voor dialyse dient het attest zoals voorzien in de verordening op de geneeskundige verstrekkingen worden ingediend. Naar analogie met de wettelijke bepaling, bedraagt de maximum terugbetaalbare afstand om zich naar het dialysecentrum te begeven 60 km per rit, tenzij er zich geen dialysecentrum binnen een straal van 30 km

bevindt, tenzij de rechthebbende jonger is dan 14 jaar of tenzij de rechthebbende een kind van 14 jaar of ouder is, die wegens zijn pathologie een dialyse nodig heeft waarvan de technische modaliteiten inzake uitvoering en klinische omgeving bijzonder aangepast zijn aan het kind.

Voor kankerbehandeling dient het attest te worden ingediend voorzien in het M.B. van 6 juli 1989.

Voor het vervoer van categorie A en C dient er steeds een medisch attest worden bijgevoegd behalve bij opname. Bovendien moet ook de originele factuur van de vervoerder bijgevoegd te worden.

Om de tussenkomst voor eigen vervoer uit categorie A en B te bekomen, moet bovendien het aanvraagformulier van het ziekenfonds voorgelegd worden.

Artikel 54

Niet-dringend ziekenvervoer waarvoor geen tussenkomst is voorzien in de aanvullende diensten

Vervoer in het buitenland, behoudens indien het vervoer betrekking heeft op een behandeling waarvan voorafgaandelijk akkoord werd gegeven door de adviserend-arts in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Vervoer, heen en terug op dezelfde dag, van de ene verpleeginstelling naar een andere (het vervoer tussen ziekenhuizen onderling voor behandeling of consultatie).

Vervoer heen en terug ten gevolge van een toelating bekomen door een gehospitaliseerde om enkele dagen elders te verblijven dan in de instelling waar hij is opgenomen.

Vervoer van de woonplaats van de rechthebbende naar een rust- of verzorgingstehuis, of omgekeerd.

Vervoer om zich naar een instelling te begeven voor het volgen van een thermale kuur.

Vervoer om zich naar de geneeskundige controle te begeven voorzien in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Vervoer van het stoffelijk overschot.

15/04 Voetverzorging

Artikel 55

Leden van 65 jaar en ouder hebben recht op een tussenkomst in de onkosten van voetverzorging.

De tussenkomst bedraagt 5 euro per behandeling voor maximaal 6 behandelingen per jaar.

Diabetes- of obesitaspatiënten hebben, ongeacht hun leeftijd, recht op een tussenkomst van 5 euro voor maximaal 6 behandelingen per jaar.

De diabetespatiënten moeten dit bewijzen door een éénmalig medisch attest of een voorzorgtraject of een zorgtraject of diabetesconventie.

De obesitaspatiënten moeten een BMI van 35 of meer kunnen aantonen.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van een kostenfactuur opgesteld door de pedicure of van het ziekenfondsformulier ingevuld door de pedicure met vermelding van datum van prestatie en het betaalde bedrag.

De onderscheiden tussenkomsten kunnen niet gecumuleerd worden.

15/05 Uitleendienst

Artikel 56

Het ziekenfonds richt voor de effectieve leden en hun personen ten laste een uitleendienst van hulpmiddelen en personenalarmsystemen in.

Artikel 57

De lijst van hulpmiddelen en personenalarmsystemen wordt vastgelegd in de bijlage van de statuten en maakt er integraal deel van uit.

Een medisch attest dat de gegrondheid en noodzakelijkheid van het gebruik van het materiaal bevestigt, kan opgevraagd worden.

Artikel 58

Het materiaal wordt ter beschikking gesteld tegen volgende voorwaarden :

- het betalen van een waarborgsom voor de hulpmiddelen volgens de lijst in bijlage;
- het betalen van een huurprijs per dag voor de hulpmiddelen volgens de lijst in bijlage;
- het betalen van een eventuele vervoerskost voor de hulpmiddelen volgens de lijst in bijlage. De eventuele vervoerskost vervalt als het materiaal wordt meegeleverd met materiaal waarvoor geen vervoerskost wordt aangerekend.
- het betalen van een waarborgsom voor de personenalarmsystemen volgens de lijst in bijlage;
- het betalen van een huurprijs per dag voor de personenalarmsystemen, abonnementsgeld voor de aansluiting op de meldcentrale inbegrepen, volgens de lijst in bijlage;
- het betalen van een éénmalige installatiekost voor de personenalarmsystemen volgens de lijst in bijlage;
- het ziekenfonds staat in voor de betaling van het abonnementsgeld aan de meldcentrale. Deze betaling wordt gedragen door de bijdragen van de leden;
- de huurprijs per dag en de waarborgsom zijn verschuldigd vanaf de eerste dag van de ontlening.

Artikel 59

Ontleningen die reeds lopen van vóór 1/1/2019 behouden hun huidige waarborgsom en huurprijs. Voor nieuwe ontleningen die ingaan vanaf 1/1/2019 worden de waarborgsom en de huurprijs aangerekend zoals vermeld in de bijlage van deze statuten.

Artikel 60

De ontleners dient het materiaal in goede staat te onderhouden.

Bij beschadiging of breuk aan het materiaal wordt de ontleners een kost aangerekend, berekend op basis van een bestek.

Bij ernstige bevuiling van het materiaal wordt de ontleners een kost aangerekend op basis van een bestek.

Bij verlies of diefstal van het materiaal moet dit door de ontleners vergoed worden door de betaling van de prijs die het materiaal heeft gekost.

De uitlener kan niet aansprakelijk gesteld worden voor welke schade ook toegebracht aan de ontleners of aan derden, door de ontleende zaak of het gebruik ervan.

15/06 Sociaal fonds “zwaar getroffen leden”

Prothesen en synthesemateriaal

Artikel 61

Deze dienst verleent naar aanleiding van een hospitalisatie een tussenkomst in de oplegkosten bovenop het deel aangerekend in de verplichte verzekering :

- voor het materiaal gebruikt bij de implantatie van prothesen zoals voorzien in punt L. van bijlage 1 bij het K.B. van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve hulpmiddelen;
- voor het disposable materiaal gebruikt bij robotchirurgie;
- voor de ingrepen ter behandeling van morbide obesitas zoals voorzien in punt E. van bijlage 1 bij het K.B. van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedure, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van de implantaten en invasieve hulpmiddelen;
- voor de ingrepen met betrekking tot borstreconstructies zoals bedoeld in punt J. van bijlage 1 bij het K.B. van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedure, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van de implantaten en invasieve hulpmiddelen.

De tussenkomst bedraagt 100% van de oplegkosten boven de 100 euro met een maximum van 350 euro per ziekenhuisopname.

Ingeval een tussenkomst mogelijk is via de verplichte verzekering vervalt de tussenkomst. Indien de tussenkomst van de verplichte verzekering lager ligt dan de tussenkomst voorzien bij onderhavige statuten, wordt het verschil toegekend.

Het totale bedrag van de tussenkomst kan niet hoger zijn dan de totale gedragen kosten door het lid.

De tussenkomst wordt betaald op voorlegging van de originele ziekenhuisfactuur.

Incontinentiemateriaal

Artikel 62

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst aan de personen die lijden aan incontinentie en hiervoor aangewezen zijn op het gebruik van absorberende hulpmiddelen, hetgeen werd vastgesteld aan de hand van een medisch attest.

De tussenkomst bedraagt 50% van de kostprijs van het materiaal met een globaal maximum van 200 euro per kalenderjaar, aangekocht bij de zorgwinkels die in de bijlagen van de statuten zijn opgenomen en er integraal deel van uit maken

Na voorlegging van de aankoopfactuur zal de tussenkomst uitbetaald worden.

De tussenkomst wordt niet verleend :

- aan de leden of hun personen ten laste welke niet thuis worden verzorgd;
- aan de leden of hun personen ten laste die via de verplichte verzekering van een incontinentieforfait met nomenclatuurnummer 740191 kunnen genieten.

Behartenswaardige gevallen

Artikel 63

Begunstigden

Deze dienst heeft tot doel een financiële tegemoetkoming te verlenen aan rechthebbenden die geconfronteerd worden met uitzonderlijke en hoge kosten, ten gevolge van hun gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging.

Voorwaarden

Voor tegemoetkoming worden in aanmerking genomen :

- uitzonderlijke en hoge kosten, ten gevolge van de gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging :
 - die niet voor tegemoetkoming in aanmerking komen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming 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.

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 arts-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 :

- wordt enkel toegekend op voorwaarde dat het totale bedrag aan kosten minstens 500 euro bedraagt;
- bedraagt 80 % van de in aanmerking genomen kosten ten laste van de rechthebbende;
- is beperkt tot een maximum van 1.000 euro per dossier;
- is beperkt tot een maximum van 1.500 euro per kalenderjaar.

Voor de rechthebbenden met een sociaal statuut in de zin van artikel 37 §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mag het totale bedrag van de tegemoetkoming (de optelsom van de tegemoetkoming van de mutualistische entiteit met een andere mogelijke tegemoetkoming toegekend krachtens een wettelijke of reglementaire bepaling) niet kleiner zijn dan deze voor de andere leden.

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.

Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend op voorlegging van:

- een aanvraag door de rechthebbende;
- een attest van de behandelende arts-specialist waaruit de medische noodzaak van de behandeling of verzorging blijkt;
- facturen, onkostennota's die de uitzonderlijke en hoge kosten ten laste van het lid staven.

Logopedie

Artikel 64

De dienst voorziet voor leden die geen rechten kunnen doen gelden in de verplichte ziekteverzekering, een tussenkomst van 7 euro per zitting logopedie voor maximaal 100 zittingen gedurende een periode van ten hoogste 24 maanden.

De tussenkomst gebeurt mits goedkeuring van de adviserend-arts van het ziekenfonds op basis van een medisch voorschrift en verslag van de logopedist.

Verzorgingsmateriaal

Diabetes

Artikel 65

Het ziekenfonds waarborgt aan de leden een tussenkomst in de aankoopprijs van bloedglucosemeter, bloedglucosestrips, insuline-injectienaalden, prikpen en lancetten alsook in het lidgeld betaald aan de Diabetes Liga of de Association Belge du Diabète.

De tussenkomst bedraagt 50% van de aankoopprijs van bovenvermeld materiaal en 100% van het lidgeld bij voornoemde verenigingen met een maximum voor beide tussenkomsten tezamen van 150 euro per lid en per kalenderjaar.

De tussenkomst in het materiaal wordt uitbetaald na voorlegging van het aankoopbewijs. De diabetespatiënten moeten dit bewijzen door een éénmalig medisch attest of een zorgtraject of een diabetesconventie.

De tussenkomst in het lidgeld wordt uitbetaald na voorlegging van het attest van de diabetes-vereniging met vermelding van het bedrag van het betaalde lidgeld of van het aanvraagformulier van het ziekenfonds waarbij het betalingsbewijs is gevoegd.

Ingeval een tussenkomst mogelijk is via de verplichte verzekering vervalt de tussenkomst. Indien de tussenkomst van de verplichte verzekering lager ligt dan de tussenkomst voorzien bij onderhavige statuten, wordt het verschil toegekend.

Verzorgingsmateriaal

Artikel 66

De dienst verleent aan de leden een tussenkomst ten belope van 50% van de aankoopprijs met een maximum van 150 euro per kalenderjaar in de aankoop van volgend verzorgingsmateriaal :

- verzorgend materiaal tegen doorligwonden
- sondagemateriaal
- vloeibare voeding

De terugbetaling van de drie soorten verzorgingsmateriaal is combineerbaar maar mag de maximum voorziene tussenkomst per kalenderjaar niet overschrijden.

De tussenkomst voor verzorgend materiaal tegen doorligwonden en sondagemateriaal wordt uitbetaald op voorlegging van een factuur van een erkende verdeler, een medisch attest kan gevraagd worden. De tussenkomst wordt niet verleend bij hospitalisatie of bij een verblijf in een RVT/ROB.

De tussenkomst voor vloeibare voeding wordt uitbetaald op voorlegging van een attest van de behandelende arts waaruit de noodzaak blijkt dat het tot zich nemen van vaste voeding medisch onmogelijk is, en een BVAC-attest van de apotheker.

Ingeval een tussenkomst mogelijk is via de verplichte verzekering vervalt de tussenkomst. Indien de tussenkomst van de verplichte verzekering lager ligt dan de tussenkomst voorzien bij onderhavige statuten, wordt het verschil toegekend.

Ernstige aandoeningen

Artikel 67

De dienst verleent aan de leden een tussenkomst van 50% van de oplegkosten met een maximum van 150 euro per kalenderjaar voor de volgende ernstige aandoeningen :

- ziekte van Crohn
- mucoviscidose
- psoriasis

De terugbetaling van deze drie ernstige aandoeningen is combineerbaar maar mag de maximum voorziene tussenkomst per kalenderjaar niet overschrijden.

Ziekte van Crohn

Op voorlegging van de kosten wordt er een tussenkomst uitbetaald in de oplegkosten van specifieke behandelingen, onderzoeken, geneesmiddelen en andere technieken in verband met de ziekte van Crohn

Mucoviscidose

Op voorlegging van de kosten wordt er een tussenkomst uitbetaald in de oplegkosten van specifieke behandelingen en onderzoeken in verband met mucoviscidose, alsook de aankoop van een aërosol.

Psoriasis

Op voorlegging van de kosten wordt er een tussenkomst uitbetaald in de oplegkosten voor specifieke behandelingen, geneesmiddelen of andere technieken in verband met psoriasis. Verblijfkosten zijn uitgesloten.

15/07 Voordelen bij geboorte en adoptie

Geboortepremie

Artikel 68

De dienst verleent per aangesloten ouder een tussenkomst van 100 euro bij geboorte, adoptie of pleegzorg van een kind jonger dan 2 jaar.

De tussenkomst wordt uitgekeerd hetzij op voorlegging van een geboortecertificaat of van een attest dat de doodgeboorte na de zesde maand zwangerschap bevestigt, hetzij van een attest waaruit de definitieve volle adoptie blijkt hetzij een attest waaruit blijkt dat de pleegzorg minstens 1 jaar bedraagt.

De ouder die de geboorte-, adoptie- of pleegzorgpremie krijgt, moet aangesloten zijn bij ons ziekenfonds op het ogenblik van de geboorte, adoptie of pleegzorg van het kind.

Waardebon bij geboorte

Artikel 69

Bij iedere geboorte, volle adoptie of pleegzorg voor een kind jonger dan 2 jaar verwerft iedere ouder die lid is, een tegemoetkoming in de kostprijs van de babyuitzet, in de vorm van een waardebon van 50 euro per geboren of geadopteerd kind of pleegkind jonger dan 2 jaar.

Deze waardebon kan enkel gebruikt worden voor aankopen in de zorgwinkels van het ziekenfonds die weergegeven zijn in de bijlage van deze statuten of via de website www.zorgboetiek.be.

De ouder moet op het moment van de geboorte of volle adoptie van het kind of pleegzorg jonger dan 2 jaar aangesloten zijn bij ons ziekenfonds.

Dit voordeel is niet verworven bij een doodgeboorte.

De waardebon wordt verleend na voorlegging van het attest van geboorte, volle adoptie of pleegzorg en blijft geldig tot twee jaar na de afgiftedatum van de waardebon.

Luiertussenkomst

Artikel 70

De dienst verleent een tussenkomst in de aankoop van luiers voor kinderen die de leeftijd van 2 jaar nog niet bereikt hebben.

De tussenkomst bedraagt 50% van de aankoopprijs met een maximum van 75 euro per kind dat de leeftijd van 2 jaar nog niet bereikt heeft.

Op het ogenblik van de aankoop moet het kind aangesloten zijn bij het ziekenfonds.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een origineel aankoopbewijs van baby- of kinderluiers.

Zwangerschapspakket

Artikel 71

Vanaf de 20^{ste} week zwangerschap verwerft elke toekomstige moeder een zwangerschapspakket.

Dit pakket omvat enerzijds het verstrekken van praktische informatie rond zwangerschap en geboorte door onze zwangerschapsconsulenten en anderzijds een waardebon van 50 euro als tegemoetkoming in de kostprijs van de babyuitzet, te besteden in de zorgwinkels van het ziekenfonds die weergegeven zijn in de bijlage van deze statuten of via de website www.zorgboetiek.be.

Het zwangerschapspakket wordt toegekend aan de toekomstige moeder die lid is in de periode tussen de 20^{ste} week van de zwangerschap en de bevalling.

Het zwangerschapspakket wordt toegekend mits voorlegging van het daartoe door het ziekenfonds voorziene aanvraagformulier, ingevuld door de huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog.

15/08 Medische hulpmiddelen

Artikel 72

Deze dienst zal georganiseerd worden in samenwerking met Vrije Sociale Werken-3 – vzw.

Alle leden van het ziekenfonds, ongeacht hun leeftijd, kunnen in de zorgwinkels of op de webshop van Vrije Sociale Werken-3 – vzw, die in de bijlagen van de statuten zijn opgenomen en er integraal deel van uit maken, of in de kantoren van het ziekenfonds terecht voor de aankoop van medische hulpmiddelen met name :

- orthopedische producten;
- incontinentiemateriaal;
- thuiszorgmateriaal;
- revalidatiemateriaal.

Indien de aankoop in een kantoor van het ziekenfonds gebeurt, zal het ziekenfonds de bestelling noteren en doorspelen aan een zorgwinkel van Vrije Sociale Werken-3 – vzw.

De bestelde medische hulpmiddelen kunnen door het lid afgehaald worden ofwel in een van de zorgwinkels van Vrije Sociale Werken-3 – vzw ofwel in de kantoren van het ziekenfonds of kunnen gratis door de zorgwinkel geleverd worden ten huize van het lid zelf vanaf een aankoopbedrag van 100 euro of meer. Voor kleinere bedragen zullen de verzendingskosten doorgerekend worden aan het lid.

Bij iedere aankoop in een zorgwinkel of via de webshop van Vrije Sociale werken-3 – vzw of in de kantoren van het ziekenfonds geniet ieder lid van een korting van 15%, uitgezonderd voor producten waarvoor in de verplichte ziekteverzekering een nomenclatuurnummer is voorzien.

Deze korting geldt voor alle leden, ongeacht hun leeftijd, en op voorwaarde dat zij in orde zijn met de betaling van hun bijdragen voor de aanvullende diensten.

15/09 Gezondheidsopvoeding en –promotie

Sportwaardebon

Artikel 73

Ieder lid dat op basis van artikel 61, punt 2 van de statuten van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten, een tussenkomst “sport” ontvangt, krijgt daar van ons ziekenfonds bovenop nog een “sport en wees actief” waardebon van 25 euro.

Deze waardebon kan enkel gebruikt worden voor aankopen in de zorgwinkels van het ziekenfonds die weergegeven zijn in de bijlage van deze statuten of via de website www.zorgboetiek.be.

De waardebon wordt verleend op basis van het ingediend sport-attest zoals voorzien in artikel 61, punt 2 van de statuten van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten en blijft geldig tot twee jaar na de afgiftedatum van de waardebon. De lijst met de door de Landsbond van Liberale Mutualiteiten erkende sporten vindt u terug in bijlage van deze statuten.

Tekst van artikel 61, punt 2 van de statuten van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten

Er wordt een tussenkomst verleend aan leden die een fysiek inspannende sport doen die voorkomt op een door de Landsbond van Liberale Mutualiteiten erkende lijst, en die lid-, aansluitings-, inschrijvings- of abonnementsgeld betalen :

- a. aan een federaal, door een gemeenschap, provinciaal, regionaal of gemeentelijk erkende sportclub of
- b. aan een organisatie die sportactiviteiten organiseert aansluitend aan de schooluren, of
- c. aan een fitnesscentrum, erkend door een officiële federatie of
- d. voor babyzwemmen (voor de ouder én het kind) of
- e. voor joginitiatie of
- f. voor een sportactiviteit georganiseerd door het ziekenfonds of een sportactiviteit georganiseerd door een federaal, provinciaal, regionaal of gemeentelijk erkende sportclub of –dienst.

De sportactiviteit moet worden beoefend in niet-professioneel verband en mag niet worden vergoed.

De maximale tussenkomst bedraagt 25 euro per persoon en per kalenderjaar.

Er wordt tevens een tussenkomst verleend voor een gezinsabonnement voor alle gezinsleden gedomicilieerd op hetzelfde adres en die lid zijn van een aangesloten ziekenfonds. Met dit abonnement kunnen de leden die deel uitmaken van hetzelfde gezin sporten.

Bij aankoop van een gezinsabonnement heeft elk lid van het gezin recht op, indien er beschikbare middelen zijn, maximaal 25 euro op voorwaarde dat de totale kostprijs van het abonnement gelijk is aan of meer bedraagt dan de som van de tegemoetkomingen voor alle leden van het gezin waarvoor het abonnement van toepassing is.

Indien de kostprijs van het gezinsabonnement minder bedraagt dan de som van de tegemoetkoming van de leden van het gezin waarvoor het abonnement van toepassing is, wordt de tussenkomst gelijkmatig verdeeld over alle rechthebbende leden van het gezin.

De terugbetaling van de verschillende vormen van tussenkomst zijn combineerbaar, maar mogen het maximum voorziene bedrag van 25 euro per lid per kalenderjaar niet overschrijden.

In geval van aansluiting bij een fitnesscentrum wordt de tussenkomst verstrekt mits per kalenderjaar hetzij de aankoop van een 10 beurtenkaart wordt geattesteerd, hetzij de aankoop van een abonnement wordt geattesteerd dat, al dan niet aansluitend, drie maanden bestrijkt.

Inschrijvingsgeld voor het volgen van een sportcursus bij een sportclub komt in aanmerking voor terugbetaling indien per kalenderjaar minstens 10 sessies van dezelfde sporttak werden gevolgd.

De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van het ingevuld mutualistisch formulier of een attest afgeleverd door de organisator, met minimale vermelding van de soort sport, identificatiegegevens van het lid en de organisator, de periode van lidmaatschap (voor aanvragen ressorterend onder a., b., c., d. of e.), de kostprijs, en datum.

15/10 Jeugddienst

Zakgeld zomervakantie Crejaksie of Sportievak

Artikel 74

De dienst verleent een tussenkomst van 20 euro, zakgeld genoemd, bij elke deelname aan een zomervakantie georganiseerd door de vzw Crejaksie of de vzw Sportievak. De uitbetaling gebeurt op voorlegging van het bewijs van deelname of het attest "zakgeld", afgeleverd door de vzw Crejaksie of Sportievak, na betaling van het volledige inschrijvingsgeld.

Om te kunnen genieten van het voordeel dient het betrokken lid aangesloten te zijn bij het ziekenfonds als gerechtigde of als persoon ten laste op de startdatum van de activiteit.

Superpromo bij deelname binnenlandse vakantie van Crejaksie

Artikel 75

De dienst verleent een tussenkomst van 25 euro superpromo voor de leden die deelnemen aan een binnenlandse vakantie van de vzw Crejaksie. Deze tussenkomst geldt voor één vakantie per kalenderjaar en wordt op voorlegging van het bewijs van deelname rechtstreeks verrekend met vzw Crejaksie.

Om te kunnen genieten van het voordeel dient het betrokken lid aangesloten te zijn bij het ziekenfonds als gerechtigde of als persoon ten laste op de startdatum van de activiteit.

Cursusgeld monitor Crejaksie

Artikel 76

Deze dienst verleent een tussenkomst van 54 euro in het cursusgeld voor leden die een opleiding tot monitor/monitrice bij Crejaksie volgen. De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een attest van deelname, afgeleverd door Crejaksie, met vermelding van de duur van het verblijf en de deelnameprijs en wordt rechtstreeks verrekend met de vzw Crejaksie.

Om te kunnen genieten van het voordeel dient het betrokken lid aangesloten te zijn bij het ziekenfonds als gerechtigde of als persoon ten laste op de startdatum van de activiteit.

15/11 Diverse medische verstrekkingen

Vaccinaties

Artikel 77

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst van maximum 25 euro per kalenderjaar per rechthebbende voor vaccins die in België erkend zijn.

De tussenkomst wordt uitbetaald na voorlegging van het BVAC-attest afgeleverd door de apotheker.

De tussenkomst geldt niet voor rechthebbenden die op het ogenblik van de vaccinatie in aanmerking komen voor een gratis vaccin in het kader van een vaccinatieprogramma van de overheid.

Anticonceptiva

Artikel 78

Alle personen die rechtgevend zijn op kinderbijslag ontvangen een tussenkomst in de aankoopprijs van anticonceptiemiddelen. De tussenkomst bedraagt 30 euro per kalenderjaar in de aankoopprijs van contraceptiepil, de contraceptieve patch, de vaginale ring, het spiraal en de implantaatpil. De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van een BVAC-attest voor vergoedbare farmaceutische verstrekkingen bij aankoop bij een apotheker.

Preventief onderzoek naar darmkanker

Artikel 79

Aansluitend bij het bevolkingsonderzoek voor de leeftijd van 55 tot 74 jaar van de Vlaamse Gemeenschap organiseert het ziekenfonds een dienst ter preventie van darmkanker bij leden van 50 tot en met 54 jaar.

Het ziekenfonds betaalt de publieksprijs van de fec-o-test en de Veroval-test, een diagnostische zelftest voor het opsporen van bloed in de ontlasting, voor de leden vanaf de leeftijd van 50 tot en met 54 jaar volledig terug.

De terugbetaling wordt uitgevoerd mits het voorleggen van het BVAC-attest van de apotheker.

Tussenkomst oordoppen

Artikel 80

Het ziekenfonds verleent een jaarlijkse tussenkomst van 30 euro bij de aankoop van op maat gemaakte oordoppen bij een door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid erkende audioloog.

De tussenkomst wordt uitbetaald op voorlegging van de aankoopfactuur.

Tussenkomst remgelden kinderen jonger dan 7 jaar

Artikel 81

De dienst voorziet in de terugbetaling van de in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen voorziene wettelijke persoonlijke aandelen (officiële remgelden) voor de prestaties opgenomen in de bijlage van de statuten en maakt er integraal deel van uit, genoten door kinderen van minder dan 7 jaar die beschikken over een globaal medisch dossier (G.M.D.) onder de volgende voorwaarden :

- a) het G.M.D. dient geopend en lopende te zijn op het moment van de geneeskundige prestatie die het voorwerp uitmaakt van een vraag tot tussenkomst zoals hierboven bepaald. Het geopende/verlengde G.M.D. loopt vanaf de datum van opmaak tot 31 december van het tweede jaar volgend op het jaar van attestering;
- b) de tussenkomsten zullen toegekend worden aan de titularis bij wie het kind voor de ZIV-reglementering ingeschreven staat of aan het kind dat zelf ingeschreven is als ZIV-titularis en dit op basis van originele ZIV-getuigschriften van verstrekte hulp;

- c) de tussenkomst zal enkel verleend worden indien er voor de rechthebbende voor de voorgelegde getuigschriften voor verstrekte hulp ook een tegemoetkoming mag verleend worden binnen de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- d) bij mutatie of transfer van/naar een ander ziekenfonds van een kind ingeschreven als titularis of van de titularis bij wie het kind ingeschreven is, is de tussenkomst slechts verschuldigd vanaf/tot en met de datum van aansluiting/afsluiting bij het ziekenfonds;
- e) deze tussenkomst is niet cumuleerbaar met andere soortgelijke wettelijke ZIV-tegemoetkomingen in de persoonlijke ZIV-aandelen (MAF-remgelden);
- f) deze tussenkomst kan enkel verleend worden indien de gerechtigde in regel is met de betaling van de bijdragen en in de mate dat er beschikbare middelen zijn.

Tussenkomst gezondheidstherapie kankerpatiënten

Artikel 82

Deze dienst verleent een tussenkomst in de kostprijs van gezondheidstherapie voor kankerpatiënten bestaande uit schoonheidsbehandelingen en zorgmassages.

De tussenkomst bedraagt 10 euro per behandeling met een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar.

De terugbetaling van beide gezondheidstherapieën is combineerbaar maar mag de maximum voorziene tussenkomst per kalenderjaar niet overschrijden.

De tussenkomst wordt betaald na voorlegging van het ingevuld aanvraagformulier van het ziekenfonds.

Schoonheidsbehandeling

De schoonheidsbehandeling moet verstrekt worden door een schoonheidsspecialist die daartoe een specifieke opleiding heeft gevolgd bij het Institute For Professional Care VZW (IFPC) en als dusdanig een erkenning heeft van het IFPC.

Een door het IFPC erkende schoonheidsspecialist is terug te vinden op de site www.boekeenafpraak.be/ifpc/kanker.

Zorgmassage

De zorgmassage moet verstrekt worden door een zorgmasseur terug te vinden is op de site van www.massaged.be of www.netwerkzorgmasseurs.be.

DIENSTEN DIE NOCH VERRICHTING NOCH VERZEKERING ZIJN

37/01 Periodieke informatie aan de leden

Artikel 83

Het ziekenfonds richt een dienst periodieke informatie aan de leden in die als opdracht heeft om vijf maal per jaar het ledenblad "De Liberale Mutualiteit" met regionale en nationale informatie te verspreiden.

Via deze dienst :

- a) worden de portkosten met betrekking tot het versturen van het voornoemd ledenblad betaald;
- b) wordt het drukken van de supplementaire regionale bladzijden gefinancierd.

37/02 Dienst maatschappelijk werk

Artikel 84

Doel

De dienst heeft tot doel personen die zich door ziekte, handicap, financiële of sociale kwetsbaarheid in een probleemsituatie bevinden, alsook hun mantelzorgers, hulp- en dienstverlening te bieden om hun zelfredzaamheid te verhogen, maatschappelijke integratie en participatie te bevorderen en toegang tot maatschappelijke voorzieningen te ontsluiten.

Rechthebbenden

Deze dienst richt zich tot iedereen.

Voordeel

De dienst geeft sociale en psychosociale hulp en verstrekt informatie en advies, in uitvoering van de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid.

Middelen

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend.

Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering, wordt de dienst gefinancierd met middelen die door de bevoegde overheid ter beschikking worden gesteld en een ledenbijdrage.

Modaliteiten

De dienst werkt overeenkomstig de werkprincipes en richtlijnen vastgesteld in het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009, voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

37/03 Regionaal dienstencentrum

Artikel 85

Doel

De dienst heeft tot doel de thuiszorg te coördineren zodat deze optimaal wordt afgestemd op de noden van de gebruiker.

De dienst geeft uitvoering aan de artikelen 20, 21 en 22 van het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

Doelgroep

Deze dienst richt zich tot iedereen en in het bijzonder tot gebruikers van thuiszorg, hun mantelzorgers en professionele hulpverleners.

Voordeel

De dienst verleent informatie en advies inzake de organisatie van de thuiszorg.

Middelen

Behoudens de betaling van de bijdrage welke voorzien is in de bijdragetabel opgemaakt via het systeem ETAC of de webapplicatie MutWeb als opvolger ervan waarvan de praktische modaliteiten beschreven zijn in de omzendbrief 14/03/D1 van 27 februari 2014, geniet het lid van de dienst zonder een bijkomende financiële tussenkomst door hem.

Bovendien verleent het regionaal dienstencentrum geen enkele financiële tegemoetkoming aan de leden.

Modaliteiten

De dienst beoogt een integrale benadering van de hulpvraag.

Het kan dit zelf doen of in samenwerking met de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds als ook door een erkende dienst voor gezins- en bejaardenhulp door de Vlaamse Gemeenschap.

38/01 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur jeugd

Artikel 86

Doel

De dienst heeft als doel ondersteuning te geven aan de vzw Crejaksie, als socio-sanitaire structuur zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010. De vzw Crejaksie heeft tot doel de algemene menselijke ontplooiing als mede de gezondheid van de jeugd te stimuleren teneinde hun fysieke, psychische en sociale welzijn te bevorderen.

Werking

De dienst verleent een toelage, opgenomen in bijlage van deze statuten, aan de vzw Crejaksie ter ondersteuning van hun werking en hun activiteiten.

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

38/02 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur gepensioneerden/gehandicapten/invaliden

Artikel 87

Doel

De dienst heeft als doel ondersteuning te geven aan de vzw Vief meer bepaald aan de regionale afdelingen vzw Vief Limburg en vzw Vief West-Vlaanderen, als socio-sanitaire structuur zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

De vzw Vief heeft tot doel de permanente persoonsontplooiing als mede de gezondheid van senioren, gehandicapten en invaliden te behartigen teneinde hun fysieke, psychische en sociale welzijn te bevorderen.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/03 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw J-Club De Knapzak - La Besace

Artikel 88

Doel

De dienst heeft als doel ondersteuning te geven aan de vzw J-Club De Knapzak – La Besace, als socio-sanitaire structuur zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

De vzw J-Club De Knapzak – La Besace heeft tot doel jongeren te herbergen, te begeleiden en te vormen, alsook het inhoudelijk inrichten van hun vrije tijd en vakantie.

Ze richt zich in de eerste plaats tot sociaal zwakkeren, kansarmen, gehandicapten en invaliden, dit alles in het kader van het sociaal toerisme. Nochtans zal zij in het kader van de integratie openstaan voor alle groepen.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/04 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Creafun

Artikel 89

Doel

De dienst heeft als doel ondersteuning te geven aan de vzw Creafun, als socio-sanitaire structuur zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

Het doel van de vzw Creafun is het vervullen van volgende functies :

- ontmoeting en spel, waarbij kinderen en jongeren in groepsverband samenkomen met als doel de ontmoeting tussen hen te bevorderen en te stimuleren, of creatieve activiteiten, amateuristische kunstbeoefening en podiumkunsten : dit is het bevorderen van de artistieke activiteit van kinderen en/of jongeren, in een zo ruim mogelijke waaier van artistieke genres en expressievormen. Dit kan door middel van programmatie, eigen producties en/of artistieke vorming;
- agogische werking, vorming van jongeren en medewerkers of kadervorming. Dit houdt in de inhoudelijke, levensbeschouwelijke en maatschappelijke vorming van geïnteresseerde jongeren of leden, evenals de kadervorming van medewerkers, belast met het animeren en begeleiden van jeugdwerkinitiatieven. Deze sessies hebben een specifiek thema, onderwerp en problematiek die men wil uitdiepen;
- inspraak- en participatiebevordering of stimuleren van vrijwilligerswerk;
- het bevorderen van integratie in het maatschappelijk leven door informatie, opvang en/of begeleiding van jongeren via elk initiatief dat minstens 20% van de deelnemers rekruteert uit jongeren met een handicap, jongeren die geconfronteerd worden met aanwijsbare kansarmoedefactoren of jongeren met een verhoogd risico tot uitsluiting uit hun omgeving;
- informatie, hulp en dienstverlening door dienstverlenende en coördinerende activiteiten, ombudsfunctie, actieve informatieverstrekking, uitbouw van eerstelijnsopvang voor een breed spectrum van problemen, dit alles specifiek voor kinderen en/of jongeren omtrent bepaalde of alle aspecten van het kind- of jongvolwassen zijn, inzake vrijetijdsbesteding, jeugdwelzijn, persoonlijkheidsvorming en relaties, de participatie aan het maatschappelijk gebeuren.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/05 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw West-Vlaams Liberaal Sociaal Fonds

Artikel 90

Doel

De dienst heeft als doel ondersteuning te geven aan de vzw West-Vlaams Liberaal Sociaal Fonds, als socio-sanitaire structuur zoals bedoeld in artikel 1,5° van het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

De vzw West-Vlaams Liberaal Sociaal Fonds heeft als doel het organiseren van mutualistische, sociale, culturele en filantropische dienst- en hulpverlening, in al haar vormen, in het raam van de globale actie met inbegrip van de aanleunende werken van het ziekenfonds te bevorderen, te organiseren of te financieren.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/06 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw J-Club De Panne

Artikel 91

Doel

In het kader van de samenwerking wordt overwogen de vzw J-Club De Panne te betoelagen voor haar werking.

Het doel van de vzw J-Club De Panne is jongeren te herbergen, te begeleiden en te vormen, alsook het inhoudelijk inrichten van hun vrije tijd en vakantie.

Ze richt zich in de eerste plaats tot sociaal zwakkeren, kansarmen, gehandicapten en invaliden; dit alles in het kader van het sociaal toerisme.

Nochtans zal zij in het kader van de integratie openstaan voor alle groepen.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/07 (geschrapd vanaf 1 januari 2019)

Artikel 92

Wordt geschrapd vanaf 1 januari 2019

38/08 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Sportievak

Artikel 93

Doel

In het kader van de samenwerking wordt overwogen de vzw Sportievak te betoelagen voor haar werking.

Het doel van de vzw Sportievak is: op onbaatzuchtige wijze de lichamelijke opvoeding, de sport en het openluchtlevens te bevorderen in het perspectief van een sociaal en maatschappelijk engagement.

De specifieke doelstelling van Sportievak is tweeledig. Enerzijds voor de jeugd: de niet-sportende jeugd aan te zetten tot sporten en de sportende jongeren stimuleren om dit te blijven doen. Anderzijds willen wij de volwassenen stimuleren tot bewegen en sporten.

Dit alles gebeurt op een zinvolle en verantwoorde manier op recreatief niveau.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/09 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Provinciaal Verbond van West-Vlaamse Willemsfondsafdelingen

Artikel 94

Doel

In het kader van de samenwerking wordt overwogen de vzw Provinciaal Verbond van West-Vlaamse Willemsfondsafdelingen te betoelagen voor haar werking.

Het Provinciaal verbond van West-Vlaamse Willemsfondsafdelingen - vzw is een Vlaamse, liberaal-vrijzinnige, culturele vereniging die in West-Vlaanderen, via al haar afdelingen, aan sociaal-cultureel volwassenenwerk doet. De vereniging heeft daarbij aandacht voor samenwerkings- en uitwisselingsprojecten met organisaties in binnen- en buitenland.

Met haar sociaal-cultureel volwassenenwerk verdedigt de vereniging de Nederlandse taal en cultuur. Zij streeft de culturele, economische, wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkeling na, alsook de emancipatie van het individu in een klimaat van verdraagzaamheid en van geestelijke en politieke vrijheid.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

38/10 Dienst betoelaging socio-sanitaire structuur vzw Gezondheidsschool

Artikel 95

Doel

In het kader van de samenwerking wordt overwogen de vzw Gezondheidsschool te betoelagen voor haar werking.

Het doel van de vzw Gezondheidsschool is: initiatieven te nemen op korte, middellange en lange termijn op basis van een liberale visie op gezondheidsbeleid, rond gezondheidspromotie, gezondheidspreventie en zelfhulpgroepen.

Voor het uitwerken van haar acties dient de vereniging zowel met de individuele als met de maatschappelijke dimensies van gezondheidspromotie rekening te houden. Hiertoe dient zij te informeren, sensibiliseren, activeren, reactiveren en begeleiden.

De vereniging staat open voor het brede publiek.

Tevens wenst de vereniging ter verwezenlijking van haar doel het overleg met plaatselijke, provinciale en nationale initiatieven te stimuleren, gemeenschappelijke acties uit te werken, of uitgewerkte acties te ondersteunen.

Werking

Er worden door deze dienst geen voordelen toegekend die een individueel recht openen op een tussenkomst die beantwoordt aan een onzekere en toekomstige gebeurtenis.

Er worden door de betoelaging van de socio-sanitaire structuur op geen enkele wijze voordelen aan de leden toegekend, die niet ook worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuur.

Om het doel te realiseren wordt een toelage voorzien zoals vermeld in de bijlage bij deze statuten.

93 Dienst financiering collectieve acties : patrimonium

Artikel 96

Het ziekenfonds organiseert voor de leden een dienst patrimonium met als doel het aanbieden van de nodige infrastructuur voor de leden van het ziekenfonds en met het oog daarop te kopen, bouwen, verkopen, ruilen huren en verhuren van roerend en onroerend goed.

De dienst wordt georganiseerd in samenwerking met de vzw's Vrije Sociale Werken-1 en Liberale Sociale Werken Limburg.

Voor 2019 bedraagt de financiering het bedrag van maximum 400.000 euro waarbij maximum 350.000 euro gaat naar de vzw Vrije Sociale Werken-1 en 50.000 euro naar de vzw Liberale Sociale Werken Limburg.

Het overwogen maximaal bedrag dat voor 2020 en 2021 ter financiering van de dienst wordt toegekend bedraagt 400.000 euro per jaar waarbij 350.000 euro gaat naar de vzw Vrije Sociale Werken-1 en 50.000 euro naar de vzw Liberale Sociale Werken Limburg.

98/2 Dienst financiering collectieve acties : administratief centrum

Artikel 97

Het administratief centrum heeft tot doel de bijdragen te innen bestemd om een eventueel mali in 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, aan te zuiveren en dit in de mate van de geïnde bijdragen. Naar analogie worden hieraan ook de boni inzake administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen toegewezen.

Wat de toekenning van de activa en passiva betreft, worden de technische kosten en opbrengsten, met name de opbrengsten en kosten die ingevolge hun aard direct betrekking hebben op een welbepaalde dienst, zoals de bijdragen, de prestaties, de toelagen van de openbare machten, de giften, de legaten, ontvangsten en inkomsten allerhande rechtstreeks aan deze dienst toegerekend. Andere kosten dan technische kosten worden toegerekend, enerzijds aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en anderzijds aan de verschillende diensten of groepen van diensten van de aanvullende diensten, op grond van een analyse van de effectieve kosten die betrekking hebben op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en op elkeen van de diensten of groepen van diensten van de aanvullende diensten.

De inkomsten van het administratief centrum zijn de volgende :

1. de intresten van de belegde gelden. De financiële opbrengsten worden verdeeld onder de diensten en groepen van diensten van de aanvullende diensten en het administratief centrum op grond van het bedrag, bij het begin van het boekjaar, van de beschikbaarheden van deze verschillende diensten of groepen van diensten. Indien de som van deze beschikbaarheden negatief is, wordt geen enkel aandeel toegekend, maar kan aan deze dienst of groep van diensten een debetintrest worden aangerekend a rato van de gemiddelde effectieve intrestvoet van de opbrengst van de beleggingen, voor het desbetreffende boekjaar.
2. de boni inzake administratiekosten in de verplichte verzekering, verworven krachtens artikel 195 par. 3 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Worden eveneens toegewezen aan het administratief centrum, de opbrengsten en kosten die door de Controledienst werden vastgesteld.

HOOFDSTUK 10

SAMENWERKINGSAKKOORDEN

Artikel 98

Met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen bedoeld in art. 2 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen kan de algemene vergadering samenwerkingsakkoorden afsluiten, rekening houdend met de voorwaarden bepaald bij art. 43, par. 1, 2 en 3 van voormelde wet.

Met de hierna volgende rechtspersonen zijn samenwerkingsakkoorden afgesloten.

Vrije Sociale Werken-3 - vzw

Voordelen

Vrije Sociale Werken-3 – vzw staat in voor de verkoop van medische hulpmiddelen met name orthopedische producten, incontinentie-, thuiszorg- en revalidatiemateriaal.

Vrije Sociale Werken-3 – vzw staat in voor de levering van de voormelde medische hulpmiddelen ofwel via haar eigen zorgwinkels ofwel via de kantoren van het ziekenfonds ofwel ten huize van het lid.

Vrije Sociale Werken-3 – vzw verleent een korting van 15% bij iedere aankoop van voormelde medische hulpmiddelen uitgezonderd voor producten waarvoor in de verplichte ziekteverzekering een nomenclatuurnummer is voorzien.

Deze korting geldt voor alle leden, ongeacht hun leeftijd, en op voorwaarde dat zij in orde zijn met de betaling van hun bijdragen voor de aanvullende diensten.

Solidariteit voor het Gezin – v.z.w. en Sowel – v.z.w.

Voordelen

Thuisoppas zieke kinderen :

- ter beschikking stellen van een oppasser bij plotse ziekte van een kind dat hierdoor geen school kan lopen of niet buitenhuisig kan opgevangen worden. De oppas is mogelijk van maandag tot en met vrijdag.

Kraamzorg

- het verlenen van kraamzorg vanaf 1 maand vóór de vermoedelijke bevallingsdatum tot 12 weken na de geboorte (bij thuisbevalling of polyklinische bevalling) of tot 12 weken na het ontslag van de pasgeborene uit het ziekenhuis.

Vrije Sociale Werken-1 – vzw en Liberale Sociale Werken Limburg - vzw

Patrimonium

HOOFDSTUK 11

Geschillen en terugvorderingen

Artikel 99

A. Geschillen omtrent de toepassing van deze statuten

Onverminderd de bevoegdheid van de arbeidsrechtbanken en arbeidshoven, zoals bepaald in de artikelen 578 tot 583 van het Gerechtelijk Wetboek, kunnen alle geschillen aan de Controledienst worden voorgelegd, in toepassing van art. 52, 10E van de wet van 6 augustus 1990.

De klachten kunnen bij gewone briefwisseling, via e-mail, fax of telefonisch ingediend worden bij de Controledienst voor de ziekenfondsen. Enkel klachten in verband met de mutualistische verkiezingen moeten per aangetekend schrijven aan de Controledienst voor de ziekenfondsen medegedeeld worden.

De betrokken partijen kunnen ook beslissen hun geschil bij scheidsrechterlijke overeenkomst aan een arbitrage te onderwerpen, volgens de procedure voorgeschreven in de artikelen 1676 tot 1680 van het Gerechtelijk Wetboek.

B. Terugvorderingsprocedure van ten onrechte betaalde bedragen

Voor de invordering van de bedragen welke worden uitgekeerd in het kader van de aanvullende diensten wordt verwezen naar de principes vervat in art. 48bis van de wet van 6 augustus 1990.

HOOFDSTUK 12

BOEKHOUDING – ONTVANGSTEN – UITGAVEN - BELEGGINGEN

Artikel 100

Voor iedere dienst of activiteit houdt het ziekenfonds een afzonderlijke exploitatierekening bij, conform de bepalingen voorzien bij artikel 29, par. 3, punt 2 van de wet van 6 augustus 1990.

A. De ontvangsten van iedere dienst bestaan uit :

1. de bij artikel 42 vermelde bijdragen;
2. de toelagen van de openbare besturen;
3. de giften en legaten alsook de verschillende ontvangsten en opbrengsten voor iedere dienst bijzonder bestemd;
4. de aan iedere dienst toekomende interesten en winsten op aangekochte of verkochte titels.

B. De uitgaven van iedere dienst bestaan uit :

1. zijn aandeel in de bestuurskosten;
2. de verliezen op aandelen, titels en andere;
3. de uitgaven die voortspruiten uit de toepassing van deze statuten.

Artikel 101

Het maatschappelijke vermogen van het ziekenfonds mag niet worden aangewend voor andere doeleinden dan deze, uitdrukkelijk bij onderhavige statuten bepaald.

Artikel 102

Het maatschappelijk vermogen en de beschikbare middelen dienen belegd te worden overeenkomstig art. 29, par. 4 van de wet van 6 augustus 1990.

HOOFDSTUK 13

WIJZIGEN VAN DE STATUTEN

Artikel 103

De bevoegdheid om de statuten aan te passen komt toe aan de algemene vergadering die steeds vrij is om te beslissen tot een wijziging van de statuten. De algemene vergadering wordt bijeengeroepen door de bestuurders, in de gevallen bepaald in de wet of in de statuten, alsook wanneer tenminste een vijfde van haar leden erom verzoekt.

De statuten kunnen slechts worden gewijzigd door de algemene vergadering waarvan de beslissingen slechts geldig zijn indien de helft van de leden, de vertegenwoordigde meegerekend, aanwezig is en de beslissing met de meerderheid van twee derden van de uitgebrachte stemmen wordt genomen (Art. 10 van de wet dd. 06.08.1990).

Zo het vereiste aanwezigheidsquorum niet is bereikt kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden die geldig beraadslaagt welke ook het aantal leden zij (art. 10 van de wet van 6 augustus 1990).

Binnen een termijn van dertig dagen na de algemene vergadering moet een voor eensluitend verklaard exemplaar van de statuten voor goedkeuring neergelegd te worden bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

HOOFDSTUK 14

FUSIE – ONTBINDING - VEREFFENING

Artikel 104

Het ziekenfonds kan fusioneren met een ander wettelijk erkend ziekenfonds mits de naleving van de bepalingen voorzien bij art. 44 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

Artikel 105

Het ziekenfonds kan ontbonden worden door een beslissing van de algemene vergadering die daartoe speciaal is samengeroepen.

De modaliteiten van de ontbinding dienen te geschieden overeenkomstig de bepalingen voorzien bij de artikelen 45 tot en met 47 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

HOOFDSTUK 15

VERDELING VAN DE BESCHIKBARE MIDDELEN

Artikel 106

Zolang het ziekenfonds bestaat is elke verdeling van gelden of beschikbare middelen verboden.

Artikel 107

In geval van stopzetting van één of meerdere diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c) van de wet van 6 augustus 1990 en in artikel 67, 5° lid van de wet van 26 april 2010, worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de leden.

In geval van ontbinding van het ziekenfonds worden de overblijvende activa van zijn diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c) van de wet van 6 augustus 1990, en in artikel 67, 5° lid, van de wet van 26 april 2010, bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordele ten gunste van de leden.

HOOFDSTUK 16

INWERKINGTREDING

Artikel 108

Deze statuten treden in werking op de datum bepaald door de algemene vergadering én na goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

BIJLAGEN BIJ DE STATUTEN

Lijst zorgwinkels

De zorgwinkels waar de leden hun waardebon per geboren of geadopteerd kind enerzijds en hun sport en wees actief waardebon anderzijds kunnen gebruiken, zijn de volgende :

Zorgboetiek Asse
Kalkoven 18
1730 Asse

Zorgboetiek Aalst
Geraardsbergsestraat 234
9300 Aalst

Zorgboetiek Limburg
Koningin Astridlaan 34 bus 1
3500 Hasselt

Zorgboetiek Roeselare
H. Consciencestraat 13-15
8800 Roeselare

Webshop : www.zorgboetiek.be

Bij iedere aankoop in een zorgwinkel of via de webshop van Vrije Sociale werken-3 – vzw of in de kantoren van het ziekenfonds geniet ieder lid van een korting van 15%, uitgezonderd voor producten waarvoor in de verplichte ziekteverzekering een nomenclatuurnummer is voorzien.

Lijst van erkende sporten

Aerobic
Airsoft
Atletiek
Autosport (o.a. Rally, slalom, karting)
Badminton
Baseball
Basketbal
Biatlon
Biljart
Bobsleeën
Boccia (handicap)
Boogschieten
Bowling
Cheerleaden
Circustechnieken
Conditietraining
Cricket
Curling / Krulbollen
Dans (ballroom, latin, jeugddans, jazzdance, streetdance, volksdans, ballet, kleuterdans, hiphop, body conditioning, kinderdans, disco, lijndans, sequence, rolstoeldansen, zumba...)
Duivenmelkerij
Estafette
Figuurtraining
Flagball
Floorball
Floorball/floorhockey
Frisbee
Gevechtssport (aikido, aikikai, kung fu, taekwondo, kickbox, div. judo, div. karate, capoeira, jujitsu, worstelen, wushu, div. boksen, kendo, aiki no jutsu, arnis kali escrima, Catch Arabe Libre, Hap Ki Do, kempo-kempo, krav maga, MMA-mixfight, muay boran, ninpo taijutsu-ninjutsu, taijiquan ...)
Gewichtheffen/Powerlifting
Goalbal (handicap)
Golfen
Gymnastiek (artistiek, ritmisch, tumbling, trampoline, turnen, acrogym, onderhoudsgym, watergymnastiek, bewegingsgym...)
Handbal
Hengelsport
Hockey: rinkhockey, in-line hockey, rolhockey, ijshockey, onderwaterhockey
Hondensport
Joggen
Kaatsen/kaatsbal
Kickbike
Klim-en bergsporten (klimmen (muur, rots, berg), speleologie, alpinisme, ...)
Korfbal
Krachtbal
Kunstschaatsen
Lacrosse
Langlaufen
Lopen
Moderne vijfkamp
Motorcross (of wegrally, enduro, trial)
Mountainbike/BMX/VTT
Netbal
Nordic Walking
Oriëntatielopen/wandelen/fietsen
Paardrijden (dressuur, voltige, eventing, endurance, military, mennen...)
Padel
Paintball
Parachutspringen / skydiving
Petanque
Racquetball
Recreatief fietsen
Rodelen
Rolschaatsen, inline skating, skeeleren, acrobatic skaten, skateboarden, toertochskaten, kunstschaatsen, rink hockey, in-line hockey

Rope skipping
Rugby
Schaatsen
Schermen
Schieten / kleiduifschieten
Schoonspringen
Skiën
Snowboarden
Softball
Spinning
Squash
Synchroonzwemmen
Tafeltennis
Tai chi
Tennis, minitennis
Torbal (handicap)
Triatlon en Duatlon
Unihoc
Vinkensport
Voetbal (minivoetbal, zaalvoetbal, G-voetbal voor handicap...)
Volleybal
Wandelen
Waterpolo
watersporten (duiken, windsurfen, golfsurfen, kitesurfen, zeilen, waterski, zwemmen, kajak, kano, roeien, zeilwagenrijden, yachting, wakeboard, diepzeeduiken, aquabike, aquagym, aquajogging, duiken, hydrobic, jazzgym, snorkelen, waterballet, onderwaterhockey, vinzwemmen, watergymnastiek, kleinzeilerij, toervaren, reddend zwemmen, waterpolo)
Wielrennen
Yoga / pilates
Majorette/twirling
Sport Vlaanderen
Stichting Vlaamse Schoolsport
Koudwaterzwemmen of ijsberen
Bootcamp
Geocaching

Lijst nomenclatuurcodes terugbetaling remgelden voor kinderen jonger dan 7 jaar

Raadplegingen door huisartsen :

101010	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten
101032	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts
101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts

Raadplegingen door arts-specialisten :

102012	Raadpleging in de spreekkamer door een ander arts-specialist dan die vermeld onder de nummers 102034, 102174, 102196, 102211, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152 en 102734
102034	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102056	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist voor neuropsychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102071	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de kindergeneeskunde, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102093	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de cardiologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102115	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de gastro-enterologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102130	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de pneumologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102152	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de reumatologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102174	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de neurologie of van een arts-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102196	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de psychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102211	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de neuropsychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102255	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde of de nucleaire geneeskunde en inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrino-diabetologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102270	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de medische oncologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102292	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de medische oncologie geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102314	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102336	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie en geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102351	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie hematologie en oncologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102373	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie hematologie en oncologie en geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102535	Raadpleging in de spreekkamer door een ander geaccrediteerde arts-specialist dan die vermeld onder de nummers 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 en 102756

102550	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102572	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de kindergeneeskunde geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102594	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de cardiologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102616	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de gastro-enterologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102631	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de pneumologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102653	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de reumatologie geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102675	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de neurologie of van een arts-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie en geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102690	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de psychiatrie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102712	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de neuropsychiatrie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102734	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de dermato-venereologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102756	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de dermato-venereologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102815	Pre-anesthesie-raadpleging door een arts-specialist voor anesthesie-reanimatie
102830	Pre-anesthesie-raadpleging door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie geaccrediteerd
102874	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde of de nucleaire geneeskunde en inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrino-diabetologie en geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102896	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de geriatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102911	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de geriatrie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
102955	Eerste raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, met analyse op basis van de bestaande elementen uit het medisch dossier van een patiënt met complexe pathologie zonder duidelijke diagnose en met onvoldoende behandelingsresultaat
102970	Eerste raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde geaccrediteerd, met analyse op basis van de bestaande elementen uit het medisch dossier van een patiënt met complexe pathologie zonder duidelijke diagnose en met onvoldoende behandelingsresultaat
101275	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de heelkunde, in de otorhinolaryngologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts.
101290	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de heelkunde, in de otorhinolaryngologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie, geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts.

Tarieven uitleendienst

toestel	waarborg	huur/dag	vervoerskost	installatiekost
krukken (paar)	€ 20	0	€ 10/rit	
kinderkrukken (paar)	€ 20	0	€ 10/rit	
gaankader (vast looprek)	€ 20	€ 0,1	€ 10/rit	
vierpikkel	€ 20	€ 0,1	€ 10/rit	
serumstaander	€ 20	€ 0,1	€ 10/rit	
rugsteun	€ 20	€ 0,1	€ 10/rit	
dekenboog	€ 20	€ 0,1	€ 10/rit	
Melkafkolftoestel – type 1 Ameda	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
Melkafkolftoestel – type 2 Medela	€ 100	€ 1,00	€ 10/rit	
babyweegschaal	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
aërosol	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
pomp wisseldrukmatras / motor	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
rollator / lichtgewicht rollator	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
zelfoprichter op voet	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
bedtafel op wielen	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
ziekenhuisbed	€ 100	€ 0,75	0	
patiëntenlift	€ 100	€ 0,75	0	
hometrainer	€ 60	€ 0,3	0 / med.attest	
rolwagen	€ 60	€ 0,3	€ 10/rit	
kinderrolwagen	€ 60	€ 0,3	0	
Kettler fiets / teletrimmer / pedalo	€ 20	€ 0,1	€ 10/rit	
plaswekker	€ 60	€ 0,3	€ 10/rit	
matras	€ 30	€ 0,2	€ 10/rit	
pomp lymfedrainage	€ 60	€ 0,3	€ 10/rit	
personenalarmsysteem via vaste telefoonlijn	€ 15	€ 0,5 of € 0,4 (*)		€ 35
personenalarmsysteem via mobiele telefoonlijn	€ 15	€ 0,7 of € 0,6 (*)		€ 35
extra zender voor personenalarmsysteem	€ 15	0	€ 10/rit indien aparte levering	

- (*) Huurprijs per dag voor personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming, zijnde de personen met een sociaal statuut zoals bedoeld in artikel 37, §§1, 2 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 waarvoor de tegemoetkoming kan worden verhoogd.

Overzicht van de betoelaging van socio-sanitaire structuren zoals bedoeld in artikel 1,5° van het K.B. van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010.

Betoelaging entiteit (artikel statuten – code)	Toelage 2019	Maximaal overwogen toelage 2020	Maximaal overwogen toelage 2021
Vzw Crejaksie (art. 86 – 38/01)	16.370	16.370	16.370
vzw Vief Limburg (art. 87 – 38/02)	23.500	23.500	23.500
vzw Vief West-Vlaanderen (art. 87 – 38/02)	20.000	20.000	20.000
vzw J-Club De Knapzak (art. 88 – 38/03)	50.000	50.000	50.000
vzw Creafun (art. 89 – 38/04)	0	0	0
vzw West-Vlaams Liberaal Sociaal Fonds (art. 90 – 38/05)	35.000	35.000	35.000
vzw J-Club De Panne (art. 91 – 38/06)	0	0	0
vzw Sportievak (art. 93 – 38/08)	0	0	0
vzw Provinciaal Verbond van West- Vlaamse Willefondsafdelingen (art. 94 – 38/09)	0	0	0
vzw Gezondheidsschool (art. 95 – 38/10)	0	0	0

Bijdragetabel van de entiteit: 417 - Liberale Mutualiteit Plus

Versie: 2019/2

Goedkeuringsdatum: 18/12/2018

Toepassingsdatum: 01/01/2019

Status: C - gecontroleerd, zonder fouten

Ledencategorieën

Cat.1: Mutualistisch gezin zonder personen ten laste

Cat.2: Mutualistisch gezin met personen ten laste

Cat.3: Mutualistisch gezin met verminderde bijdrage en zonder personen ten laste

Cat.4: Mutualistisch gezin met verminderde bijdrage en met personen ten laste

A. Eigen bijdragen

Diensten		Akkoorden (aantal)	Referenties (artikels uit de statuten)	Bedragen per ledencategorie (EUR/jaar)	
Code	Naam			Gewone bijdragen	
				Cat.1	Cat.2
15	Verrichtingen	3	45 - 82	35,40	35,40
37/01	Periodieke informatie aan leden	0	83	1,44	1,44
37/02	Dienst maatschappelijk werk	0	84	4,92	4,92
37/03	Regionaal dienstencentrum	0	85	0,96	0,96
38	Betoelaging van socio-sanitaire structuren	0	86 - 95	1,32	1,32
93	Patrimonium	2	96	2,64	2,64
98/01	Administratief centrum: verdeelcentrum	0	97	0,00	0,00
98/02	Administratief centrum: reserve administratiekosten verplichte verzekering	0	97	9,96	9,96
Totaal				56,64	56,64

Lijst van samenwerkingsakkoorden

Diensten		Rechtspersonen	
Code	Naam	KBO-nummer	Benaming
15	Verrichtingen	0416.603.716	vzw Solidariteit voor het gezin
15	Verrichtingen	0420.570.620	vzw Sowel
15	Verrichtingen	0505.777.004	vzw Vrije Sociale Werken - 3
93	Patrimonium	0451.589.438	vzw Vrije Sociale Werken - 1
93	Patrimonium	0408.664.859	vzw Sociale Werken LML