

Mutualité Libérale Hainaut-Namur (n° 409)
Rue Anatole France 8-14
7100 La Louvière

Statuts

1^{er} janvier 2022

Ces statuts ont été :

- Adoptés par l'assemblée générale du 17 juin 2023
- Approuvés par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (O.C.M) le 29 septembre 2023.

La mutualité est affiliée :

A l'union nationale 400, dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.ml.be/Hainaut-Namur>

A la société mutualiste Zorgkas van de liberale mutualiteiten dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.ml.be/Hainaut-Namur>

A la société mutualiste régionale wallonne de l'UNML (WALLOMUT) dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.ml.be/Hainaut-Namur>

A la société mutualiste régionale bruxelloise de l'UNML (BRUMUT) dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.ml.be/Hainaut-Namur>

Table des matières

Préambule.....	4
Chapitre Ier - Constitution - Dénomination - Buts - Siège social et circonscriptions de la Mutualité	4
Chapitre II - Affiliation, démission et exclusion	7
Chapitre III – Catégories de membres	11
Chapitre IV – Organes de la Mutualité.....	19
Section 1 ^{ère} – L’Assemblée générale –	19
Composition.....	19
Circonscriptions.....	19
Conditions de droit de vote et d’éligibilité - Exclusion	20
Procédure électorale.....	21
Bureau électoral.....	22
Etablissement des listes électorales.....	22
Le vote.....	23
Dépouillement des bulletins de vote.....	24
Exemption du vote :.....	24
Compétences de l’Assemblée Générale	26
Assemblée Générale – exclusions.....	28
Section 2 – Election des représentants à l’Assemblée générale de l’Union Nationale	29
Section 3 – Conseil d’Administration	30
Chapitre V – Les services de la Mutualité - Avantages garantis, conditions d’affiliation spéciales, cotisations	36
Section 1 ^{ère} – Assurance – soins de santé pour travailleurs indépendants et membres des communautés religieuses – abrogé au 01.01.2008	36
Section 2 – Frais de transport des Malades (classification 15/11).....	36
Section 3 – Service de soins à domicile, prêt de matériel et accompagnement de personnes à mobilité réduite – Service information, garde d’enfants malades à domicile et bien-être – Service de promotion et d’éducation à la santé.....	39
Section 4 – Indemnités familiales en cas d’hospitalisation.....	44
Section 5 – Prestations médicales diverses	47
1. Optique (classification 15/03).....	47
2. Diabète (classification 15/04)	47
3. Tickets modérateurs (classification 15/04).....	47
4. Rooming-in Hospitalisation : personnes accompagnantes.....	48
5. Vaccinations (classification 15/04).....	48
6. Pet scan	49
7. Matériel de soins (classification 15/04).....	49
8. Homéopathie (classification 15/04)	49
9. Maladies graves (classification 15/04).....	49
10. Diététique (classification 15/04).....	50
11. Contraception (classification 15/04).....	50
12. Mort subite du nourrisson.....	50
13. Dépistage cancer.....	50
14. Acupuncture	51
15. Dépistage de l’ostéoporose.....	51
16. Dépistage (classification 15/04).....	51
17. Dépistage néonatal de la surdité	51
18. Consultation d’un psychologue (classification 15/04).....	51
19. Frais de grossesse et de maternité (classification 15/04).....	52
20. Appareils auditifs (classification 15/04)	52
21. Test de profilage tumoral (classification 15/04)	52
22. Prothèses capillaires.....	53
23. Conditions générales.....	53
Section 6 – Intervention en cas de séjours de convalescence	53
Section 7 – Logopédie (classification 15/01)	55
Section 8 – Pédicurie et semelles orthopédiques (classification 15/02)	56

Section 9 – Aides au maintien à domicile	56
Section 10 – Naissance – adoption – placement familial (classification 15/13).....	57
Section 11 – Aide familiale et aux personnes âgées (classification 15/08).....	58
Section 12 – Déplacement pour consultations de spécialistes	59
Section 13 – Plaines de jeux, camps et stages (classification 15/15).....	59
Section 14 – Information	60
Section 15 – Fonds social (classification 15/14).....	61
Section 16 – Centre administratif	62
Chapitre VI – Budgets et comptes	62
Chapitre VII – Collaboration	63
Chapitre VIII – Dissolution	64
Chapitre IX – Modifications des statuts	65
Chapitre X – Entrée en vigueur	65
ANNEXES	67
Annexe 1 (article 59 8. Homéopathie)	67
Annexe 2 (article 51 A.1.2. Service prêt de matériel médical)	68
Annexe 3 (article 52 2. Service de gardes d’enfants malades à domicile)	69
Annexe 4 (article 45 Transport adapté)	70
Annexe 5 (article 68.2)	71
Annexe 6 notion de maladie grave	72

Préambule

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales des Mutualités et ses arrêtés d'exécution;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution;

Par décision de l'Assemblée générale extraordinaire de la Mutualité Libérale Centre Charleroi Mons du 29 septembre 2005, de l'Assemblée générale extraordinaire de la Mutualité Libérale de la Province de Namur du 3 octobre 2005 et par application de l'article 44 de la loi du 6 août 1990 précitée, une Mutualité, issue de la fusion des mutualités "Mutualité Libérale de la Province de Namur" et "Mutualité Libérale Centre Charleroi Mons" et reprenant les droits et obligations de celles-ci est constituée à partir du 1^{er} janvier 2006 ;

Vu la loi du 26 avril 2010 portant dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;

Après délibération, l'Assemblée générale a décidé, aux quorums de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la Mutualité comme suit :

Chapitre Ier - Constitution - Dénomination - Buts - Siège social et circonscriptions de la Mutualité

ARTICLE 1^{er}

1. Une Mutualité a été établie à La Louvière le 12 février 1911 sous la dénomination "Fédération des Sociétés Mutualistes Libérales du Centre".

Par Arrêté Royal du 6 juillet 1979, la dénomination suivante "Fédération des Mutualités Libérales du Centre et de Mons Libra" a été homologuée.

A partir du 1^{er} janvier 1991 et ce, en application de la loi du 6 août 1990, la susdite fédération porta la dénomination "Mutualité Libérale du Centre et de Mons Libra".

Depuis le 1^{er} janvier 1992, la Mutualité porte comme dénomination "Mutualité Libérale - Centre - Charleroi - Mons", en abrégé "M.L.C.C.M".

2. Une fédération mutualiste a été établie à Dinant, le 15 décembre 1929 sous la dénomination "Fédération de réassurance des Sociétés Mutualistes Libérales reconnues de la Province de Namur", reconnue par l'Arrêté Royal du 15 juin 1930.

Par décision prise le 1^{er} octobre 1967 à Spy en Assemblée générale extraordinaire, la dénomination de la fédération a été modifiée comme suit : "Fédération des Mutualités Libérales de la Province de Namur".

Suite à l'article 69, 1^o, de la loi du 6 août 1990, à partir du 1^{er} janvier 1991, la dénomination exacte devint "Mutualité Libérale de la Province de Namur".

Dans ses relations avec des tiers, la Mutualité utilisait l'abréviation suivante : M. L. P. N.

3. A partir du 1^{er} janvier 2006, la Mutualité issue de la fusion des Mutualités "Mutualité Libérale Centre, Charleroi, Mons" et "Mutualité Libérale de la Province de Namur" portera le nom de "Mutualité Libérale Hainaut - Namur", en abrégé "M.L.H.N."

ARTICLE 2

Les buts de la Mutualité sont :

- a) dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, a) et c), de la loi du 6 août 1990 : la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union Nationale des Mutualités Libérales auprès de laquelle elle est affiliée et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

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

En outre, cette tâche comprend la guidance des membres afin de veiller, dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à ce que leurs soins qualitatifs soient assurés et que chacun ait accès à ces soins.

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

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

L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a lieu sous la responsabilité de l'Union Nationale précitée.

La Mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de cette Union Nationale;

- b) dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la même loi et dans le cadre de l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 : l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses affiliés et à leurs personnes à charge, le financement d'actions collectives, le subventionnement de structures socio-sanitaires et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :
1. Frais de transport des malades (classification 15/11)
 2. Couverture hospitalisation de base (classification 14 – affiliation obligatoire)
 3. Suppléments de soins (classification 15/04)
 4. Logopédie (classification 15/01)
 5. Pédicurie et semelles orthopédiques (classification 15/02)

6. Télébiovigilance (classification 15/10)
7. Centre administratif
 - Centre de réserves en frais d'administration AO (classification 98/2)
8. Aide familiale et aux personnes âgées (classification 15/08)
9. Plaines de jeux, camps et stages (classification 15/15)
10. Naissance – Adoption – placement familial (classification 15/13)
11. Accompagnement des personnes à mobilité réduite (classification 15/12)
12. Information périodique des membres
13. Education sanitaire (classification 15/17)
14. Coordination de soins et services à domicile (classification 15/06)
15. Prêt de matériel médical (classification 15/09)
16. Garde d'enfants malades à domicile (classification 15/07)
17. Service social (classification 37)
18. Fonds social (code de classification 15/14)
19. Information aux membres (code de classification 37)
20. Séjours de convalescence et séjours de repos (code de classification 15/ 06)

- c) Dans le cadre de l'article 68, 1^o, de la loi du 26 avril 2010 et de la loi du 04 avril 2014 relative aux assurances ainsi que ses arrêtés et règlements d'exécution l'exécution vis-à-vis des affiliés d'activités d'intermédiation en assurances relative aux assurances maladie dans le sens de la branche 2 de l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, ainsi qu'une couverture, de façon complémentaire, des risques qui relèvent de l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe I à la loi précitée, organisée par des Sociétés mutualistes telles que visées à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, §§ 6 ou 7, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

La Mutualité a également pour but d'offrir à ses affiliés et à leurs personnes à charge, les avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale et par la société mutualiste d'assurance HOPITAL PLUS.

Le caractère facultatif de l'affiliation des bénéficiaires auprès de la société mutualiste d'assurance HOPITAL PLUS est inscrit à l'article 2 de ses statuts.

L'affiliation aux services 1 à 20 est obligatoire et indissociable ; l'affiliation à ces services entraîne d'office l'affiliation aux avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale des Mutualités Libérales.

L'affiliation aux avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale n'est possible qu'à la condition d'affiliation aux services 1 à 20.

Conformément à l'article 9, §1^{er}, alinea 1^{er}, 4^o, de la loi du 6 août 1990 portant dispositions diverses en matière d'organisation des assurances complémentaires, les prestations dans le cadre des services et opérations sont proposées en fonction des moyens disponibles.

Lorsqu'une intervention dans le cadre des services complémentaires s'ajoute à celle prévue en assurance obligatoire, l'addition des deux interventions ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37 §§ 1^{er}, 2 ou 19 de la loi du 14 juillet 1994 à celle octroyée aux autres membres.

ARTICLE 3

Le siège social de la Mutualité est établi à : 7100 La Louvière, rue Anatole France 8-14.

ARTICLE 4

La Mutualité est affiliée auprès de l'Union Nationale des Mutualités Libérales, établie à 1050 Bruxelles, rue de Livourne, 25.

ARTICLE 5

A partir des élections mutualistes 2022, la Mutualité est répartie en 5 circonscriptions administratives, sur base de la notion d'arrondissement et de la résidence officielle des membres et de leurs personnes à charge :

1. Charleroi - Thuin (arrondissement de Charleroi - Thuin)
2. Namur – Dinant - Philippeville (arrondissement de Namur –Dinant - Philippeville)
3. Mons (arrondissement de Mons)
4. La Louvière - Soignies (arrondissement de La Louvière - Soignies)
5. Externe (l'ensemble des autres arrondissements)

Chapitre II - Affiliation, démission et exclusion

ARTICLE 6. AFFILIATION AUX SERVICES DE LA MUTUALITÉ

§ 1er. Une personne peut s'affilier auprès de la mutualité :

- 1 ° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1^{er},a), de la loi du 6 aout 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services:
 - de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (1);
 - de l'Union Nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, soit l'Union Nationale

des Mutualités Libérales, visés à l'article 3, alinéa 1^{er} b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (1);

- des Sociétés Mutualistes Régionales, soit la Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région Wallonne et la Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, auxquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale est obligatoire pour elle dans la réglementation régionale dont elle dépend;

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

2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (1). Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d' Assurance Maladie -Invalidité (CAAMI); est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique, mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre État que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer;
- elle a droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui,

en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur;

- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1 °, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette personne est d'office affiliée aux services:

- de l'Union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, soit l'Union Nationale des Mutualités Libérales, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi qu'aux services de l'Union nationale visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (1);

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

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

-de participer, le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, à l'épargne prénuptiale visée à l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'Union nationale des Mutualités Libérales;

-de s'affilier la société mutualiste, de Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten, à laquelle la mutualité est affiliée lorsque l'affiliation à cette société mutualiste est possible pour elle dans la réglementation régionale dont elle dépend;

-de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, à un produit d'assurance, organisé par la société mutualiste d'assurances (SMA) Hôpital Plus, à laquelle la mutualité est affiliée.

L'affiliation pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'une personne visée à l'article 32 ou l'article 86, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juin 1994, ne peut être refusée pour autant que :

1° ladite personne s'engage à respecter le prescrit des présents statuts et de ceux de l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;

2° si l'affiliation consiste en une mutation individuelle au sens de l'article 255, alinéa 1^{er}, de l'Arrêté Royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet

1994, précitée, cette mutation ne soit pas refusée ou retirée, en exécution de l'article 118, alinéa 3, de ladite loi coordonnée, par l'Union Nationale de la Mutualité dont cette personne était membre à la date mentionnée, selon le cas, à l'article 3 ter, 1° ou 2°, de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales.»

Pour les nouveaux membres, il n'y a pas de stage d'attente prévu. La suppression du stage d'attente vaut également pour les membres qui se sont affiliés avant le 1^{er} janvier 2011 et dont le stage d'attente n'était pas encore terminé à cette date.

ARTICLE 7. PRISE DE COURS DE L'AFFILIATION À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

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

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

1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois d'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire du mois au cours duquel elle acquiert une des qualités visées à l'article 32, 1° à 16° et 20° à 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le supplément de cotisation payé pour les périodes non encore courues par le titulaire pour la personne à charge concernée doit lui être remboursé.

2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation. Les cotisations pour les périodes non encore courues doivent être remboursées au membre concerné ;

3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription;

4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription

5° pour une personne visée à l'article 6, § 1^{er}, 2°, ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d'une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription;

6° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

ARTICLE 8 : FIN DE L'AFFILIATION À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

L'affiliation aux services de l'assurance complémentaire peut être résiliée par la personne affiliée, de sa propre initiative, que s'il n'est pas affilié à la Mutualité pour l'assurance obligatoire.

Peuvent être exclus comme affiliés pouvant prétendre aux services visés à l'article 2 b, les affiliés qui se rendent coupables d'une infraction qui a un rapport avec les lois des 14 juillet 1994 et 6 août 1990 et / ou avec leurs arrêtés d'exécution.

Peuvent également être exclus comme membres de la mutualité, les affiliés qui se sont rendus coupables de faits de violence – physique ou verbale – à l'encontre du personnel de la mutualité, de vols de biens appartenant à la mutualité ou de tout fait de vandalisme dont la mutualité aurait été victime.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'administration ou la personne ou la commission désignée à cet effet par le Conseil d'administration, après avoir entendu l'affilié en ses moyens de défense. L'affilié qui ne répond pas au jour et heure proposés, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense, pour autant qu'il ait été convoqué à temps (au moins 10 jours ouvrables avant l'audience) et qu'il n'ait pu justifier valablement son absence. Avant de procéder à l'exclusion, la Mutualité informe l'affilié des démarches à accomplir pour rester couvert par l'assurance obligatoire en s'affiliant auprès d'un autre organisme assureur. L'exclusion a lieu le premier jour du second trimestre suivant l'audience.

Article 8 bis

L'affilié démissionnaire ou exclu ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisations versées, à l'exception des cotisations versées anticipativement pour des périodes ultérieures à sa désaffiliation, ni à aucun droit sur les avoirs de la mutualité.

Chapitre III – Catégories de membres

ARTICLE 9 : TYPES DE MEMBRES

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, une personne affiliée à la mutualité peut être :

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

La personne qui est inscrite à charge d'un membre et qui obtient la possibilité de bénéficier des avantages de ces services, dans la mesure des moyens disponibles, du chef de ce membre, est classée selon le même type que le titulaire à charge duquel elle est inscrite.

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'Union nationale à laquelle la mutualité est affiliée. Il est fait référence à cet effet aux statuts de l'Union nationale des Mutualités Libérales;

- de la possibilité de bénéficier de la garantie d'assurance que le membre a souscrite auprès de la société mutualiste d'assurances (SMA) Hôpital Plus et de l'affiliation auprès de cette société mutualiste d'assurance. Il est fait référence à cet effet aux statuts de la société mutualiste d'assurance Hôpital Plus.

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

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

Il s'agit du membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 :

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

À cet égard, le membre qui est en ordre de cotisations pour les services concernés depuis au moins 24 mois, ou pour le membre visé à l'article 2quater, alinéa 4 de l'AR du 07.03.1991, depuis plus de mois que le nombre de mois que comprend la période subséquente, est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour ces services pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Lorsque le membre a été affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire depuis plus de 24 mois, ou pour le membre visé à l'article 2 quater, alinéa 4 de l'AR du 07.03.1991, depuis plus de mois que le nombre de mois que comprend la période subséquente, et qu'il a été en ordre de cotisations pour les services concernés pour cette période, il est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés, pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

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

Le montant de la cotisation pour les services et les opérations est fixé à 0 EUR pour :
L'enfant, âgé de 21 ans au plus, inscrit en tant que titulaire et bénéficiant d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap physique ou mental de 66 % au moins, visé par l'article 37, §§1^{er}, 2 ou 19 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les pensionnés, les veufs et les veuves ne bénéficiant que d'un droit de pension de moins d'un tiers de carrière et inscrits comme titulaires sans paiement de la moindre cotisation personnelle particulière, à condition que, comme personnes visées à l'article 37, §§ 1, 2 et 19,

de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, elles bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance.

2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

Lorsque l'événement susceptible de donner lieu à l'octroi d'un avantage statutaire survient après la période subséquente visée à l'article 9, §4, 5° et 6° alinéas des statuts, mais avant la fin du 23ème mois suivant celui au cours duquel la période subséquente a commencé, cette personne peut bénéficier de l'Avantage si elle est en ordre de cotisations pour la période qui s'étend du mois pour lequel elle a (re)commencé à payer les cotisations jusqu'au mois inclus au cours duquel cet événement s'est produit;

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

- a) a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, elle doit, pour pouvoir bénéficier de l'avantage en question, avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, dans chacune des mutualités, pour les mois durant lesquels elle y était affiliée en qualité de titulaire durant cette période;
- b) n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :
 - i. à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de «~~recouvrement du droit~~» subséquente visée au § 4, alinéa 5 ou 6;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes:
 - le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés;
 - le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés, mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées;
 - ii. à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous b, i.

Sont considérées comme payées, dans le calcul de la période de référence visée au présent point 2°, les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement

collectif de dettes ou d'une faillite, durant la période qui s'étend du 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel la période subséquente visée à l'article 2 quater, alinéa 3 ou 4 de l'AR du 07.03.1991, prend fin jusqu'à la fin du mois qui précède celui au cours duquel se produit l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage d'un service visé à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 août 1990.

Sont également considérées comme payées les cotisations que le Membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, pendant la période courant du premier jour du mois au cours duquel la période subséquente visée l'article 9, §4, 5^o et 6^o alinéas des présents Statuts, prend fin jusqu'à la fin du mois précédant le mois au cours duquel survient l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu au versement d'une prestation de l'Assurance Complémentaire.

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

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^e mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.

Pour l'application de l'alinéa précédent:

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

Sont également considérées comme payées les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, pendant la période courant du premier jour du mois au cours duquel la période successive visée à l'article 9, §4, 5^o et 6^o alinéas des présents Statuts, prend fin jusqu'à la fin du mois précédant le mois au cours duquel survient l'événement qui, en vertu des Statuts, peut donner lieu au versement d'un Avantage de l'Assurance Complémentaire.

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

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

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

a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de *l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » subséquente visée au § 4, alinéa 5 ou 6;*

- b) se trouve dans une des situations suivantes :

1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés;

2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés, mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées;

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

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

Lorsque l'événement susceptible de donner lieu à l'octroi d'un avantage statutaire survient après la période subséquente visée à l'article 9, §4, 5° et 6° alinéas des statuts, mais avant la fin du 23ème mois suivant celui au cours duquel la période subséquente a commencé, cette personne peut bénéficier de l'Avantage si elle est en ordre de cotisations pour la période qui s'étend du mois pour lequel elle a (re)commencé à payer les cotisations jusqu'au mois inclus au cours duquel cet événement s'est produit;

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée.

Pour l'application de l'alinéa précédent:

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

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

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

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

- a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de subséquent aux alinéas 5 et 6;
- b) se trouve dans une des situations suivantes :
 1. le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés;
 2. le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés, mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées;

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

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée ne pourra à nouveau bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

Par dérogation à l'alinéa précédent, une personne qui se trouve dans une situation digne d'intérêt peut, sans préjudice de l'application de l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, être considérée comme un membre d'une mutualité qui peut bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990 au sens de l'article 2, 1° de l'AR du 07.03.1991 :

1° après une période subséquente de 6 mois pour laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de ces services, si cette personne se trouve dans cette situation digne d'intérêt:

- soit dans les 6 mois qui précèdent cette période subséquente ;
- soit pendant cette période subséquente;

2° après une période subséquente de 6 à 23 mois, pour laquelle les cotisations ont été payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de ces services, lorsque la situation digne d'intérêt survient après le 6^e mois de cette période subséquente et avant la fin de la période de 24 mois.

Dans ce cas, la durée de la période subséquente s'étend jusqu'au mois inclus qui précède celui au cours duquel la situation digne d'intérêt a débuté.

Par personne qui se trouve dans une situation digne d'intérêt visée à l'alinéa précédent, il faut entendre la personne visée dans les points 1° ou 2° ci-dessous :

1° la personne qui, durant les 6 mois qui précèdent le début de la période subséquente de 6 mois, visée à l'alinéa 4, 1° de l'AR du 07.03.1991, au cours de laquelle elle (re)commence à payer les cotisations, se trouve dans une des situations suivantes:

- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, du revenu d'intégration instauré par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, de secours complètement ou partiellement pris en charge par les autorités fédérales en vertu des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, de la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, du revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1^{er} avril 1969 ou elle est un bénéficiaire qui conserve le droit à une majoration de rente en application de cette loi;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une allocation de remplacement de revenus accordée aux personnes handicapées en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés;
- elle est, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, sous guidance budgétaire ou sous gestion budgétaire auprès du CPAS en exécution de l'article 60, § 4, de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une allocation de chômage dont le montant ne dépasse pas le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé, instituée par la loi du 22 mars 2001;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une indemnité de maladie dont le montant ne dépasse pas le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé, instituée par la loi du 22 mars 2001;

- elle est en règlement collectif de dettes durant au moins une partie de cette période ;
- elle est en état de faillite pour autant que le jugement déclaratif de faillite ait été prononcé au cours de ladite période et qu'il ne s'agisse pas d'une faillite frauduleuse;

2° la personne qui, dans la période subséquente visée à l'alinéa 4, 2° de l'AR du 07.03.1991, se trouve dans une situation visée sous 1° pendant au moins la même durée que celle visée sous 1°. Pour l'application de la présente disposition, le jugement visé au dernier tiret sous 1° doit avoir été prononcé durant cette période subséquente.

Lorsque l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage se produit après la période subséquente visée à l'alinéa 4, 2° de l'AR du 07.03.1991, mais avant la fin du 23^{ème} mois qui suit celui au cours duquel cette période subséquente a débuté, cette personne peut, par dérogation à l'article 2bis §1^{er}, 2° de l'AR du 07.03.1991, bénéficier de l'avantage lorsqu'elle est en ordre de cotisations pour la période qui s'étend du mois pour lequel elle a (re)commencé à payer les cotisations jusqu'au mois inclus durant lequel cet évènement se produit.

La période subséquente visée, selon le cas, à l'alinéa 3 ou à l'alinéa 4 de l'article 2 quater de l'AR du 07 mars 1991, est suspendue :

1 ° pendant la période de suspension durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite;

2° pendant la période de suspension durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Lorsqu'un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée a été, durant la période d'attente visée à l'alinéa 5, affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire, les mois d'attente se comptent à partir du 1er jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

Pour bénéficier de l'Assurance Complémentaire pour un événement survenu après la période subséquente, cette personne doit être en règle de cotisations auprès de chaque Mutualité pour les mois au cours desquels elle a été affiliée en tant que titulaire pendant la période «d'attente».

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

Par dérogation à l'article 9§4, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée telle que prévue à l'article 2 quater de l'arrêté royal du 07.03.1991, avant le 1^{er} janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue, telle que définie à l'article 2ter de l'arrêté royal du 07.03.1991.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa précédent s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2ter, alinéa 2 de l'arrêté royal du 07.03.1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2ter de l'arrêté royal du 07.03.1991. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa précédent.

Par dérogation à l'article 2b, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, de l'arrêté royal du 07.03.1991, il faut par conséquent, pour pouvoir bénéficier d'un avantage des services concernés pour un événement qui se produit en 2021, être en ordre de cotisations pour la période du 1^{er} janvier 2019 au mois y compris durant lequel cet événement s'est produit, même si au début de cette période la

personne était affiliée dans une autre mutualité belge.

ARTICLE 10. REMBOURSEMENT DES AVANTAGES DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE PERÇUS INDÛMENT

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

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

ARTICLE 11. DÉCÈS

En cas de décès, les cotisations pour les services complémentaires pour les périodes non encore encourues doivent être remboursées aux ayants droits du membre décédé.

Chapitre IV – Organes de la Mutualité

Section 1^{ère} – L'Assemblée générale –

Composition

ARTICLE 12

L'Assemblée générale se compose de 1 délégué par tranche complète de 1000 titulaires, tels que définis par l'article 2 §3 de la loi du 06 août 1990, avec un minimum de 15 représentants.

Ces délégués sont élus par les titulaires et par leurs personnes à charge pour une période maximale de six ans, renouvelable.

Les titulaires et les personnes à charge peuvent élire des représentants suppléants à l'Assemblée générale.

Si le nombre de mandats, tel que requis par l'article 5 de l'AR du 07 mars 1991, n'est pas ou plus atteint et s'il n'y a pas ou plus de suppléants, l'Assemblée générale est malgré tout considérée comme étant composée valablement jusqu'aux prochaines élections mutualistes et ce, conformément à l'article 13 de l'AR du 7 mars 1991.

Circonscriptions

ARTICLE 13

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée générale, la Mutualité est répartie en 5 circonscriptions électorales, correspondant aux circonscriptions administratives visées à l'article 5 des statuts.

Font partie d'une circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge qui relèvent de la circonscription administrative correspondante.

ARTICLE 14

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote élisent le nombre de représentants proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale, selon les quotas prévus à l'article 12 de ces statuts.

Lorsque le nombre de représentants élus dans une ou plusieurs circonscriptions est inférieur au nombre minimal de candidats calculé selon les quotas prévus à l'article 12 des statuts, il n'est pas procédé à un nouvel appel aux candidats si le nombre total des représentants élus sur l'ensemble des circonscriptions est supérieur ou égal au nombre minimal de candidats visé à l'article 7 de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité - Exclusion

ARTICLE 15

§ 1^{er}. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée générale,

- a) il faut avoir la qualité de titulaire au sein de l'effectif de la Mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un titulaire de celle-ci ;
- b) il faut être majeur ou émancipé ;
- c) il faut avoir son domicile légal en Belgique.

§ 2. Pour pouvoir être élu en tant que représentant et pour pouvoir rester représentant au sein de l'Assemblée générale de la mutualité :

- a) avoir le droit de vote aux conditions du § 1^{er} ;
- b) il faut être affilié, pour les services visés à l'article 2, a et b depuis au moins deux ans à la mutualité à la date de l'appel aux candidatures. La période d'affiliation à une autre mutualité qui a fusionné avec la mutualité est prise en compte ;
- c) être de bonne conduite, vie et mœurs
- d) il faut satisfaire à la condition de ne pas faire partie du personnel de la Mutualité et de ne pas avoir été licencié comme membre du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour un motif grave

e) il faut avoir son domicile légal en Belgique

Un affilié ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dans laquelle il a droit de vote.

Procédure électorale

ARTICLE 16

Les membres et leurs personnes à charge majeures ou émancipées sont informés par lettre individuelle et/ou par le canal des publications destinées aux affiliés de la Mutualité :

1. de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat ;
2. de la date limite pour soumettre les candidatures ;
2. de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription ;
4. des dates qui découlent de la procédure électorale.

Les membres et leurs personnes à charge qui souhaitent se porter candidat disposent d'une période de quinze jours civils à partir de la date de l'envoi de l'appel aux candidatures, le cachet de la poste faisant foi ou après la fin du mois au cours duquel les publications ont été envoyées.

ARTICLE 17

Les candidatures doivent être adressées au Président de la Mutualité par lettre recommandée. Le Président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 14 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de Contrôle des Mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté Royal du 7 mars 1991.

ARTICLE 18

Une liste des candidats effectifs est établie par circonscription électorale.

Les candidats figurent sur cette liste par ordre alphabétique.

ARTICLE 19

La communication des listes des candidats tenant compte des décisions de l'Office de contrôle concernant les plaintes introduites à la suite d'un refus de candidature par le Président selon les modalités prévues dans les statuts, doit être notifiée au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les listes des candidats sont communiquées conformément au prescrit de l'article 16 des présents statuts ;

Les convocations doivent être envoyées, par mail ou par courrier postal, au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les élections peuvent commencer au plus tôt 8 jours calendrier après l'envoi des convocations.

Si le nombre de candidats par circonscription électorale est supérieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription électorale, il est procédé à un vote. Les candidats qui satisfont aux conditions d'éligibilité et qui ne sont pas élus en tant que représentants effectifs, sont élus comme suppléants.

Bureau électoral

ARTICLE 20

L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un Président, d'un Secrétaire et de deux assesseurs.

Le bureau électoral est composé au plus tard 30 jours avant le début des élections.

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

Le Secrétaire est désigné par le Président parmi les membres du personnel de la Mutualité.

Les candidats à l'élection ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.

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

Pour chaque bureau de vote, le Président désigne, en outre, un secrétaire parmi les membres du personnel de la Mutualité afin de contrôler les procédures électorales dans les bureaux de vote et de transmettre le plus rapidement possible les bulletins de vote au bureau électoral.

Etablissement des listes électorales

ARTICLE 21

Les listes électorales sont établies par circonscription. Toutes les personnes remplissant les conditions prévues à l'article 15 des statuts sont automatiquement reprises sur les listes électorales.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Les listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral. Ces listes mentionnent le nom, le prénom, le numéro national et l'adresse de chaque électeur.

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

Le vote

ARTICLE 22

Le vote est secret.

Le vote se déroule dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur. Le vote peut avoir lieu par voie électronique sur place ou à distance, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle.

Pour les titulaires et leurs personnes à charge qui habitent dans un arrondissement où il n'y a pas de bureau électoral, le Président du bureau électoral envoie la convocation et le bulletin de vote à l'électeur, au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les électeurs qui habitent dans un arrondissement où il y a un bureau électoral peuvent également voter par correspondance.

Dans ce cas, ils doivent s'adresser au Président du bureau électoral afin de recevoir un bulletin de vote. Ce bulletin de vote leur sera adressé au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu. Si la demande de recevoir un bulletin de vote est tardive et ne permet pas le respect de ce délai, le vote devra être effectué dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur ou par voie électronique sur place ou à distance, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle.

L'électeur doit être informé, par le canal prévu à l'article 16 des présents statuts, au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu, de la procédure pour obtenir un bulletin de vote. L'information relative à l'endroit où se trouvent les bureaux de vote et des dates et heures auxquelles il est possible de voter sera quant à elle transmise au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Dans le bureau de vote, le Secrétaire désigné par le bureau électoral note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur les listes d'électeurs.

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

ARTICLE 23

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

Une personne qui dispose du droit de vote peut donner procuration à une autre personne disposant du droit de vote dans la même circonscription en vue de voter.

Chaque électeur ne peut être porteur que d'une seule procuration.

Le vote par procuration ne sera pas possible en cas de vote électronique.

Dépouillement des bulletins de vote

ARTICLE 24

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

Les représentants sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues.

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le mandat est accordé au candidat le plus jeune.

La liste des suppléants est établie en fonction du nombre de voix que ces personnes ont obtenues lors des élections mutualistes. En cas d'égalité de voix entre plusieurs suppléants, la priorité est donnée au candidat le plus jeune.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote ;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur;
- les bulletins qui contiennent toute autre marque que celle de l'expression d'un suffrage non équivoque.
- les bulletins qui arrivent après la clôture du scrutin.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée, le résultat du scrutin et les circonscriptions pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 25 des statuts.

Exemption du vote :

ARTICLE 25

Lorsque le nombre de candidats par circonscription électorale est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription électorale, ces candidats sont automatiquement élus.

ARTICLE 26

En vertu de l'article 12 de l'AR du 07 mars 1991, les élections peuvent être organisées par circonscription. Dans ce cas, si le nombre de candidats pour une circonscription est supérieur au nombre de mandats à pourvoir pour cette circonscription, il faut un vote, même si le nombre total de candidats pour l'ensemble des circonscriptions est inférieur au nombre total de mandats à pourvoir pour l'ensemble des circonscriptions.

Les résultats des élections sont communiqués via le site web de la mutualité et au moins un des canaux suivants : dans le courrier en annexe duquel le bulletin de virement relatif au paiement des cotisations est joint, via e-mail, dans les publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et dans des brochures destinées aux affiliés et placées à un endroit clairement visible, au plus tard quinze jours civils après le jour du vote ou après la constatation qu'il n'y a pas lieu de procéder à un vote.

Toute plainte relative aux élections mutualistes doivent être adressées par lettre recommandée, à l'Office de Contrôle des Mutualités dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle la décision litigieuse ou celle à laquelle le déroulement ou le résultat contesté des élections est ou sont intervenus. L'Office de Contrôle des Mutualités dispose de trente jours civils pour notifier sa décision aux parties concernées. Il se réserve le droit de convoquer ces parties pour les entendre dans leurs moyens de défense.

ARTICLE 27

Un exemplaire du règlement électoral, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'Union Nationale, ainsi qu'à l'Office de Contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

Un exemplaire des lettres et/ou publications adressées aux affiliés doit être envoyé en même temps à l'Union Nationale et à l'Office de Contrôle.

ARTICLE 28

La nouvelle Assemblée générale est installée au plus tard le 30 juin de l'année pendant laquelle les élections mutualistes ont eu lieu.

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

L'Union nationale peut désigner une personne pour la représenter à l'assemblée générale de la mutualité.

Le Secrétaire, le Secrétaire-adjoint, le Trésorier, le Directeur général, le Directeur opérationnel et le Directeur financier ainsi que la personne désignée par l'Union Nationale siègent à l'Assemblée générale avec voix consultative.

Le remplacement de membres de l'Assemblée générale décédés, démissionnaires ou exclus de la Mutualité par des membres suppléants a lieu à partir de la prochaine Assemblée générale. Le membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Compétences de l'Assemblée Générale

ARTICLE 29

§ 1^{er}. L'Assemblée générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 de la loi du 6 août 1990 et suivant les modalités fixées aux articles 16,17 et 18 de cette même loi.

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

§ 3. Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs réviseurs d'entreprises, choisis sur une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises.

Le mandat de réviseur est fixé pour une période de 3 ans. Il est renouvelable.

Le réviseur fait rapport à l'Assemblée générale annuelle qui a, à son ordre du jour, l'approbation des comptes annuels de l'exercice.

Le réviseur assiste à l'Assemblée générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même. Le réviseur a le droit de prendre la parole à l'Assemblée générale concernant les points en rapport à ses tâches.

§ 4. Chaque membre de l'Assemblée générale peut se faire représenter par un autre membre de l'Assemblée générale. Ce dernier ne peut être porteur que d'une seule procuration.

Les procurations doivent être données par écrit et déposées auprès du secrétariat de l'Assemblée au plus tard avant le début de l'Assemblée générale.

§ 5. L'Assemblée générale est convoquée par le Conseil d'administration dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'Assemblée générale en fait la demande.

La convocation se fait par communication individuelle. Cette communication doit être envoyée au plus tard vingt jours civils précédant la date de l'Assemblée générale et contient en outre l'ordre du jour de cette Assemblée.

Chaque membre de l'Assemblée générale doit disposer au plus tard huit jours avant la date de l'Assemblée générale de la documentation s'y rapportant.

Mode de réunion de l'assemblée générale

§ 1^{er}. L'assemblée générale est tenue en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre d'élus de participer aux réunions de l'assemblée générale, le conseil d'administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

- 1° de participer à distance à la réunion par visioconférence,
- 2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le conseil d'administration veille à :

- a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;
- b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

Les compétences du conseil d'administration qui sont visées par le présent paragraphe peuvent être déléguées conformément à la loi du 6 août 1990.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le conseil d'administration peut organiser une réunion de l'assemblée générale exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « *circonstances exceptionnelles* », il faut entendre : « *toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel* ».

Par le terme « *urgence* », il faut entendre : « *toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise* ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération de l'assemblée générale soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les élus qui participent à l'assemblée générale par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les élus ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les élus qui participent à la réunion par visioconférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion de l'assemblée générale mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre élu.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux élus de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein de l'assemblée générale et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels l'assemblée générale est appelée à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux élus de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « *oui* », « *non* » ou « *abstention* » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les élus de manière à ce que les élus puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses. Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

1° le nombre des élus présents ;

2° le cas échéant, le nombre des élus qui ont donné une procuration ;

3° le nombre des élus ni présents ni représentés ;

4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;

5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;

6° le nombre d'élus qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'élus qui y ont participé en présentiel ;

7° le cas échéant, le nombre des élus qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

1° l'identité des élus présents,

2° l'identité des élus qui ont donné procuration et à qui,

3° l'identité des élus ni présents ni représentés,

4° le cas échéant, l'identité des élus suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

§ 8. Le conseil d'administration peut déléguer la convocation de l'assemblée générale et les compétences visées aux §§ 1^{er} 2 et 6, conformément aux dispositions de la loi du 6 aout 1990.

Assemblée Générale – exclusions

ARTICLE 30

§ 1. Perd sa qualité de membre de l'assemblée générale, sur décision de l'Assemblée Générale de la mutualité, celui qui :

- calomnie un membre du Conseil d'Administration ou un membre de l'Assemblée générale à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;
- menace ou insulte, en assemblée, un représentant ou un membre du conseil d'administration ou un membre de l'Assemblée générale;
- accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité;
- refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité;
- a encouru une condamnation, coulée en force de chose jugée, à une peine d'emprisonnement principal de plus de trois mois (avec ou sans sursis);
- n'a pu participer, sans prévenir préalablement le Président de la mutualité, à trois assemblées générales consécutives;

§ 2. Perd d'office la qualité de membre de l'assemblée générale :

- le membre de l'assemblée générale qui n'est plus membre ou personne à charge d'un membre de la Mutualité
- le membre de l'assemblée générale qui n'est plus en ordre de cotisations pour les services visés à l'article 2, b)
- le membre de l'assemblée générale qui n'était pas rémunéré, sous quelque forme que ce soit, par une société mutualiste ou une mutualité affiliée à l'Union nationale visée à l'article 4 des présents statuts au moment de son élection et qui le devient par la suite.

§ 3. Procédure d'exclusion

Pour l'application des dispositions du §1 de l'article 30 des présents statuts, la procédure suivante doit être respectée :

- La proposition d'exclusion d'un membre de l'assemblée générale est portée à l'ordre du jour de l'assemblée générale
- Le membre de l'assemblée générale concerné est invité à s'exprimer et présenter ses éventuels moyens de défense à l'occasion de l'assemblée générale au cours de laquelle son exclusion est portée à l'ordre du jour
- L'assemblée générale se prononce sur la proposition d'exclusion à la majorité simple des votes pour autant que la moitié des membres soient présents.

Section 2 – Election des représentants à l'Assemblée générale de l'Union Nationale

ARTICLE 31

Afin de déterminer la délégation de la Mutualité au sein de l'Assemblée générale de l'Union Nationale il convient de se référer aux statuts de l'Union Nationale.

ARTICLE 32

L'assemblée générale de la mutualité peut élire des délégués suppléants à l'assemblée générale de l'Union nationale.

Les représentants effectifs et leurs suppléants sont proposés par le Conseil d'Administration qui en établit la liste et sont élus par l'Assemblée Générale.

Pour être élu en qualité de représentant effectif ou suppléant à l'Assemblée Générale de l'Union nationale, les candidat(e)s doivent :

- faire partie de l'Assemblée Générale de la Mutualité ;
- ne pas être membre du personnel de l'Union nationale ni avoir été licencié en tant que membre du personnel de l'Union nationale pour un motif grave ou pour un autre motif visé par les statuts de l'Union Nationale;
- satisfaire aux éventuelles autres conditions supplémentaires reprises dans les statuts de l'Union nationale.

Les représentants des titulaires et des personnes à charge à l'Assemblée générale de la Mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée générale de l'Union Nationale, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration de la Mutualité, au plus tard quinze jours avant la date de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection.

Les candidats figurent sur cette liste par ordre alphabétique, sur la base des candidatures valablement reçues.

ARTICLE 33

Le vote est secret. Il peut avoir lieu par voie électronique sur place ou à distance, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle.

Chaque membre de l'Assemblée générale dispose d'une voix. Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, ce mandat est attribué au candidat le plus jeune.

Lorsque le nombre de candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus.

Section 3 – Conseil d'Administration

ARTICLE 34

Le Conseil d'administration de la Mutualité est composé d'au moins sept administrateurs et au maximum d'un nombre d'administrateurs qui ne peut pas être supérieur à la moitié du nombre de membres de l'Assemblée générale, dont il ne peut y avoir plus de 75% du même sexe et plus d'un quart de personnes rémunérées par la Mutualité ou l'Union Nationale.

Le Secrétaire, le Secrétaire-adjoint, le Trésorier, le Directeur général, le Directeur opérationnel et le Directeur financier siègent au Conseil d'administration avec voix délibérative pour autant qu'ils aient été valablement élus. Dans le cas contraire, ils assistent au Conseil d'administration avec voix consultative.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut remplir les conditions suivantes :

- être de bonne conduite, vie et mœurs ;
- ne pas avoir démissionné ou avoir été licencié (sauf pour motif économique) du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;
- être en ordre de cotisations pour les services visés à l'article 2, b) des présents statuts ;

Les candidats administrateurs qui ne sont pas membres de l'Assemblée Générale doivent être présentés par le Conseil d'Administration.

Sauf en ce qui concerne la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs ou, encore, à une ou plusieurs commissions, dont les membres sont désignés en son sein.

Le Conseil d'administration peut en outre inviter au sein des commissions mises en place des conseillers. Ces derniers ne disposent que d'une voix consultative.

En vertu de l'article 22 de la loi du 06 août 1990, le mandat d'administrateur est gratuit.

Toutefois, un jeton de présence et le remboursement des frais de déplacement sont prévus pour les membres du Conseil d'administration et les conseillers.

Il appartient à l'Assemblée Générale de déterminer les montants des jetons de présence et des frais de déplacement accordés aux administrateurs et aux conseillers.

ARTICLE 35

Le Conseil d'administration est élu par les membres de l'Assemblée générale.

Les candidatures, le cas échéant accompagnées d'une motivation, sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement. Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin secret.

La liste des candidats est établie par ordre alphabétique.

Chaque membre de l'Assemblée générale dispose d'une voix. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus. La liste des suppléants est établie en fonction du nombre de voix que ces personnes ont obtenues lors des élections mutualistes.

Lorsqu'un administrateur effectif démissionne ou est démissionnaire tel que prévu à l'article 36 des statuts, il est remplacé par le suppléant ayant récolté le plus de voix.
En cas d'égalité du nombre de voix, le mandat est confié au suppléant le plus jeune.

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

Des membres de la Direction, à savoir le responsable des services comptables et financiers, le responsable du service informatique de la Mutualité peuvent participer, lorsqu'ils y sont conviés par le Président, à qui le conseil d'administration a délégué cette compétence, au Conseil d'administration avec voix consultative.

L'Union Nationale à laquelle la Mutualité est affiliée peut désigner une personne pour la représenter au conseil d'administration de la Mutualité avec voix consultative.

ARTICLE 36

Le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine Assemblée générale. L'administrateur ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission ou l'exclusion de la Mutualité, ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale lorsque l'administrateur a été élu en cette qualité, entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration de la Mutualité.

L'administrateur qui ne peut être présent à un Conseil d'administration en raison d'une incapacité, d'une obligation professionnelle ou familiale, d'un cas de force majeure ou de tout événement rendant impossible son déplacement, doit en avvertir dès que possible, le Président de la Mutualité ou la personne désignée à cet effet, en précisant le motif de son absence.
L'administrateur qui aura été absent trois fois consécutives sans motif justifié, tel que précisé précédemment, est considéré comme démissionnaire.

L'Assemblée générale peut prononcer la révocation d'un administrateur suivant la procédure prévue à l'article 19, § 2, de la loi du 6 août 1990 au cas où :

- l'administrateur commet une infraction à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et / ou à ses arrêtés d'exécution.
- l'administrateur commet une infraction à la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités et / ou à ses arrêtés d'exécution ;
- l'administrateur a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle coulée en force de chose jugée ;
- l'administrateur accomplit des actes de manière à causer préjudice aux intérêts de la Mutualité ou de l'Union Nationale dont elle fait partie ;
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la Mutualité ou de l'Union Nationale dont elle fait partie.

L'administrateur qui n'est plus en ordre de cotisations pour les services visés à l'article 2, b), est considéré comme démissionnaire du Conseil d'administration.

Lorsque la composition de l'Assemblée générale est modifiée de telle sorte que l'article 27 de l'Arrêté Royal du 7 mars 1991 ne serait plus respecté, l'administrateur ayant obtenu le moins de voix lors de l'élection du Conseil d'administration ne peut plus siéger et devient de fait administrateur suppléant.

ARTICLE 37

Chaque membre du Conseil d'administration peut se faire représenter par procuration par un délégué qui doit être un autre membre du Conseil d'administration, lequel ne peut être porteur de plus d'une procuration.

Les procurations doivent être données par écrit et déposées auprès du secrétariat du Conseil d'administration au plus tard avant la réunion.

Le Conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Mode de réunion du conseil d'administration

§ 1^{er}. Le conseil d'administration est tenu en principe en présence des administrateurs.

Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du conseil d'administration, le président peut, en outre, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visio-conférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le président veille à :

- c) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;
- d) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le président peut, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, organiser une réunion exclusivement par visio-conférence et/ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « *circonstances exceptionnelles* », il faut entendre : « *toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel* ».

Par le terme « *urgence* », il faut entendre : « *toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise* ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération du conseil d'administration soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les administrateurs qui participent au conseil d'administration par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les administrateurs ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les administrateurs qui participent à la réunion par visio-conférence en application du § 1^{er}. En

revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion du conseil d'administration mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre administrateur.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux administrateurs de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein du conseil d'administration et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels le conseil d'administration est appelé à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux administrateurs de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite:

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue de la réunion par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « *oui* », « *non* » ou « *abstention* » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le président veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les administrateurs de manière à ce que les administrateurs puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

- 1° le nombre des administrateurs présents ;
- 2° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont donné une procuration ;
- 3° le nombre des administrateurs ni présents ni représentés ;
- 4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
- 5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
- 6° le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;
- 7° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

- 1° l'identité des administrateurs présents,
- 2° l'identité des administrateurs qui ont donné procuration et à qui,
- 3° l'identité des administrateurs ni présents ni représentés,
- 4° le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

ARTICLE 38

Le Conseil d'administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée générale. Il exerce toutes les compétences que la loi ou les présents statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'Assemblée générale.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au président, à un ou plusieurs administrateurs désignés par le Conseil d'administration en son sein.

ARTICLE 38 bis

Le conseil d'administration a décidé d'instituer un comité de rémunération.

Composition :

Le comité de rémunération est composé du Président, des 2 vice-présidents et d'au moins une personne indépendante des organes exécutifs de la mutualité, désignée par le Conseil d'administration pour son expertise en matière de fixation des rémunérations et avantages des dirigeants et des cadres supérieurs.

Le secrétaire de la mutualité assiste aux réunions.

Le Comité de rémunération pourra, lorsqu'il l'estime utile, consulter des experts ou techniciens, en fonction des sujets à traiter.

Seules les personnes qui assistent aux réunions du comité de rémunération qui sont membres du conseil d'administration disposent d'une voix délibérative, les autres membres disposent d'une voix consultative.

Procédure :

Le comité de rémunération se réunit au moins une fois par an.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

Les décisions du comité de rémunération sont enregistrées dans des procès-verbaux.

Une fois par an, le comité de rémunération remet un rapport au conseil d'administration sur son fonctionnement interne et sur ses conclusions générales concernant la politique de rémunération de l'entreprise.

Compétences :

Sur proposition du comité de direction, le comité de rémunération décide le statut barémique et les éléments de rémunération des membres de la direction et des cadres.

Il approuve les barèmes applicables au personnel de la mutualité.

Il prend connaissance des lois-programmes, des conventions collectives de travail nationales et des conventions collectives de travail propres à la commission paritaire dont relève le secteur mutualiste qui influent sur la gestion des ressources humaines de la mutualité.

Les membres du comité de rémunération ne participent pas aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris, sont directement concernés.

Tous les membres du Comité de rémunération sont tenus de respecter la confidentialité des données et des débats.

La fonction de membre du comité de rémunération n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence dont le montant est déterminé par l'assemblée générale.

ARTICLE 39

Le Conseil d'administration élit en son sein un Président et 2 Vice-Présidents.

Le conseil d'administration a décidé d'instituer un comité de direction et de le composer comme suit :

- du Président
- d'un Vice-Président suivant l'ordre de préséance en cas d'indisponibilité du Président
- Du Secrétaire, du Secrétaire-adjoint et du Trésorier pour autant qu'ils aient la qualité d'administrateurs régulièrement élus. Dans le cas contraire, ils assistent aux réunions avec voix consultative.

Le conseil d'administration confie au comité de direction des compétences spécifiques que sont :

- la gestion du personnel de la Mutualité ;
- le règlement des affaires courantes requérant une décision rapide sous peine de pénalités ou de dommages pour la mutualité ;
- l'engagement, la nomination et la révocation du personnel de la Mutualité ;

Il exerce, en outre, toutes les attributions qui lui sont expressément déléguées par le Conseil d'administration.

Le Directeur général est chargé de l'exécution des décisions du Comité de direction. En cas d'indisponibilité du Directeur général, cette compétence est assumée par le Directeur opérationnel ou le Directeur financier.

ARTICLE 40

Le Directeur général de la Mutualité exercera les fonctions de Secrétaire du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.

Le responsable du service comptable et financier de la Mutualité exercera les fonctions de trésorier du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.

ARTICLE 41

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée générale et le Conseil d'administration. Il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux. Il représente la Mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques.

En cas d'absence du Président, le Conseil d'administration et l'Assemblée générale seront présidés suivant l'ordre de préséance suivant : le 1^{er} Vice-Président, le 2^{ème} Vice-Président, le doyen d'âge, un membre effectif choisi par les membres effectifs présents.

ARTICLE 42

Le Secrétaire fait toutes les écritures requises, il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne les mandats de paiement.

Il est chargé de la conservation des archives.

Il est responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche des services.

ARTICLE 43

Le Trésorier est responsable vis-à-vis du Conseil d'administration de la bonne tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques, ainsi que de l'évaluation constante de la situation financière.

Il applique les dispositions financières prises par le Conseil d'administration ou par tout autre comité désigné par celui-ci.

A chaque Assemblée générale, le Conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

Chapitre V – Les services de la Mutualité - Avantages garantis, conditions d'affiliation spéciales, cotisations

Section 1^{ère} – Assurance - soins de santé pour travailleurs indépendants et membres des communautés religieuses – abrogé au 01.01.2008

ARTICLE 44

Abrogé au 01/01/2008

Section 2 – Frais de transport des Malades (classification 15/11)

ARTICLE 45

La Mutualité intervient dans les frais de transport des malades à partir du 1^{er} janvier 2018 selon les modalités suivantes :

- 1 Transport urgent sans hospitalisation :
 - a) Service 100 ou SAMU : 20% de la facture payée par l'affilié, après déduction de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire et/ou de toute autre assurance
 - b) Hélicoptère : 20% de la facture avec un maximum de 250 EUR par bénéficiaire et par année civile.

- 2 Transport non urgent pour entrée et sortie de clinique avec hospitalisation, transfert entre cliniques en cours d'hospitalisation, déplacement aller-retour vers un centre de vaccination COVID-19, intervention chirurgicale avec utilisation de la salle d'opération ou la salle de plâtre, et réanimation non urgente :
 - a) Ambulance : 20% de la facture payée par l'affilié, après déduction de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire et/ou de toute autre assurance
 - b) Transport en commun : 20% du coût du transport

- c) Transport en véhicule particulier : 0,20 EUR du kilomètre
 - d) Tout autre type de transport terrestre : 20% de la facture payée par l'affilié
- 3 Transport pour examen médical ou consultation médicale en milieu hospitalier ou centres médicaux de personnes dont l'état de santé ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens :
- a) Transport en véhicule particulier : 0,20 EUR du kilomètre
 - b) Transport en commun : 20% du coût du transport
 - c) Tout autre type de transport terrestre : 20% de la facture payée par l'affilié

Le total des interventions est limité à 300 EUR par année sauf pour les patients fortement dépendants (Katz B ou +) ou souffrant d'un handicap majeur (ostéoporose, maladie grave des yeux, handicap des membres, maladie neurologique fortement invalidante, poliomyélite, malformations congénitales, paralysie cérébrale, asbestose), réadaptation après infarctus, rééducation des membres inférieurs, consultation après transplantation d'organe.

- 4 Transport pour traitements médicaux en milieu hospitalier ou centres médicaux de patients fortement dépendants (Katz B ou +) ou souffrant d'un handicap majeur (ostéoporose, maladie grave des yeux, handicap des membres, maladie neurologique fortement invalidante, poliomyélite, malformations congénitales, paralysie cérébrale, asbestose) :
- a) Ambulance : 20% de la facture payée par l'affilié, après déduction de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire et/ou de toute autre assurance
 - b) Transport en véhicule particulier: 0,20 EUR du kilomètre
 - c) Transport en commun : 20% du coût du transport
 - d) Tout autre type de transport terrestre : 20% de la facture payée par l'affilié
- 5 Transport en corbillard suite à un décès en milieu hospitalier : 20% de la part de la facture relative au transport payée par l'affilié, après déduction de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire et/ou de toute autre assurance.

ARTICLE 46

1. Conditions d'octroi

Pour les transports repris à l'article 45, l'intervention de la Mutualité est octroyée lorsqu'il est satisfait à l'une des conditions suivantes :

- admission en milieu hospitalier de 24 heures au moins (une nuit en clinique est facturée par l'établissement hospitalier) ;
- admission en milieu hospitalier pour intervention en hôpital de jour (un forfait one day clinic est facturé par l'établissement hospitalier) ;
- admission en milieu hospitalier d'une durée de moins de 24 heures avec justification par certificat médical motivé ;
- consultation chez un médecin spécialiste avec justification par certificat médical motivé ;

- l'affilié apporte la preuve d'un rendez-vous vaccination dans un centre de vaccination COVID-19 ;
- traitement post greffe d'organes avec justification par certificat médical motivé.
- examen médical ou consultation médicale en milieu hospitalier ou centre médical de personnes dont l'état de santé ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens
- traitement médical en milieu hospitalier ou centre médical de patients fortement dépendants (Katz B ou +) ou souffrant d'un handicap majeur (ostéoporose, maladie grave des yeux, handicap des membres, maladie neurologique fortement invalidante, polyomélite, malformations congénitales, paralysie cérébrale, asbestose)

2. Exclusions

L'intervention de la Mutualité n'est pas octroyée :

- pour les transports aller-retour entre des établissements de soins reconnus, lorsque les frais de transport sont incorporés dans le prix de la journée d'hospitalisation ;
- pour les transports réalisés pour des institutions qui assument complètement les frais de transport ;
- pour les transports réalisés pour traitement de kinésithérapie ;
- pour les transports réalisés entre un domicile privé et une MRPA ou l'inverse ;
- pour les transports en dehors du territoire national ;
- sur le montant des frais de retard, des frais administratifs et des intérêts de retard.

ARTICLE 47

Pour tous les cas de transport prévus à l'article 45, à l'exception des transports en véhicule particulier et des transports en commun, l'intervention est subordonnée à la présentation d'une facture du transporteur.

Pour les transports en commun, l'intervention est subordonnée à la présentation du ticket de la société de transport en commun.

Pour les transports en véhicule particulier, l'intervention est subordonnée à la présentation du formulaire « Attestation de transport » fourni par la mutualité.

En outre, la Mutualité se réserve le droit d'exiger la présentation d'une attestation médicale affirmant que le patient ne peut se déplacer par ses propres moyens (sauf pour le service 100 ou samu pour lequel la facture suffit).

ARTICLE 48

Dans les cas prévus à l'article 45, 2c, 3a et 4b, l'intervention est calculée sur la base du nombre de kilomètres reliant le lieu de prise en charge à l'établissement hospitalier ou le centre spécialisé.

ARTICLE 49

Pour prétendre aux interventions prévues à l'article 45, les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Le montant total des interventions prévues à l'article 45 ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif, en annexe des présents statuts.

ARTICLE 50

Abrogé au 01/07/2007.

Section 3 – Service de soins à domicile, prêt de matériel et accompagnement de personnes à mobilité réduite – Service information, garde d'enfants malades à domicile et bien-être – Service de promotion et d'éducation à la santé

ARTICLE 51 – Accords de collaboration – classification 38

Conformément à l'article 43 de la loi du 06/08/1990, la mutualité a conclu les accords de collaboration avec les entités suivantes et pour les missions ci-dessous mieux détaillées.

Le tableau des cotisations de la mutualité est joint aux présents statuts.

A – Centre de Coordination des Soins et Services à Domicile Indépendants COSEDI Hainaut-Namur (en abrégé COSEDI HAINAUT-NAMUR ASBL)
BCE 0472.907.667

A.1 Missions

~~A.1.1.1. Coordination de soins et de services à domicile~~

Ce service consiste en la prise de contacts avec les prestataires et services de proximité en vue de garantir le maintien à domicile du bénéficiaire.

Le service examine avec le bénéficiaire et ses proches et, dans la mesure du possible, avec le médecin traitant, le degré d'autonomie du bénéficiaire afin de déterminer les aides en soins et services susceptibles de permettre au bénéficiaire un maintien dans son lieu de vie. En fonction de cette analyse et des souhaits du bénéficiaire, le service met en contact ce dernier avec des prestataires de soins et de services disponibles dans sa région.
Le service de coordination de soins et de services à domicile est gratuit.

En dehors des heures normales de bureau, une permanence téléphonique est assurée.

A.1.2. Prêt de matériel médical

Le matériel repris en annexe 2 des présents statuts est disponible contre paiement d'une caution et d'un loyer journalier à l'exception du lève-personne passif et du matelas curatif pour lesquels le loyer est mensuel.

Le transport par les soins de la Mutualité ou de l'ASBL COSEDI Hainaut-Namur entraîne le paiement d'une intervention de 10 EUR par trajet.

En cas de détérioration du matériel, les frais de remise en état ou de remplacement seront à la charge de l'affilié. Le matériel doit être restitué en état de propreté et d'hygiène. A défaut, les frais de nettoyage seront déduits de la caution.

Le matériel est destiné à un usage privé. Son utilisation dans un home ou un établissement hospitalier est exclue.

La location débute le jour de la livraison du matériel et se termine le jour de la reprise du matériel.

Le montant locatif est journalier à l'exception du lève-personne passif et du matelas curatif pour lesquels le loyer est mensuel.

Pour prétendre à ces services, les affiliés doivent être en règle de cotisations.

A.1.3. Accompagnement de personnes à mobilité réduite

Ce service consiste en l'organisation de l'accompagnement des personnes à mobilité réduite dans le cadre de déplacements à vocation médicale par des bénévoles (avec leur véhicule personnel) et conformément aux dispositions de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires. Les modalités de fonctionnement sont consignées dans un règlement d'ordre intérieur.

La demande d'accompagnement doit être introduite auprès du service compétent au moins deux jours ouvrables précédant la date d'accompagnement souhaitée.

Suivant les disponibilités, le service met en contact l'affilié avec le bénévole volontaire pour la prise de rendez-vous.

La participation de l'affilié dans les frais d'accompagnement correspond à l'intervention fixée en application de l'art. 13, alinéa 3, de l'Arrêté Royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours majorée de 0,05 EUR du kilomètre.

Le calcul du nombre de kilomètres commence à partir du domicile du volontaire bénévole et se termine au domicile du volontaire bénévole.

En plus de l'intervention pour frais de parcours, l'affilié paiera les frais de parking éventuels ainsi que les dégâts qu'il pourrait occasionner au véhicule (réactions à un traitement, ...).

L'attente n'engendre pas de coût supplémentaire. Toutefois, dans un cas d'attente prolongé, si le bénévole rentre chez lui, un deuxième trajet sera comptabilisé en concertation avec le bénéficiaire.

Les kilomètres sont arrondis au kilomètre supérieur.

Le bénéficiaire doit rencontrer des difficultés de déplacement tout en étant capable de voyager en position assise.

L'assurance responsabilité civile des volontaires couvre les dommages corporels subis par les passagers du véhicule pendant l'exercice du volontariat.

Pour prétendre à ces services, les affiliés doivent être en règle de cotisations.

A.2. Flux financiers

La mutualité prévoit dans son tableau de cotisations complémentaires (ETAC – code 38xx) un montant annuel par affilié et s'engage à verser intégralement à l'asbl mentionnée à l'article 51A toutes les cotisations perçues pour le compte de ladite asbl.

Le rapport annuel du Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale sur l'exécution des accords conclus détaille les montants annuels transférés ainsi que la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

B – Loisirs Education Santé asbl (en abrégé L.E.S.) BCE 0449.491.961

B.1. Missions

B.1.1. Actions de prévention, d'information et de promotion dans le domaine de la santé

Ces actions consistent en des conférences, débats, visites d'institutions de santé, mise à disposition de documentations traitant de la promotion de la santé.

Ces actions s'adressent à tous les affiliés de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur qui peuvent y accéder sur simple demande, en fonction de la capacité d'accueil des locaux prévus à cet effet et des stocks disponibles en ce qui concerne les documentations.

Pour la participation aux conférences, débats et visites d'institution de santé, aucune contribution financière n'est réclamée aux bénéficiaires de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur en règle de cotisations en assurance complémentaire.

B.1.2. Activités destinées à promouvoir le bien-être physique, psychique et social

Ces activités consistent en des rassemblements de titulaires et de leurs personnes à charge dans le but de développer le bien-être physique, psychique et social des bénéficiaires. Ces rassemblements auront pour objectif de développer une prise de conscience des participants aux problèmes de santé dans la vie quotidienne, à l'école, sur le lieu de vie et sur le lieu de travail et développer ainsi des réflexes sanitaires et des habitudes de vie saine,

Ces activités comprennent :

- des ateliers de stimulation cognitive ;
- des ateliers mémoire ;
- des ateliers d'éveil musical pour bébés ;
- des ateliers de portage bébé ;
- des ateliers de massage bébé ;
- des ateliers alimentation et nutrition ;
- des ateliers relaxation ;
- des ateliers de fabrication de cosmétiques naturels ;
- des ateliers de prévention des chutes ;
- des ateliers de sophrologie ;
- des petits déjeuners santé en milieu scolaire ou professionnel ;
- l'initiation au sport et à la randonnée

Ces activités s'adressent à tous les affiliés de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur qui peuvent y accéder sur simple demande, en fonction des capacités d'accueil.

L'inscription aux activités n'est garantie que sur base d'une réservation envoyée à la mutualité via un formulaire papier ou électronique mentionnant précisément l'activité choisie et les coordonnées complètes du bénéficiaire.

Aucune contribution financière n'est réclamée aux affiliés de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur en règle de cotisations en assurance complémentaire pour la participation aux ateliers et à l'initiation au sport et à la randonnée.

B.1.3. Activités récréatives à l'attention des titulaires et de leurs personnes à charge (Education et promotion à la santé)

Les actions à l'attention des titulaires et de leurs personnes à charge s'inscrivent plus particulièrement dans le cadre de la promotion et l'éducation à la santé et ont pour objet, entre autres :

- de promouvoir un mode de vie sain ;
- d'améliorer les conditions de santé ;
- de prévenir des maladies ;
- de stimuler l'utilisation de formules de soins de santé moins onéreuses.

Par actions, on entend notamment :

- ✓ La participation à des conférences, débats, groupes de paroles et journées d'études ;
- ✓ L'organisation de conférences et journées d'études ;
- ✓ La promotion et la participation logistique à des actions organisées par des institutions ou organismes compétents en matière de santé et des pouvoirs publics ;
- ✓ L'organisation d'activités thématiques ;
- ✓ La diffusion sur tout support d'informations ;
- ✓ La sensibilisation des affiliés et de leurs bénéficiaires à l'importance d'adopter des comportements responsables

Ces actions s'adressent à tous les affiliés de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur qui peuvent en bénéficier sur simple demande, en fonction des capacités d'accueil et des stocks disponibles en ce qui concerne les documentations.

L'inscription pour les actions et activités proposées n'est garantie que sur base d'une réservation envoyée à la Mutualité via un formulaire papier ou électronique mentionnant précisément l'activité choisie et les coordonnées complètes du bénéficiaire.

Aucune contribution financière n'est réclamée aux affiliés pour participer aux activités.

Pour prétendre à ces services, les affiliés doivent être en règle de cotisations.

B.2. Flux financiers

La mutualité prévoit dans son tableau de cotisations complémentaires (ETAC – code 38xx) un montant annuel par affilié et s'engage à verser intégralement à l'asbl mentionnée à l'article 51B toutes les cotisations perçues pour le compte de ladite asbl.

Le rapport annuel du Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale sur l'exécution des accords conclus détaille les montants annuels transférés ainsi que la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

C – Mutualité Libérale de Liège BCE 0411.745.204

C.1. Missions

La Mutualité Libérale de Liège s'engage à déléguer un assistant social au service de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur pour offrir, aux personnes se trouvant dans une situation problématique en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une vulnérabilité financière ou sociale, ainsi qu'à leurs auxiliaires de vie bénévoles, une aide et des services et ce, afin d'augmenter leur autonomie, de promouvoir l'intégration et la participation sociales et d'ouvrir l'accès à l'aide sociale.

Ce service s'adresse à tout le monde.

Le service octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils, en exécution de la réglementation applicable de l'autorité compétente.

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et aux directives fixés dans la réglementation applicable de l'autorité compétente (voir annexe 5), pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010.

C.2. Flux financiers

La Mutualité Libérale de Liège adresse tous les trimestres une facture à la Mutualité Libérale Hainaut-Namur reprenant les coûts générés par la mise à disposition d'un assistant social.

Pour financer ce service, une cotisation est perçue auprès des affiliés

ARTICLE 52

Gardes d'enfants malades à domicile (classification 15/07)

Ce service s'adresse aux enfants jusqu'à la fin de leurs études primaires

La Mutualité intervient intégralement dans les frais de garde à domicile d'enfants malades, sur base d'une attestation ou d'une facture fournie par le pouvoir organisateur du service de garde, avec un plafond annuel de 1.200 EUR par bénéficiaire visé à l'article 52.2.alinéa 1er des présents statuts.

L'intervention de la mutualité ne peut être supérieure au coût réellement supporté par l'affilié. Ne sont prises en compte que les gardes organisées dans le cadre d'un service agréé par un pouvoir communal, provincial, régional, communautaire ou fédéral.

Pour prétendre à ce service, les affiliés doivent être en règle de cotisations.

Section 4 – Indemnités familiales en cas d’hospitalisation

ARTICLE 53

Abrogé au 01/01/2011

ARTICLE 54

Abrogé au 01/01/2011

ARTICLE 55

Abrogé au 01/07/2007

ARTICLE 56

Abrogé au 01/01/2011

ARTICLE 57

Abrogé au 01/01/2011

Couverture hospitalisation de base (classification 14)

Affiliation obligatoire

ARTICLE 58

§ 1^{er}. A partir du 1^{er} janvier 2013, la Mutualité intervient dans le coût des tickets modérateurs et suppléments réellement pris en charge par le patient (hormis les implants et le matériel de synthèse orthopédique), à concurrence de 450 EUR maximum par année civile et par bénéficiaire, au cours d’une hospitalisation en hôpital général (identification INAMI 710). Le montant de la facture relative au passage par le service des urgences lorsque celui-ci débouche immédiatement sur une hospitalisation est pris en compte dans le plafond de 450 EUR.

Les frais de dépistage néonatal de la surdité du nouveau-né sont pris en compte dans le plafond de 450 EUR.

Les frais médicaux liés à un accouchement à domicile ou à un accouchement dans une maison de naissance sont pris en considération pour l’intervention de 450 EUR en cas d’accouchement.

Pour les implants et le matériel de synthèse orthopédique, la Mutualité intervient à concurrence de 300 EUR maximum par année et par bénéficiaire, après déduction d’une franchise de 100 EUR.

La Mutualité intervient à partir du 1^{er} janvier 2015 dans les frais relatifs à un transport adapté et justifié pour des raisons médicales urgentes (service 100, SAMU ou hélicoptère), pour entrée en clinique avec hospitalisation ou transfert entre cliniques en cours d’hospitalisation, à condition que ces frais ne soient pas prévus dans la journée d’entretien, à raison de :

- a) Service 100 ou SAMU : 20% de la facture payée par l'affilié, après déduction de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire et/ou de toute autre assurance
- b) Hélicoptère : 20% de la facture avec un maximum de 250 EUR par bénéficiaire et par année civile

La Mutualité accorde une intervention forfaitaire de 5 euros par jour avec un maximum de 500 EUR par année civile pour couvrir les frais d'accompagnement des bénéficiaires hospitalisés.

Ne sont pas prises en compte, les journées d'hospitalisation de l'enfant nouveau-né durant la semaine qui suit la naissance.

Test de profilage tumoral

La Mutualité Libérale Hainaut-Namur intervient à partir du 1^{er} juillet 2018 dans les frais résultant d'une prescription médicale pour la réalisation d'une analyse oncogénétique dans le but d'adapter au mieux la stratégie et la prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé.

L'intervention est fixée à 1.500 EUR maximum par vie dans les frais liés à une analyse combinant le séquençage ADN couvrant les gènes associés aux traitements existants et les analyses d'immunohistochimie sélectionnées en fonction du type spécifique de cancer.

Ne sont pas visés par cette intervention les cancers de type lymphome et les cancers pédiatriques (patients de moins de 18 ans).

L'intervention ne pourra être accordée que dans les conditions suivantes :

- pour des patients adultes atteints d'un cancer solide en stade III ou IV

Les cancers sont classifiés en quatre stades principaux (il existe des sous-catégories) :

- (1) Stade I : il s'agit d'une petite tumeur localisée et il n'y a pas d'envahissement des ganglions environnants.
- (2) Stade II : il s'agit d'une tumeur localisée plus volumineuse qu'au stade I et il n'y a un début d'envahissement des ganglions environnants mais l'extension reste limitée localement.
- (3) Stade III : L'envahissement des ganglions environnants est très important avec un risque de métastases.
- (4) Stade IV : la tumeur s'est dispersée dans d'autres organes que celui d'origine pour former des métastases

- suite à une première ligne thérapeutique en échec et avant la seconde ligne thérapeutique
- avoir une biopsie collectée endéans les six mois avant l'analyse

L'intervention est subordonnée à la remise de la facture, d'un formulaire fourni par la mutualité complété par l'oncologue et de la prescription médicale de l'analyse oncogénique.

Le montant de l'intervention ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre. L'intervention n'est pas cumulable avec l'intervention prévue à l'article 59 21. des présents statuts.

§ 2. A partir du 1^{er} janvier 2011, la Mutualité intervient dans le coût des tickets modérateurs et suppléments réellement pris en charge par le patient, à concurrence de 100 EUR maximum par année civile et par bénéficiaire, au cours d'une hospitalisation en hôpital psychiatrique (identification Inami 720) ou en service psychiatrique dans un hôpital général (service A – code service 37, 38, 39, 66 et service K – code service 34, 35, 36).

§ 3. Pour prétendre aux interventions prévues aux §§ 1 et 2, les membres effectifs doivent être en ordre de cotisations.

§ 4. L'hospitalisation est censée débiter le jour mentionné sur tout document probant émis par l'établissement hospitalier.

Les interventions prévues aux §§ 1 et 2 ne sont pas dues dans les cas suivants :

- lorsque la durée de l'hospitalisation est inférieure à 24 heures, sauf lorsqu'un forfait «one day clinic» est facturé par l'établissement hospitalier ;
- pour les cures thermales ;
- pour les séjours de convalescence ;
- pour les services R et V ;
- pour les hospitalisations en hôpital militaire ;
- lorsque le dommage résulte d'une faute provoquée délibérément par le membre ;
- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières relevant de l'esthétique ou de la chirurgie plastique et pour lesquelles le conseiller médical de la Mutualité n'a pas donné son accord préalable ;
- pour les hospitalisations de jour dans un établissement psychiatrique (identification INAMI : 720xxxxxxx).

Ne sont pris en compte pour le calcul des interventions prévues aux §§ 1 et 2 que les frais qui ne sont pas couverts par :

- l'Assurance Soins de Santé et Indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses Arrêtés Royaux d'exécution et par l'Arrêté Royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et l'Arrêté Royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'Arrêté d'exécution) ;
- les règlements CEE n°1408/71 et 574/72 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue avec la Belgique ;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le maximum à facturer (MAF) ;
- l'Arrêté Royal du 26 février 2001 organisant le fond spécial de solidarité ;

Ne sont pas pris en compte pour le calcul des interventions prévues aux §§ 1 et 2 :

- les prothèses ou implants dentaires

Le cumul des journées d'hospitalisation prises en compte pour le calcul des interventions dont question aux §§1 et 2 ne peut dépasser 180 jours par année civile.

§ 5 L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle. Dans ce cas, l'octroi des interventions prévues aux §§ 1 et 2 le sera à titre d'avance récupérable. Lorsque le membre ou sa famille se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, la Mutualité récupèrera toute somme pouvant être couverte par ladite législation et venant en déduction des frais à sa charge, dans les limites de la prescription fixée par l'article 48 bis, §2, de la loi du 6/08/1990.

§ 6 Les cotisations du service ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'index-santé, être augmentées que :

1. lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ;
2. ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

Les conditions de couverture des membres du service ne peuvent être modifiées que sur la base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments.

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Section 5 – Prestations médicales diverses

ARTICLE 59

1. Optique (classification 15/03)

Abrogé au 1/1/2016

2. Diabète (classification 15/04)

La Mutualité intervient dans le remboursement des tiges pour diabète à concurrence de 0,20 EUR par tige, avec un maximum de 125 EUR par an, ainsi que dans le coût des lecteurs de glycémie pour un montant maximal de 75 EUR.

Lors de la première demande d'intervention dans le coût des tiges ou d'un lecteur de glycémie, la mutualité vérifie la présence d'éléments médicaux probants liés à la pathologie. Si aucun élément de cette nature ne figure dans le dossier de l'affilié il est réclamé au patient une attestation dont il appert qu'il est un « insulinodépendant » ou qu'il suit un traitement anti-diabétique oral.

L'intervention est liquidée trimestriellement sur base d'un formulaire de demande d'intervention auquel sont joints les tickets et/ou factures officiels.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

3. Tickets modérateurs (classification 15/04)

La Mutualité intervient dans le coût des tickets modérateurs légaux pour les soins dispensés aux bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, et prestés par des médecins, kinésithérapeutes, infirmières, logopèdes (dans le cadre d'un traitement accordé en assurance obligatoire par le médecin-conseil de la mutualité) ou dentistes.

Ne sont pas prises en considération les prestations dont la date n'est pas comprise dans une période d'ouverture d'un droit du bénéficiaire au Dossier Médical Global.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'ouverture du droit du bénéficiaire âgé de moins de 3 ans au Dossier Médical Global n'est pas requise pour l'intervention visée au présent article.

Pour les soins dentaires, ne sont pas pris en compte les forfaits relatifs aux appareillages dans le cadre d'un traitement orthodontique.

La Mutualité intervient dans le coût des tickets modérateurs légaux pour les bénéficiaires âgés de plus de 17 ans, avec un plafond annuel de 100 EUR.

Sont prises en compte pour cette intervention :

- les consultations et visites auprès des médecins spécialistes et auprès de médecins généralistes
- La consultation annuelle chez le dentiste (nomenclature 301011 en assurance obligatoire)

Ne sont pas prises en considération les prestations dont la date n'est pas comprise dans une période d'ouverture d'un droit du bénéficiaire au Dossier Médical Global.

Ne sont pas prises en compte les prestations dans le cadre d'une hospitalisation, y compris d'une hospitalisation de jour.

Les interventions sont octroyées pour autant que le bénéficiaire des soins soit inscrit auprès de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur à la date des soins.

Pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, la Mutualité procède à la liquidation de l'intervention automatiquement une fois par mois.

Pour les bénéficiaires âgés de plus de 17 ans, la Mutualité procède à la liquidation de l'intervention sur base d'une demande écrite d'intervention envoyée par le bénéficiaire à la mutualité au moyen de tous les canaux disponibles (courrier postal, mail, fax). Cette démarche doit être effectuée par le bénéficiaire à chaque fois qu'il sollicite l'intervention de la mutualité pour cet avantage.

L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle. Dans ce cas, l'octroi des interventions le sera à titre d'avance récupérable. Lorsque le membre ou sa famille se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, la Mutualité récupérera toute somme pouvant être couverte par ladite législation et venant en déduction des frais à sa charge, dans les limites de la prescription fixée par l'article 48 bis, §2, de la loi du 6/08/1990.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

4. Rooming-in Hospitalisation : personnes accompagnantes

Abrogé le 1/1/2014

5. Vaccinations (classification 15/04)

La Mutualité intervient à partir du 1^{er} janvier 2018 à concurrence de 45 EUR maximum par année civile :

- dans le prix d'achat de tous les vaccins agréés en Belgique par le SPF Santé publique en ce compris les traitements de désensibilisation des allergies
- dans les frais de diagnostic d'allergies (codes de nomenclature 350055, 532534, 532571, 532556, 470450, 470772, 470794, 470816 et 470831)

Pour les vaccins et traitement de désensibilisation l'intervention est payée sur la base du ticket de caisse BVAC de la pharmacie ou de la quittance d'intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les frais de diagnostic des allergies, l'intervention est payée sur base des attestations de soins en assurance obligatoire.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

6. Pet scan

Abrogé au 1/1/2014

7. Matériel de soins (classification 15/04)

La Mutualité intervient dans le coût des changes et alèses, pour incontinents chroniques ne bénéficiant pas du forfait INAMI tel que décrit dans l'Arrêté Royal du 2 juin 1998 (incontinence).

Pour bénéficier de l'intervention, le bénéficiaire doit fournir une attestation du médecin traitant certifiant l'état d'incontinence chronique.

L'intervention s'élève à maximum 160 EUR par année pour les membres ne bénéficiant pas d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2, et 19, de la loi du 14 juillet 1994 et maximum 240 EUR par année civile pour les personnes bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2, et 19, de la loi du 14 juillet 1994.

L'intervention est allouée à raison de 20% :

- des factures établies par l'Asbl COSEDI Hainaut – Namur
- des factures d'achat de matériel d'incontinence établies par une mutualité affiliée auprès de l'Union nationale des mutualités libérales
- des factures d'achat de matériel d'incontinence établies par un service agréé par une mutualité affiliée auprès de l'Union nationale des mutualités libérales

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

8. Homéopathie (classification 15/04)

Abrogé au 01/01/2018

9. Maladies graves (classification 15/04)

La Mutualité accorde, à partir du 1^{er} janvier 2022, une intervention forfaitaire, par année civile, de 248 euros pour les bénéficiaires suivant un traitement pour une maladie grave ainsi que les bénéficiaires infirmes moteurs cérébraux et les bénéficiaires atteints d'une maladie métabolique rare.

La liste des maladies graves donnant droit à l'intervention est reprise à l'annexe 6 des présents statuts.

Cette intervention n'est pas accordée lorsque l'intéressé bénéficie déjà du forfait pour maladie chronique (A.R du 02.06.98).

Pour bénéficier de cette intervention, l'assuré ne doit fournir aucun justificatif de dépenses.

1. Pour les bénéficiaires suivant un traitement pour une maladie grave, à l'exception des bénéficiaires suivant un traitement pour la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la poliomyélite ou atteint d'une maladie métabolique rare :

L'intervention est subordonnée à l'accord du conseiller médical de la Mutualité, sur base d'un document de demande d'intervention complété par un médecin traitant ou un médecin

spécialiste, précisant la pathologie et attestant de la poursuite du traitement lié à cette pathologie.

Cet accord est délivré pour une durée de deux ans, renouvelable.

A l'échéance de l'accord, un nouvel accord pourra être sollicité et ce, sans limitation du nombre de renouvellements.

2. Pour les bénéficiaires infirmes moteurs cérébraux, les bénéficiaires atteints d'une maladie métabolique rare ainsi que les bénéficiaires suivant un traitement pour la sclérose en plaque, la maladie de Parkinson et la poliomyélite :

L'intervention est subordonnée à l'accord du conseiller médical de la Mutualité sur base d'un document de demande d'intervention précisant la pathologie et complété par un médecin traitant ou un médecin spécialiste.

Cet accord est délivré pour une durée indéterminée.

10. Diététique (classification 15/04)

Abrogé au 01/01/2018

11. Contraception (classification 15/04)

La Mutualité intervient dans les frais de contraception des bénéficiaires de sexe féminin et masculin.

1. L'intervention est fixée à 50 EUR maximum par année civile pour la pilule contraceptive, le patch contraceptif et l'anneau vaginal.
2. L'intervention est fixée à 100 EUR maximum par achat pour le stérilet, l'implant contraceptif et l'injection contraceptive.
3. L'intervention est fixée à 50 EUR maximum par année civile pour l'achat de préservatifs en pharmacie.

En cas d'achat de méthodes contraceptives masculines (point 3) par une personne de sexe masculin, le montant maximal de l'intervention est de 50 EUR par année civile. Toutefois, en cas d'achat par une personne de sexe féminin, le montant total de l'intervention, cumulé avec le point 1 ne peut dépasser 50 EUR par année civile, et le montant total de l'intervention, cumulé avec le point 2 ne peut dépasser 100 EUR par année civile

L'intervention est subordonnée à la remise du ticket BVAC de la pharmacie ou de l'attestation de fourniture du gynécologue.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

12. Mort subite du nourrisson

Abrogé au 1/1/2014

13. Dépistage cancer

Abrogé le 1/1/2014

14. Acupuncture

Abrogé au 1/1/2012

15. Dépistage de l'ostéoporose

Abrogé au 1/1/2014

16. Dépistage (classification 15/04)

La Mutualité intervient à partir du 1^{er} janvier 2018 dans le cadre du dépistage des affections suivantes :

- Ostéoporose
- Cancer
- Mort subite du nourrisson
- Trisomie

L'intervention est conditionnée par la détention d'un Dossier Médical Global, à l'exception de l'intervention de la mort subite du nourrisson.

L'intervention est fixée à maximum de 20 EUR par année civile, sur présentation d'une attestation précisant la nature des prestations, les coordonnées du (des) prestataire(s) ainsi que la quote-part payée par le bénéficiaire.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle. Dans ce cas, l'octroi des interventions le sera à titre d'avance récupérable. Lorsque le membre ou sa famille se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, la Mutualité récupèrera toute somme pouvant être couverte par ladite législation et venant en déduction des frais à sa charge, dans les limites de la prescription fixée par l'article 48 bis, §2, de la loi du 6/08/1990.

Ne sont pas prises en considération les prestations dont la date n'est pas comprise dans une période d'ouverture d'un droit du bénéficiaire au Dossier Médical Global.

17. Dépistage néonatal de la surdité

Abrogé au 1/1/2014

18. Consultation d'un psychologue (classification 15/04)

La Mutualité intervient à partir du 1^{er} janvier 2012 pour les bénéficiaires, durant leur scolarité, dans le coût de la consultation auprès d'un psychologue reconnu par la Commission des psychologues instituée par l'article 3, § 1^{er}, de la loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue.

L'intervention est limitée à 10 EUR par séance avec un maximum de 12 séances par année civile sur présentation d'un formulaire fourni par la Mutualité et complété par le prestataire.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

19. Frais de grossesse et de maternité (classification 15/04)

La Mutualité intervient à partir du 1^{er} janvier 2012 dans le coût de soins ambulatoires liés à la grossesse et à la maternité pour les bénéficiaires détenteurs d'un dossier médical global.

Le service intervient dans l'intégralité des tickets modérateurs légaux des prestations suivantes :

- 9 séances de kinésithérapie périnatale

Ne sont pas prises en compte les prestations dans le cadre d'une hospitalisation, y compris d'une hospitalisation de jour.

Les interventions sont octroyées pour autant que le bénéficiaire des soins soit inscrit auprès de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur à la date des soins.

Les interventions sont liquidées en même temps que le paiement de la prime de naissance.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

20. Appareils auditifs (classification 15/04)

La Mutualité intervient à partir du 1^{er} janvier 2013 dans le coût des appareils auditifs fournis à partir du 1^{er} janvier 2013, à concurrence de maximum 150 EUR pour un appareil monophonique et maximum 300 EUR pour un appareil stéréophonique.

L'intervention est subordonnée à la présentation d'une facture ou d'une attestation fournie par la Mutualité et complétée par le fournisseur.

Aucune intervention n'est servie pour les appareils ne donnant pas lieu à un remboursement INAMI.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

21. Test de profilage tumoral (classification 15/04)

La Mutualité Libérale Hainaut-Namur intervient à partir du 1^{er} juillet 2018 dans les frais résultant d'une prescription médicale pour la réalisation d'une analyse oncogénétique dans le but d'adapter au mieux la stratégie et la prise en charge thérapeutique du patient traité ambulatoirement.

L'intervention est fixée à 1.500 EUR maximum par vie dans les frais liés à une analyse combinant le séquençage ADN couvrant les gènes associés aux traitements existants et les analyses d'immunohistochimie sélectionnées en fonction du type spécifique de cancer.

Ne sont pas visés par cette intervention les cancers de type lymphome et les cancers pédiatriques (patients de moins de 18 ans).

L'intervention ne pourra être accordée que dans les conditions suivantes :

- pour des patients adultes atteints d'un cancer solide en stade III ou IV

Les cancers sont classifiés en quatre stades principaux (il existe des sous-catégories) :

- (1) Stade I : il s'agit d'une petite tumeur localisée et il n'y a pas d'envahissement des ganglions environnants.
 - (2) Stade II : il s'agit d'une tumeur localisée plus volumineuse qu'au stade I et il n'y a un début d'envahissement des ganglions environnants mais l'extension reste limitée localement.
 - (3) Stade III : L'envahissement des ganglions environnants est très important avec un risque de métastases.
 - (4) Stade IV : la tumeur s'est dispersée dans d'autres organes que celui d'origine pour former des métastases
- suite à une première ligne thérapeutique en échec et avant la seconde ligne thérapeutique
 - avoir une biopsie collectée endéans les six mois avant l'analyse

L'intervention est subordonnée à la remise de la facture, d'un formulaire fourni par la mutualité complété par l'oncologue et de la prescription médicale de l'analyse oncogénique.

Le montant de l'intervention ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre. L'intervention n'est pas cumulable avec l'intervention prévue à l'article 58 des présents statuts.

22. Prothèses capillaires

La Mutualité intervient dans le coût d'achat d'une prothèse capillaire à concurrence de 50% de la facture payée par l'affilié, après déduction de l'intervention de l'assurance obligatoire et de toute autre assurance, avec un maximum de 100 EUR.

L'intervention est conditionnée par une intervention préalable de l'assurance obligatoire. Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

23. Conditions générales

Pour pouvoir prétendre aux remboursements prévus, les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts.

Section 6 – Intervention en cas de séjours de convalescence

ARTICLE 60

La Mutualité organise à partir du 1er juillet 2021 un service de « Séjours de repos et séjours de convalescence »

1. Séjours de convalescence

A partir du 1er juillet 2021, la Mutualité octroie aux membres, une intervention de 14,00 EUR par nuitée dans les frais liés à un séjour de convalescence avec un maximum de 30 nuitées par année civile.

1.1 Conditions d'octroi de l'intervention

- L'intervention est due pour les séjours de convalescence des membres qui ont subi une opération chirurgicale avec hospitalisation de jour, une hospitalisation générale, un traitement oncologique ou une dialyse rénale
- L'intervention est due dans tout établissement de convalescence en Belgique à l'exception de tout établissement faisant l'objet d'une intervention dans le cadre des services complémentaires de l'Union nationale des Mutualités libérales.

1.2 Modalités d'octroi de l'intervention

La demande préalable accompagnée du certificat du médecin traitant doit être soumise au conseiller médical qui complète un formulaire ad hoc et décide de l'octroi ou du refus de l'intervention sur base des critères médicaux énoncés au 1er alinéa du point 1.1 du présent article..

La demande doit être introduite au plus tard dans les 6 mois suivant l'évènement. L'intervention est payée directement à l'assuré sur base d'une facture de l'établissement sur laquelle la durée du séjour est mentionnée.

1.3 Dérogations aux conditions et modalités d'octroi de l'intervention

S'il ressort de l'attestation du médecin traitant qu'une prolongation du séjour au-delà de la période initialement accordée est nécessaire au patient convalescent pour des raisons médicales, alors la prolongation est accordée. Une prolongation ne peut être accordée qu'à concurrence d'une période de 60 nuitées pour la durée totale du séjour par année civile.

2. Séjours de repos

A partir du 1er juillet 2021, la Mutualité octroie aux membres, une intervention de 7,00 EUR maximum par nuitée dans les frais liés à un séjour de repos avec un maximum de 30 nuitées par année civile.

L'intervention de la Mutualité ne peut en aucun cas dépasser le prix de la pension demandée et ne peut faire double emploi avec l'intervention pour séjours de repos dans le cadre de l'assurance complémentaire de l'Union nationale des Mutualités libérales.

2.1 Conditions générales d'octroi de l'intervention

Le membre qui sollicite l'intervention du service « séjours de repos » :

- a. soit, souffre d'une maladie grave (la liste des maladies graves est reprise à l'annexe 6 des présents statuts)
- b. soit, est âgé de plus de 65 ans et souffre d'une affection chronique
- c. soit se charge des soins d'un membre auquel un séjour de convalescence a été autorisé

2.2 Conditions particulières d'octroi de l'intervention

Le membre qui sollicite l'intervention du service « séjours de repos » sur base de l'alinéa 2.1.a. du présent article ne doit pas pouvoir bénéficier d'un « séjour de convalescence » en raison des critères du service de convalescence et doit satisfaire à un des critères suivants :

- a. avoir eu une affection avec hospitalisation,

- b. avoir eu une rechute, après une affection qui a déjà donné lieu à un séjour de convalescence,
- c. prendre en charge les soins d'une personne domiciliée à la même adresse qu'un bénéficiaire pour lequel un séjour de convalescence a été autorisé.

Le membre qui sollicite l'intervention sur base de l'alinéa 2.1.b. du présent article ne doit pas pouvoir bénéficier d'un « séjour de convalescence » en raison des critères du service de convalescence et doit satisfaire à un des critères suivants :

- a. avoir atteint l'âge de 65 ans et souffrir d'une affection chronique, attestée par un certificat médical
- b. prendre en charge les soins et l'assistance d'un membre pour qui un « séjour de convalescence » a été autorisé.

2.3 Modalités d'octroi de l'intervention

La demande préalable et le certificat médical du médecin traitant doivent être soumis au conseiller médical de la mutualité qui mentionne, sur un formulaire ad hoc, les conditions visées au point 2. et y fait figurer son avis par rapport aux critères médicaux mentionnés ci-dessus au point 2.

La mutualité paye l'intervention directement au membre sur base d'une facture de l'établissement sur laquelle la durée du séjour est mentionnée.

2.4 Délais d'introduction des demandes

Pour les assurés visés au point 2.2.a., la demande doit être introduite dans les 90 jours après la sortie de l'hôpital.

Pour les assurés visés au point 2.2.b., la demande doit être introduite dans les 90 jours qui suivent l'apparition des symptômes.

Pour les assurés visés au point 2.2.c., la demande doit être introduite dans les 90 jours qui suivent la date de l'autorisation du séjour de convalescence accordée au cohabitant.

2.5 Dérogations aux conditions et modalités d'octroi de l'intervention

Si la première demande vise une période inférieure à 30 nuitées, et s'il ressort de l'attestation du médecin traitant qu'une prolongation du séjour au-delà de la période initialement accordée est nécessaire à la personne en séjour de repos pour des raisons médicales, alors la prolongation est accordée. Une prolongation ne peut être accordée qu'à concurrence d'une période de 30 nuitées pour la durée totale du séjour par année civile.

Section 7 – Logopédie (classification 15/01)

ARTICLE 61

Pour les cas non pris en charge par l'INAMI, la Mutualité intervient dans les frais de logopédie à concurrence de 7 EUR par séance avec un maximum de 30 séances. Cette intervention est également allouée lorsque le prestataire fait appel à l'éducation audio vocale (méthode Tomatis).

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts.

Section 8 – Pédicurie et semelles orthopédiques (classification 15/02)

ARTICLE 62

Intervention dans les frais dispensés par un(e) pédicure ou un(e) podologue diplômé(e), 5 fois maximum par an, à concurrence de 4 EUR par séance pour :

- les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus ;
- les bénéficiaires diabétiques inscrits dans un trajet de soins ;
- les bénéficiaires soumis à un traitement diabétique oral ;
- Les bénéficiaires souffrant d'affections invalidantes des membres attestées par un certificat médical

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent : être en règle de cotisations.

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts.

ARTICLE 62 BIS

A partir du 1^{er} juillet 2019, intervention, à concurrence de 20 EUR par an, dans les frais de réalisation de semelles orthopédiques réalisées par un podologue, un posturologue, un bandagiste, un orthopédiste, un podothérapeute et pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire ne peut être octroyée.

L'intervention sera octroyée sur présentation de la facture sur laquelle devra figurer le cachet du prestataire.

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Section 9 – Aides au maintien à domicile

ARTICLE 63 – Télébiovigilance (classification 15/10)

Intervention dans les frais de surveillance téléphonique à domicile dans le cadre de la télébiovigilance : 5 EUR par mois.

Le remboursement se fera semestriellement, soit :

- sur la présentation de la facture établie par le centre de surveillance
- sur présentation d'un relevé transmis à la mutualité par le centre de surveillance.

L'application du régime du tiers-payant n'est pas autorisée.

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts.

ARTICLE 63 bis – Aide à l'aménagement du domicile (classification 15/08)

La Mutualité accorde, à partir du 1^{er} janvier 2022, une intervention d'aide à l'aménagement du domicile.

Cet avantage permet aux affiliés, titulaires ou personnes à charge, dont l'état de santé ou le handicap rend nécessaire un aménagement de leur domicile légal, d'obtenir une intervention s'élevant au montant à charge du bénéficiaire avec un plafond maximal de 350 EUR dans la vie du bénéficiaire.

Les aménagements pris en compte sont l'installation d'un monte-escalier.

Le bénéficiaire doit avoir au préalable épuisé toutes les possibilités d'interventions et aides légales auxquelles il pouvait prétendre.

L'intervention est accordée sur présentation de la facture et du dossier d'intervention mutualiste complété par un assistant social.

Pour pouvoir prétendre à cette intervention, les affiliés doivent être en règle de cotisations.

Section 10 – Naissance – adoption – placement familial (classification 15/13)

ARTICLE 64

Complémentairement à l'intervention de l'Union Nationale, la Mutualité octroie une allocation de naissance de 175 EUR par enfant.

La même intervention est octroyée en cas d'adoption définitive complète ou de placement dans une famille dans le cadre d'un placement familial décidé par le tribunal, par un service de placement agréé par la communauté compétente, par les services de l'Aide à la Jeunesse ou par le Comité pour l'aide spéciale à la Jeunesse.

Dans le cadre du placement, deux conditions cumulatives doivent être remplies pour bénéficier de l'intervention :

- Le placement familial dure 1 an minimum
- l'enfant placé a moins de 2 ans lors du début du placement

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent être en règle de cotisations et membres de la Mutualité le jour de la naissance, de l'adoption ou du placement familial.

Cette intervention est octroyée sur présentation d'une attestation de naissance ou d'une attestation confirmant la naissance d'un enfant mort-né après le 6ème mois de grossesse, d'une attestation certifiant l'adoption plénière et définitive ou d'une attestation indiquant que le placement familial dure 1 an minimum.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts

Section 11 – Aide familiale et aux personnes âgées (classification 15/08)

ARTICLE 65

La Mutualité intervient pour :

- a) les prestations d'aides familiales dispensées par un service d'aide aux familles et aux personnes âgées.
- b) les prestations d'aides ménagères dispensées par un CPAS ou un centre agréé conformément à l'Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 30 mars 1983 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services, en dehors du système des titres service
- c) les prestations d'aides ménagères dispensées par un service titres service agréé par la Région Wallonne

Par service d'aide aux familles et aux personnes âgées, on entend les services dispensés par une aide familiale et/ou une aide-ménagère dans le cadre de toute institution agréée conformément à l'Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 30 mars 1983 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services ou par la Région Wallonne.

L'intervention pour les prestations reprises en c) est accordée dans les cas suivants :

- Handicap de 66% officiellement reconnu pour la durée de reconnaissance ;
- Hospitalisation du titulaire ou d'une personne faisant partie du ménage pour la période d'hospitalisation et les 3 mois suivant la sortie de clinique.
- Mobilité réduite avec appareillage pour la période d'utilisation de l'appareillage ;
- Certificat médical attestant d'une grossesse ou d'un repos de maternité pour une période de maximum 1 an ;
- Maladie grave pour une durée couverte par un certificat médical ;
La liste des maladies graves est reprise à l'annexe 6 des présents statuts.
- Circonstances exceptionnelles et graves (incendie, inondations, sinistre domestique, agression au domicile ...) pour une durée justifiée par un rapport du service social de la mutualité

L'intervention est fixée à 1 EUR de l'heure pour les services d'une aide familiale et 0,75 EUR de l'heure pour les services d'une aide-ménagère, avec un plafond annuel de 400 heures. Toutes prestations confondues.

En cas de paiement vers l'affilié, la facture doit être éditée au nom du bénéficiaire remplissant les conditions d'octroi de l'intervention.

En cas de pratique du tiers-payant, la mutualité verse directement à l'institution qui a octroyé l'aide une intervention de 0,50 EUR de l'heure à condition que ladite institution réduise sa facture à l'affilié à concurrence de l'intervention versée par la Mutualité.

Cette intervention est accordée sur présentation d'une facture officielle de l'institution mentionnant clairement le détail des prestations, la qualité des prestataires ainsi que la réduction correspondante accordée à l'affilié.

La Mutualité verse à l'affilié la différence entre l'intervention totale prévue et l'intervention versée directement à l'institution qui a octroyé l'aide, de sorte que l'affilié bénéficie de la même intervention qui lui aurait été accordée en dehors de l'application du tiers-payant.

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts.

Section 12 – Déplacement pour consultations de spécialistes

ARTICLE 66

Abrogé au 1/1/2013

Section 13 – Plaines de jeux, camps et stages (classification 15/15)

ARTICLE 67

Une intervention égale à 30% du montant à charge de l'affilié est octroyée pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans participant aux activités suivantes, avec un maximum de 50 EUR par année civile :

- plaines de jeux
- camps organisés par un mouvement de jeunesse
- stages sportifs, éducatifs ou récréatifs

Conditions d'octroi :

Les activités doivent être organisées dans le cadre d'un externat

L'intervention est octroyée sur présentation de l'attestation remplie qui peut être obtenue auprès de la mutualité ou d'une attestation délivrée par l'organisateur, mentionnant au minimum les données d'identification du membre et de l'organisateur, les dates auxquelles il y a eu une participation et le prix de revient total.

Pour pouvoir prétendre à cette intervention les membres effectifs doivent être en règle de cotisations.

Ne sont pas prises en compte les dates d'activités en dehors de la période d'affiliation du membre effectif auprès de la Mutualité Libérale Hainaut-Namur

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Cotisation mensuelle : voir tableau récapitulatif en annexe des présents statuts.

ARTICLE 67 bis

Abrogé au 1/1/2012

Section 14 – Information

ARTICLE 68

1 Information aux membres (classification 37)

Le service information aux membres est organisé en faveur des membres et personnes à charge.

Ce service a pour but de leur assurer l'accès à l'information afin de leur apporter une meilleure connaissance des principes essentiels de la réglementation sociale et des équipements de santé, en vue de les responsabiliser quant à une meilleure prise en charge de leur santé et de leur bien-être en général.

Le service consiste en la diffusion et la mise à disposition de documentations éditées ou fournies par l'Union Nationale des Mutualités Libérales, les ASBL avec lesquelles un accord de collaboration a été conclu et toute institution ayant un lien avec la santé.

L'information aux membres vise en particulier :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- les services complémentaires et ceux faisant l'objet d'accords de collaboration ;
- les questions de santé ;
- l'actualité de l'A.M.I. ;
- la bonne utilisation de la législation sociale et de la sécurité sociale ;
- l'amélioration de la qualité de la vie des membres

Le service ne supporte pas les frais d'impression de ces documentations.

Pour réaliser ces objectifs, la Mutualité peut conclure des accords de collaboration. La Mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL Loisirs-Education-Santé.

Service social (classification « ni ni »)

Le service vise à offrir, aux personnes se trouvant dans une situation problématique en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une vulnérabilité financière ou sociale, ainsi qu'à leurs auxiliaires de vie bénévoles, une aide et des services et ce, afin d'augmenter leur autonomie, de promouvoir l'intégration et la participation sociales et d'ouvrir l'accès à l'aide sociale.

Ce service s'adresse à tout le monde.

Le service octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils, en exécution de la réglementation applicable de l'autorité compétente.

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et aux directives fixés dans la réglementation applicable de l'autorité compétente (voir annexe 5), pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010.

Pour réaliser ces objectifs, la mutualité peut conclure des accords de collaboration. La mutualité a conclu un accord de collaboration avec la Mutualité Libérale de Liège.

Section 15 – Fonds social (classification 15/14)

ARTICLE 69

Ce service a pour but d'intervenir, en fonction des moyens disponibles, dans les frais de santé hospitaliers importants restant à charge des bénéficiaires de plus de 65 ans.

Pour pouvoir bénéficier de ce service les conditions suivantes doivent être remplies :

- Le bénéficiaire est âgé de plus de 65 ans et en ordre de paiement des cotisations complémentaires
- Le montant restant à charge du bénéficiaire est supérieur à 1 000 EUR (dans ce montant, ne sont pas pris en compte les frais relatifs à des cures thermales, des séjours de convalescence, les services R et V, les séjours en hôpital militaire, les soins esthétiques et les frais liés à un dommage résultant d'une faute provoquée délibérément par le bénéficiaire)
- La demande d'intervention est introduite au moyen d'un formulaire fourni par la mutualité endéans les 12 mois suivant la date des soins par le biais du service social de la Mutualité
- Le bénéficiaire n'a pas délibérément opté pour une formule de soins ou de séjour onéreuse ou non remboursable dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution, alors que des alternatives existaient pour d'autres formules de soins ou de séjours moins coûteuses et remboursables dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- Le bénéficiaire a épuisé toutes les possibilités d'interventions et aides légales auxquelles il pouvait prétendre

L'intervention est fixée à 500 EUR par bénéficiaire et par année civile.

Les demandes d'intervention sont enregistrées et traitées chronologiquement en tenant compte de la date à laquelle le dossier est réputé complet.

Le dossier est réputé complet lorsque le service social est en possession de tous les documents utiles, en l'occurrence le formulaire de demande d'intervention dûment complété et les factures relatives aux soins hospitaliers pour lesquels la demande est introduite.

Section 16 – Centre administratif

ARTICLE 70

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

Le centre de réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire (code de classification 98/2) a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195 §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service. Les produits et charges déterminés par l'Office de contrôle sont également attribués à ce service de code 98/2.

Chapitre VI – Budgets et comptes

ARTICLE 71

§ 1^{er}. Pour chacun des services mentionnés à l'article 2, b), des présents statuts, la Mutualité emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29, § 3, 2^o, de la loi du 6 août 1990.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

1. les cotisations mentionnées aux articles 44 à 68 ;
2. les subsides de pouvoirs publics ;
3. les dons et legs, ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux. La comptabilisation des écritures s'effectue dans le respect des dispositions de l'alinéa 1^{er} des articles 74 et 75 de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités, qui précisent respectivement que :
 - les produits et les charges techniques, à savoir les produits et les charges afférents, par nature, directement à un service déterminé de l'assurance libre et complémentaire, tels les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les prestations, les variations des provisions techniques, sont directement imputés à ce service ;

- les charges, autres que techniques et notamment les frais de personnel, les charges en matière d'infrastructure et d'équipement et les autres charges d'exploitation, doivent être imputées à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une part et aux différents services ou groupes de services de l'assurance libre et complémentaire, d'autre part, sur la base d'une analyse des charges effectives afférentes à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
4. les intérêts, ainsi que le bénéfice sur titre réalisés afférents à chacun d'eux. La comptabilisation des écritures s'effectue dans le respect des dispositions de l'article 78, alinéa 1^{er}, points 3 et 4 de l'Arrêté Royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités, qui précisent que les produits financiers sont répartis entre les services et groupes de services de l'assurance libre et complémentaire sur la base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces différents services ou groupes de services. Si les disponibilités d'un service ou groupe de services sont négatives, aucune part n'est attribuée mais un intérêt débiteur peut être imputé à ce service ou à ce groupe de services, à hauteur du taux d'intérêt moyen effectif du revenu des placements pour l'exercice considéré.

Chaque service doit supporter une quote-part des frais administratifs, des pertes sur titres et des dépenses résultant de l'application des présents statuts.

§ 2. Le patrimoine de la Mutualité ne peut être affecté à d'autres fins que celles qui sont expressément définies par les présents statuts.

§ 3. Le patrimoine de la Mutualité doit être placé conformément aux dispositions de l'article 29, § 4, de la loi du 6 août 1990.

§ 4. Sans préjudice des dispositions de l'article 40 de la loi du 6 août 1990 précitée, pour la récupération des montants octroyés dans le cadre de l'assurance complémentaire et libre, il est fait référence, en cas de droit à réparation d'un dommage en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun, aux principes dont question à l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Le délai de prescription pour le remboursement de cotisations indues est fixé à cinq ans à compter du jour où le paiement des cotisations indues a été effectué.

Les cotisations indues relatives à une période au cours de laquelle une personne n'est plus affiliée auprès d'un service visé aux articles 3, alinéa 1^{er}, b) et c), et 7, & 2, de la loi du 6 août 1990 sont remboursées dans les trois mois de la fin de l'affiliation.

Chapitre VII – Collaboration

ARTICLE 72

§ 1^{er}. En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, b), la Mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.

§ 2. A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration, ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres et les personnes à leur charge.

§ 3. L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'Assemblée générale et transmis à l'Office de Contrôle.

Le Conseil d'administration fait annuellement rapport à l'Assemblée générale sur l'exécution des accords conclu, ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la Mutualité.

Chapitre VIII – Dissolution

ARTICLE 73

La Mutualité peut être dissoute par une décision de l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet.

Les dispositions des articles 10, 11 et 12, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990 sont d'application dans ce cas.

La convocation mentionne :

1. les motifs de la dissolution ;
2. la situation financière la plus récente de la Mutualité, arrêtée à une date ne remontant pas à plus de trois mois ;
3. le rapport du réviseur sur cette situation ;
4. la (les) proposition(s) d'affectation des éventuels actifs résiduels ;
5. les formes et les conditions de la liquidation.

ARTICLE 74

L'Assemblée générale qui décide de la dissolution de la Mutualité désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, repris sur la liste dressée par l'Office de Contrôle, selon les modalités prévues à l'article 46, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 75

§ 1^{er}. En cas de dissolution de la Mutualité, les actifs résiduels sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

§ 2. En cas de cessation et de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 2, b), des présents statuts, l'Assemblée générale décide de l'affectation des actifs résiduels.

Les actifs résiduels doivent être affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

L'Assemblée générale donnera aux éventuels actifs résiduels une destination correspondant à ses objectifs statutaires, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation d'un ou de plusieurs services.

Chapitre IX – Modifications des statuts

ARTICLE 76

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

Toutefois, le Conseil d'administration est tenu de soumettre à l'Assemblée générale toute proposition de modification aux statuts.

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

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

ARTICLE 77

Le texte des propositions de modifications aux statuts, sauf cas de force majeure ou d'urgence, doit être envoyé aux membres de l'Assemblée générale au moins 10 jours civils avant l'Assemblée générale.

Les Membres de l'Assemblée générale peuvent présenter des amendements à ces propositions. Leur texte devra parvenir au président du Conseil d'administration de la Mutualité au plus tard 3 jours avant la date fixée pour la réunion. L'Assemblée générale décide de mettre les amendements au vote.

ARTICLE 78

Abrogé au 1/1/2012

Chapitre X – Entrée en vigueur

ARTICLE 79

Les présents statuts entrent en vigueur à la date décidée par l'Assemblée générale et approuvée par l'Office de Contrôle.

ANNEXES

Annexe 1 (article 59 8. Homéopathie)

Abrogé au 01.01.2018

Annexe 2 (article 51 A.1.2. Service prêt de matériel médical)

<u>PRÊT DE MATERIEL MEDICAL</u>	Loyer	caution
Aide à la mobilité		
Béquilles enfants (par 2)	0,15 €	7,50 €
Tribune	0,15 €	12,50 €
Rollator à 2 roues	0,20 €	25 €
Rollator à 4 roues	0,20 €	25 €
Chaise roulante	0,35 €	40 €
Chaise roulante enfant	0,35 €	40 €
Lits et accessoires		
Table de lit	0,20 €	25,00 €
Lit médical électrique	0,75 €	125 €
Perroquet sur pied	0,18 €	12,50 €
Barre de soutien	0,25 €	25 €
Allonge pour sommier	0,25 €	12,50 €
Aide à la médication		
Porte sérum	0,15 €	12,50 €

Annexe 3 (article 52 2. Service de gardes d'enfants malades à domicile)

Abrogée au 1.1.2012

Annexe 4 (article 45 Transport adapté)

Abrogé à partir du 01.01.2019

Annexe 5 (article 68.2)

Réglementation applicable au centre de service social :

- Arrêté de l'exécutif de la Communauté française du 14/09/1987 tel que modifié ;
- Décret-programme du Gouvernement wallon du 19/12/1996 et Arrêté du Gouvernement Wallon du 06/12/2001 tel que modifié ;

Cette matière est décrite dans code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la santé – Arrêté du gouvernement wallon du 04/07/2013 (publié au MB le 24/09/2013 avec effet au 01/09/2013) – Deuxième Partie ; Livre 2 ; Titre 5 ; chapitre 1, art. 183,184,185 ; chapitre 1 – section 1, art. 186 – section 2, art. 187,188 – section 3, art. 189,190,191,192 ; chapitre 3, art. 193,194,195,196 ; chapitre 4, art. 197,198 ; chapitre 5, art 199.

Annexe 6 notion de maladie grave

Par maladie grave, il faut entendre :

Le cancer, la leucémie, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la maladie de Hodgkin, le sida, les affections rénales nécessitant une dialyse, la colite ulcéreuse (RCH), la maladie de Crohn et la myopathie.

Tableau de cotisations de l'entité: 409 - Mutualité libérale Hainaut - Namur

Version: 2022/1

Date d'approbation: 18/12/2021

Date d'application: 01/01/2022

Statut: A - approuvé par l'OCM

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

Cat.3: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et sans personnes à charge

Cat.4: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et avec personnes à charge

A. Cotisations propres

Services		Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
Code	Nom			Cotisations normales	
				Cat.1	Cat.2
14	Hospitalisation	0	58	12,24	18,00
15	Autres opérations	0	45 à 69	55,68	82,92
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	68	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	3	51 52	10,32	10,32
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	70	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	70	1,92	7,92
Total				80,16	119,16

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.491.961	Asbl Loisirs Éducation Santé
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0411.745.204	Mutualité Libérale de Liège
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0472.907.662	Asbl Cosedi

B. Union nationale + Société(s) mutualiste(s)

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
400	Union nationale des mutualités libérales	2022/1	01/01/2022	42,84	42,84	0,00	0,00
Total				42,84	42,84	0,00	0,00

Total A + B

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
409	Mutualité libérale Hainaut - Namur	2022/1	01/01/2022	80,16	119,16	80,16	119,16
400	Union nationale des mutualités libérales	2022/1	01/01/2022	42,84	42,84	0,00	0,00
Total				123,00	162,00	80,16	119,16