



Place de la Reine 51/52
1030 BRUXELLES

STATUTS

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} juillet 2023

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

- décidées par l'assemblée générale de la mutualité le **24/06/2023**
- approuvées par le Conseil de l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités le **15/12/2023**.

Notre mutualité est également affiliée aux sociétés mutualistes suivantes :

- ☞ la « SMR BRUMUT » - Société Mutualiste Régionale bruxelloise de l'Union Nationale des Mutualités Libérales
dont les statuts sont disponibles à l'adresse suivante :
<https://www.lm.be/FR/Votre-mutualite/A-propos-de-nous/Statuts/Documents/Statuts%20SMR%20BRUMUT%20-%20version%20coordonn%c3%a9e%20janvier%202019.pdf>
- ☞ la « SMR WALLOMUT » - Société Mutualiste Régionale wallonne de l'Union Nationale des Mutualités Libérales
dont les statuts sont disponibles à l'adresse suivante :
<https://www.lm.be/FR/Votre-mutualite/A-propos-de-nous/Statuts/Documents/Statuts%20SMR%20WALLOMUT%20-%20version%20coordonn%c3%a9e%20mars%202019%20.pdf>
- ☞ la « Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten »
dont les statuts sont disponibles à l'adresse suivante :
https://www.lm.be/NL/Uw-mutualiteit/OverOns/Statuten/Documents/Statuten_zorgkas_2019_01_01.pdf

MUTUALITE : Mutualité Libérale MUTPLUS.be (403)

Etablie à 1030 Bruxelles, Place de la Reine 51-52

*Ancienne Mutualité Libérale du Brabant
Reconnue par Arrêté Royal du 29 novembre 1913
(Moniteur Belge du 12 février 1914)
Statuts approuvés par arrêté ministériel
(Moniteur Belge du 8 septembre 1992)*

*Ancienne Mutualité Libérale Hainaut-Ouest
Reconnue par Arrêté Royal du 31 décembre 1925
(Moniteur Belge du 17 janvier 1926)*

STATUTS

(en vigueur au 1^{er} juillet 2023)

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution,

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

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

Les présents statuts sont ceux issus de la fusion de la Mutualité Libérale du Brabant, numéro d'entreprise 0411.726.396, et de la Mutualité Libérale Hainaut-Ouest, numéro d'entreprise 411.755.694, tels qu'approuvés respectivement par les assemblées générales du 30 juin 2018, du 22 juin 2018 et du 15 décembre 2018.

Les présents statuts ont ensuite été approuvés par les assemblées générales des 29 juin 2019, 21 décembre 2019, 23 décembre 2020, 27 mars 2021, 26 juin 2021, 23 décembre 2021, 25 juin 2022, 17 décembre 2022 et 24 juin 2023.

CHAPITRE I

Constitution – dénomination – buts
Siège social et circonscription de la mutualité

Article 1

A. Une mutualité a été établie à Bruxelles le 24 août 1913 sous la dénomination :

« Fédération de Réassurance des Sociétés Mutualistes de l'Arrondissement de Bruxelles » qui fut modifiée en « Fédération de Réassurance des Mutualités Libérales de la Province du Brabant » (dénomination homologuée par arrêté royal du 10/12/1928), qui fut modifiée en « Fédération de Mutualités Libérales du Brabant » (dénomination homologuée par arrêté royal du 21/06/1960) et qui fut ensuite modifiée par décision de l'assemblée générale du 1^{er} décembre 1991, en « Mutualité Libérale du Brabant ».

Enfin, par décision de l'assemblée générale du 30 juin 2018, la dénomination a été modifiée en « Mutualité Libérale MUTPLUS.be ».

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : ML MUTPLUS.be.

La mutualité a jadis été reconnue par l'A.R. du 29 novembre 1913, (Moniteur belge du 12/02/1914) pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes.

B. Une mutualité a été établie à Tournai le 19 juillet 1925 sous la dénomination :

« Fédération de réassurance des mutualités libérales reconnues de l'arrondissement de Tournai – Ath ».

Le 18 décembre 1966, elle a adopté la dénomination « Fédération de réassurance des mutualités libérales reconnues des arrondissements Tournai – Ath – Mouscron » qui, par une décision de l'assemblée générale du 13 novembre 2005, fut modifiée en « Mutualité Libérale Hainaut-Ouest ».

Enfin, par décision de l'assemblée générale du 22 juin 2018, la dénomination a été modifiée en « Mutualité Libérale MUTPLUS.be ».

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : ML MUTPLUS.be.

La mutualité a jadis été reconnue par l'A.R. du 31 décembre 1925 pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes.

Article 2

A. 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 contre la maladie et l'invalidité, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'union nationale auprès de laquelle elle est affiliée depuis sa création, et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

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

D'autre part, la mutualité se portera aussi garante du paiement des indemnités suite à une incapacité de travail primaire et des indemnités aux travailleurs invalides ou aux indépendants invalides, du paiement des indemnités parentales, ainsi que l'information, la guidance et l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités, ainsi que leur contrôle, ont lieu en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, et de 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 contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'union nationale.

La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'union nationale ainsi que le code déontologique et la charte de gouvernance adoptés par l'Union Nationale et publiés sur la site Internet de l'Union Nationale.

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la même loi du 6 août 1990 modifiée par la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ainsi que dans le cadre de l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 précitée :

1. l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses membres et aux personnes à leur charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

1.1. soins médicaux et paramédicaux dont ressortent les services suivants :

- Orthodontie
- Logopédie
- Pédicurie
- Matériel de soins
 - Diabète
 - Matériel de soins des escarres / Matériel de sondage / Alimentation entérale
- Prothèses – Dispositifs médicaux
 - Perruque
 - Appareil auditif
 - Bouchons de protection auditive
 - Semelles orthopédiques
- Prothèses - Matériel de synthèse
- Prestations médicales diverses
 - Affections spécifiques
 - Mammographie
 - Examen préventif contre le cancer de la prostate
 - Intervention traitements esthétiques et massages de soins pour patients atteints du cancer
 - Ostéodensitométrie
 - Moyens anticonceptionnels et contraceptifs - Vasectomie

- Hippothérapie
 - Ticket modérateur
- 1.2. soins intra-muraux dont ressortent les services suivants :
 - Court séjour - Accueil de jour ou de nuit
 - Court séjour
 - Accueil de jour ou de nuit
 - Hospitalisation – Personnes accompagnantes
 - 1.3. soins à domicile
 - ⇒ Réorientation
 - ⇒ Interventions individuelles dont ressortent les services suivants :
 - Soins à domicile
 - Garde à domicile pour enfants malades
 - Soins post-natals
 - Accompagnement Doula
 - Aide familiale et aux personnes âgées
 - ⇒ Matériel médico-sanitaire et matériel d'incontinence
 - Matériel médico-sanitaire
 - Matériel d'incontinence
 - 1.4. transport et frais de déplacement dont ressort le service suivant :
 - Transport de malades
 - 1.5. indemnités uniques dont ressort le service suivant :
 - Naissance – adoption
 - Colis maternité et avantages naissance
 - Monitoring de la mort subite du nourrisson
 - Traitement thérapeutique problèmes urinaires
 - Intervention garde d'enfants
 - 1.6. indemnités et interventions diverses dont ressort le service suivant :
 - Fonds social
 - Intervention dans la cotisation auprès d'un organisme d'assistance reconnu
 - 1.7. bien-être dont ressortent les services suivants :
 - Jeunesse – Interventions individuelles
 - Mouvement de jeunesse – Plaine de jeux en externat et séjour avec nuitée
 - Education à la santé – Octroi d'une draisienne ou d'une trottinette
 - Education à la santé - Sport
 - Education à la santé et activités pour invalides
 - 1.8. information dont ressortent les services suivants :
 - Aide et assistance juridique
 - Information périodique des membres
 - Aide sociale – Administration de quatre Centres de Service Social et d'Aide aux Personnes
2. la création d'un service qui a pour objet de subventionner les structures socio-sanitaires jeunesse et seniors
 3. la création d'un service financement d'actions collectives, soit le service patrimoine

4. la création d'un centre administratif – numéro de code classification 98/2 – qui a pour objet
 - la perception des cotisations destinées à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
 - l'imputation des charges et produits qui ont été fixés par l'Office de Contrôle
 5. les services et opérations repris aux points 1, 2, 3 et 4 du présent article 2.A.b) constituent les « services complémentaires » de la mutualité
- c) La création d'un centre qui a pour objet d'intervenir en tant que centre de répartition pour les frais de fonctionnement communs.
Ce centre est dénommé "centre administratif de répartition" - numéro de code classification 98/1.
 - d) Dans le cadre de l'article 68, 1°, de la loi du 26 avril 2010 et de l'article 5, 20° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances : l'exécution vis-à-vis des membres d'activités d'intermédiation en assurance au sens de l'article 5, 46° de la loi précitée du 4 avril 2014 dans le sens de la branche 2 de l'annexe 1 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 1 de 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.
 - e) L'affiliation aux services précités est obligatoire.
 - f) Conformément à l'article 67, alinéa 1^{er}, h), et alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 précitée, les prestations dans le cadre des services et des opérations sont proposées en fonction des moyens disponibles.

B. La mutualité a également pour but :

- a) de permettre aux membres de bénéficier des services et opérations organisés – entre autres pour notre mutualité - par l'Union Nationale à laquelle elle est affiliée ;
Le caractère obligatoire de l'affiliation aux services et opérations organisés – entre autres pour notre mutualité – par l'Union Nationale est précisé dans les statuts de cette dernière.
- b) de percevoir la cotisation pour le Fonds de réserve instauré par l'Union Nationale ;
- c) de permettre aux membres de bénéficier des prestations transférées dans le domaine de la santé et de l'aide aux personnes à des entités fédérées, suite à la VI^{ème} réforme de l'Etat via les Sociétés Mutualistes Régionales Brumut et Wallomut et la société mutualiste « Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten ».

- C. En vue d'organiser les services repris au point A, la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.
A cet effet, un accord de collaboration est conclu en vertu des dispositions de l'article 43 de la loi du 6 août 1990.

Article 3

Le siège social de la mutualité est établi à Schaerbeek et sa circonscription s'étend à tout le territoire belge.

La mutualité s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique ainsi qu'aux :

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

Article 4

La mutualité est affiliée auprès de l'Union Nationale des Mutualités Libérales dont le siège social est établi 25, rue de Livourne à 1050 Bruxelles.

Article 5

Les sociétés mutualistes suivantes affiliées en date du 31 décembre 1990 auprès de l'ancienne Fédération des Mutualités Libérales du Brabant remplissaient les conditions requises par l'article 70 §1 de la loi du 6 août 1990 et vu l'accord de la mutualité donné par l'assemblée générale du 1er juin 1991 et l'accord de l'union nationale donné par l'assemblée générale du 25 juin 1991, maintenaient la qualité de société mutualiste et ce jusqu'au 1er janvier 1996 - date à laquelle elles sont dissoutes de plein droit en vertu de l'A.R. du 18 octobre 1995 (M.B. 21/11/1995) :

1. "De Blauwe Bloem" - Boulevard d'Anvers 30, 1000 Bruxelles
2. "L'Entraide - Steunt Elkander", Avenue de Cortenbergh 71, 1040 Bruxelles
3. "Le Bleuet" - Rue Malibran 15, 1050 Bruxelles
4. "De Vrije Werklieden" - Nieuwstraat 29-31, 3300 Tienen
5. "Personeel der Raffinerie Tirlemontoise" - Aandorenstraat 9, 3300 Tienen.

Article 6

1. La mutualité est active sur l'ensemble du territoire Belge.

Elle est répartie en un siège social sis Place de la Reine 51-52 à 1030 Bruxelles ainsi qu'en zones d'activités comprenant chacune un certain nombre d'agences, à savoir :

- la Région de Bruxelles Capitale
- la Province du Brabant flamand
- la Province du Brabant wallon
- la Province du Hainaut

2. Afin de favoriser la coordination entre la mutualité et les agences locales, il est/peut être désigné un coordinateur d'agences ainsi qu'au sein de chacune d'elles un responsable d'agence.

La désignation se fait par le conseil d'administration de la mutualité.

La fonction de coordinateur d'agences ou de responsable d'agence est incompatible avec l'exercice d'un mandat comme délégué des travailleurs au conseil d'entreprise ou au comité pour la prévention et la protection au travail de la mutualité.

Par conséquent, un membre du personnel qui est élu comme représentant des travailleurs au conseil d'entreprise ou au comité pour la prévention et la protection au travail ne peut, durant la durée du mandat au sein du (des) organe(s) précité(s), rester coordinateur d'agences ou responsable d'agence.

Le responsable d'agence est entre autres responsable de l'exécution correcte et diligente des décisions prises par le conseil d'administration et la direction de la mutualité.

Le coordinateur d'agences et le responsable d'agence ne peuvent pas prendre de décisions pour l'organisation et le fonctionnement de l'agence, sans l'accord préalable de la direction de la mutualité.

CHAPITRE II

- Affiliation aux services de la mutualité
- Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire

Article 7

Affiliation aux services de la mutualité

§ 1. 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 août 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 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 (I) ;
 - de l'Union Nationale des Mutualités Libérales auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'Union Nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
 - des Sociétés Mutualistes Régionales, soit la Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région Wallonne, Wallomut, et la Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, Brumut, 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 (I). 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 ;
 - elle est internée mais – son statut ayant été intégré dans l'Assurance Maladie Invalidité à partir du 1^{er} janvier 2018 – elle conserve sa qualité de membre de la mutualité pour l'assurance obligatoire.

Cette personne est d'office affiliée aux services :

- de l'Union Nationale des Mutualités Libérales auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'Union Nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

§ 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^o, 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 (I).

Les internés dont le statut a été intégré dans l'Assurance Maladie Invalidité à partir du 1^{er} janvier 2018, conservent la qualité de membre de la mutualité pour l'assurance obligatoire.

§ 3. La personne qui est, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, affiliée auprès de la mutualité uniquement 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 (I) a en outre, la possibilité :

- de participer, le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, à l'épargne pré-nuptiale visée à l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;
- de s'affilier à la « Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten » auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à cette Société Mutualiste Régionale lui est rendue possible en vertu de la réglementation régionale dont elle relève ;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, à un produit d'assurance, organisé par la Société Mutualiste d'Assurances (SMA) Hôpital Plus, à laquelle la mutualité est affiliée.

Article 8

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 qui suit la signature de la demande d'inscription ;
2. pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;

3. pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
4. pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
5. pour une personne visée à l'article 7, § 1^{er}, 2) des présents statuts, 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.

CHAPITRE III

Types de membres

Article 9

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le niveau de paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 8 des présents statuts, 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 d'un avantage de ces services est supprimée.

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'Union Nationale des Mutualités Libérales 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 ou par la « Zorgkas des mutualités libérales ».

La personne qui est inscrite à charge d'un membre et qui obtient la possibilité de bénéficier des avantages des services de l'assurance complémentaire du chef de ce membre, est classée selon le même type de membre, tel que prévu au paragraphe précédent, que le titulaire à charge duquel elle est inscrite.

§ 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 8 des présents statuts :

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

A cet égard, le membre qui est en ordre de cotisations pour les services concernés depuis au moins 24 mois, ou pour les personnes visées à l'article 2quater, alinéa 4 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, depuis plus de mois que le nombre de mois que comprend la période subséquente, visée dans cette dernière disposition, 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 2quater, alinéa 4 de l'arrêté royal du 7 mars 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.

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 au 2^{ème} alinéa du §5 de l'article 9 des statuts, mais avant la fin du 23^{ème} 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 :
 - l° 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 subséquente visée au § 4, alinéa 5 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

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

Il° 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, l°.

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'arrêté royal du 7 mars 1991, prend fin jusqu'à la fin du mois qui précède celui au cours duquel se produit l'évènement 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 1^{er} jour du mois au cours duquel la période subséquente, visée à l'article 9 §5 1^{er} et 2^{ème} alinéas des présents statuts, prend fin jusqu'à la fin du mois précédant le mois au cours duquel survient l'évènement 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° 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 8 des présents statuts pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^e mois qui précède le mois au cours duquel l'évènement 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. 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. 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 1^{er} jour du mois au cours duquel la période successive, visée à article 9 §5 1^{er} et 2^{ème} 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 complémentaire 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 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.
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 au 2^{ème} alinéa du §5 de l'article 9 des statuts, mais avant la fin du 23^{ème} 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 8 des présents statuts, 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 complémentaire 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 subséquente visée à l'alinéa 5 et 6 du présent paragraphe ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;

- le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés, mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées.
2. à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1.

§ 5 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 8 des présents statuts 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 en 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 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'arrêté royal du 7 mars 1991, après l'accomplissement de la période subséquente, c.-à-d. après une période subséquente de 6 mois pour laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire, si cette personne se trouve dans une situation digne d'intérêt :

- soit dans les 6 mois précédant cette période subséquente
- soit dans cette période subséquente 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^{ème} mois de cette période subséquente et avant la fin de la période du 23^{ème} mois qui suit celui au cours duquel cette période subséquente a débuté.

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, sans que cela puisse dépasser 24 mois.

§ 6 Par personne qui se trouve dans une situation digne d'intérêt telle que visée à l'alinéa précédent, il faut entendre le membre visé ci-après au 1. ou 2. :

1. la personne qui, dans les 6 mois précédant le début de la période successive de 6 mois, visée à l'alinéa 4, 1° de l'arrêté royal du 7 mars 1991, au cours de laquelle elle (re)commence à payer les cotisations, se trouve dans l'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 une 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'arrêté royal du 7 mars 1991, se trouve dans une situation visée au 1. pendant au moins la même période que celle visée au 1. Pour l'application de cette disposition, le jugement mentionné au dernier tiret du 1. doit être 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'arrêté royal du 7 mars 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'arrêté royal du 7 mars 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.

§ 7 La période subséquente visée, selon le cas, à l'alinéa 3 ou à l'alinéa 4 de l'article 2quater de l'arrêté royal du 7 mars 1991, est suspendue :

1. pendant la période de suspension de droit 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 de droit 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.

§ 8 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 1^{er} jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

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 caisse d'assurance maladie pour les mois au cours desquels elle a été affiliée en tant que titulaire pendant la période de « recouvrement du droit ».

§ 9 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 §3 des présents statuts, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée tel que prévue à l'article 2^{quater} de l'arrêté royal du 7 mars 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, tel que définie à l'article 2^{ter} de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa précédent s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2^{ter}, alinéa 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2^{ter} de l'arrêté royal du 7 mars 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 2bis, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, de l'arrêté royal du 7 mars 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.

Article 10

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 8 des présents statuts, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

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

CHAPITRE IV

Organes de la mutualité

Section 1 – Assemblée générale

COMPOSITION

Article 11

Sans préjudice des dispositions de l'article 14, dernier alinéa des présents statuts, l'assemblée générale se compose de 75 représentants pour la première tranche de 75.000 membres (bénéficiaires) et d'un représentant par tranche complète de 10.000 membres (bénéficiaires) au-delà du nombre de 75.000 tels que définis à l'article 5, 2° de l'A.R. du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, repris ci-après comme A.R. du 7 mars 1991.

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

Le règlement d'ordre intérieur mentionne le nombre maximum de membres éligibles, qui sur cette base est fixé tous les six ans, par circonscription électorale, compte tenu des dispositions des articles 12 et 13 des présents statuts.

Conformément aux dispositions de l'article 44 §4 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale de la mutualité issue de la fusion est composée, jusqu'aux prochaines élections mutualistes, des membres de l'assemblée générale des entités qui ont fusionné.

Article 12

1. Perd automatiquement sa qualité de représentant à l'assemblée générale :
 - a) celui qui n'est plus membre de la mutualité ou qui n'a plus la qualité de personne à charge d'un membre de la mutualité ;
La perte de la qualité de représentant prend effet à la date de la mutation vers un autre organisme assureur.
 - b) celui qui n'est plus en règle de cotisation.
2. Perd sa qualité de représentant, sur décision de l'assemblée générale :
 - a) celui qui commet une infraction à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution ;
 - b) celui qui commet une infraction à la loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution ;
 - c) celui qui a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée ;
 - d) celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ou de l'union nationale dont elle fait partie ;
 - e) celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité ou de l'union nationale dont elle fait partie.

Pour que l'assemblée générale puisse statuer valablement sur la démission d'un représentant, deux tiers des membres doivent être présents et la décision doit être prise à une majorité de deux tiers des voix émises.

CIRCONSCRIPTIONS ELECTORALES

Article 13

En vue de l'élection des représentants de l'assemblée générale, la mutualité est subdivisée en 5 circonscriptions électorales, à savoir :

- Province du Brabant wallon et province de Liège
- Province de Hainaut et province de Namur et province de Luxembourg
- Province du Brabant flamand et province de Limbourg
- Province de Flandre Orientale et province de Flandre Occidentale et province d'Anvers

Font en principe partie de ces circonscriptions électorales respectives, les membres et les personnes à leur charge qui sont domiciliés dans les circonscriptions précitées.

- Région de Bruxelles-Capitale

Font en principe partie de cette circonscription électorale, les membres et les personnes à leur charge qui sont domiciliés dans la circonscription précitée ainsi que les membres et les personnes à leur charge qui ne ressortent pas des 4 autres circonscriptions électorales précitées.

Article 14

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres et les personnes à leur 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 11 de ces statuts.

La différence entre le nombre global de mandats pour les 5 circonscriptions électorales ensemble et le nombre de mandats qui est obtenu sur base de l'effectif global des membres ayant la qualité de titulaires, est ajoutée au nombre de mandats prévu pour les circonscriptions électorales avec le plus haut solde de coefficient après la virgule.

CONDITIONS DE DROIT DE VOTE ET D'ELIGIBILITE

Article 15

1. Pour avoir droit de vote pour l'élection de représentants à l'assemblée générale:
 - a) il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci ;
Par « membre », on entend « bénéficiaire ».
 - b) il faut être majeur ou émancipé ;
 - c) il faut résider en Belgique.

2. Pour pouvoir être élus à l'assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent remplir les conditions suivantes :
 - a) avoir le droit de vote au sens de l'alinéa précédent ;
 - b) être de bonnes conduite, vie et mœurs ;
 - c) être affiliés à la mutualité depuis au moins deux ans 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 ;
 - d) au moment de la clôture de la liste des électeurs (voir article 21 - dernier alinéa des présents statuts), être en règle de cotisations « services complémentaires » auprès de la mutualité ;
 - e) ne pas être membre du personnel de la mutualité ;
Par membre du personnel, il faut entendre, la personne active en service ou qui est prépensionnée auprès de l'organisation précitée et qui perçoit une rémunération ou une indemnité soumise à l'ONSS ;
 - f) ne pas avoir introduit sa démission ou avoir été licencié comme membre du personnel de la mutualité ou de l'union nationale ou d'une société mutualiste créée au sein de l'union nationale pour un motif grave ou pour avoir accompli des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité, d'une société mutualiste créée au sein de l'union nationale ou de l'union nationale.

Un membre ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dont il ressort.

PROCEDURE ELECTORALE

Article 16

Les membres et les personnes à leur charge majeures ou émancipées, sont informés :

1. de l'appel à candidatures, et de la manière de se porter candidat avec la demande de l'accompagner le cas échéant d'une motivation, via le site web de la mutualité et dans des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et placées à un endroit clairement visible et ce au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu ;
2. de la date limite pour soumettre les candidatures, c'est-à-dire au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu ;
3. de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de représentants par circonscription ;
4. des dates qui découlent de la procédure électorale.

Article 17

Les candidatures doivent être adressées au président de la mutualité par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

Le président qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 15 des présents statuts, informe, par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, le candidat concerné, de son refus motivé de le porter sur la liste, au plus tard le 31 décembre de l'année précédant l'année pendant laquelle les élections mutualistes seront organisées. Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de Contrôle des Mutualités, conformément à l'article 47 de l'A.R. du 7 mars 1991.

Article 18

Une liste des candidats effectifs est établie par circonscription électorale. Le conseil d'administration détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

Article 19

La communication de la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité, tenant compte des décisions de l'Office de Contrôle concernant les plaintes introduites à la suite d'un refus de candidature par le président, doit avoir lieu par le canal des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et placées à un endroit clairement visible et ce au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les convocations pour le vote sur base des listes définitives des candidats et la communication de la date d'élection doivent avoir lieu par le canal des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et placées à un endroit clairement visible et ce au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les élections commencent au plus tôt dans les huit jours calendrier après l'envoi des convocations.

BUREAUX ELECTORAUX

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 d'au minimum 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 et les assesseurs du bureau électoral, 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 du bureau électoral désigne en outre, un secrétaire parmi les membres du personnel de la mutualité, afin de surveiller les opérations électorales au sein des bureaux de vote et de transmettre le plus rapidement possible les bulletins de vote au bureau électoral.

ETABLISSEMENT DES LISTES ELECTORALES

Article 21

Les listes électorales sont établies par circonscription.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Des listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral.

Ces listes mentionnent le nom, les prénoms, le numéro de membre et l'adresse de chaque électeur.

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

LE VOTE

Article 22

Le vote est secret.

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

1. Procédure de vote

a) Le vote se déroule en principe dans un ou l'un des bureau(x) de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur.

b) le conseil d'administration peut décider que dans la (les) circonscription(s) électorale(s) où un vote est organisé, ou dans certaines d'entre-elles, le vote a lieu uniquement par correspondance.

L'électeur en est alors informé par le canal des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et placées à un endroit clairement visible, dans un délai maximum de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

2. Modalité pratique

Le président de la mutualité choisit la modalité pratique de vote – a) ou b) – ci-après.

a) Vote dans un des bureaux de vote.

Si le vote a lieu dans un ou l'un des bureau(x) de vote de la circonscription électorale, l'électeur doit être informé par le canal des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et placées à un endroit clairement visible et ce au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu, de l'endroit où se trouve le bureau de vote et de la date et de l'heure auxquelles il est possible de voter.

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné par le bureau électoral (voir article 20, dernier alinéa), note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur la liste 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.

b) Vote par correspondance.

Si le vote se fait par correspondance, le président du bureau électoral envoie la convocation ainsi que 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.

Le bulletin de vote estampillé, est placé dans une première enveloppe qui reste ouverte et vierge. Une deuxième enveloppe, également ouverte, et portant la mention « port payé par destinataire » est ajoutée à l'envoi et comporte la mention : « Au président du bureau électoral pour l'élection de l'assemblée générale de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be ».

L'identité de l'expéditeur (nom, prénom, adresse et numéro de membre) est également indiquée sur cette enveloppe.

Tout ceci est adressé à l'électeur dans une troisième enveloppe, signée par le président du bureau électoral.

Le bulletin de vote doit être glissé dans la première enveloppe, qui doit être fermée et à son tour glissée dans la deuxième enveloppe et envoyée par la poste. Elle doit arriver avant la clôture du scrutin.

Article 23

Chaque électeur doit sur le bulletin de vote unique émettre un nombre de voix égal ou inférieur qu'il y a de mandats à pourvoir à l'assemblée générale pour la circonscription concernée.

Le vote se fait par le remplissage de la case située en regard du nom des candidats.

DEPOUILLEMENT 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 les derniers représentants à l'assemblée générale, les mandats sont attribués alternativement d'abord au candidat le plus âgé, ensuite au plus jeune et ainsi de suite.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis ou envoyés à l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent plus de voix que de représentants à désigner à l'assemblée générale pour la circonscription concernée ;
- 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 le vote.

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

EXEMPTION DE PROCEDER A UN VOTE

Article 25

Les candidats d'une circonscription électorale qui satisfont aux conditions d'éligibilité sont automatiquement élus si le nombre de candidats pour cette circonscription électorale est égal ou inférieur au nombre de représentants à désigner à l'assemblée générale pour la circonscription concernée.

Article 26

Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par les mêmes canaux que ceux prévus pour l'appel à candidatures, à l'article 16.1. des présents statuts, des résultats du scrutin et ce au plus tard quinze jours civils après la constatation qu'il n'y a pas lieu de procéder à un vote dans aucune des circonscriptions étant donné que le nombre de candidats dans toutes les circonscriptions est inférieur ou égal au nombre de mandats effectifs.

Article 27

Pour permettre à l'Office de Contrôle d'accomplir la mission qui lui est confiée par l'article 52, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi du 6 août 1990, les mutualités et les unions nationales lui envoient simultanément :

- 1° les publications, avis, courriers et circulaires qu'elles envoient à leurs membres ;
- 2° les éventuelles annonces concernant les mandats à pourvoir ;
- 3° les éventuelles brochures qu'elles mettent à la disposition de leurs membres, comportant des mentions à propos des élections concernées, de l'introduction des candidatures, des candidatures recevables, de la date du vote et du résultat du vote.

Elles avertissent en outre l'Office de Contrôle sans délai de toute publication sur leur site web concernant les aspects visés par le présent arrêté.

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 sur proposition du conseil d'administration désigner au maximum cinq conseillers à l'assemblée générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Les personnes qui, au sein de la mutualité, soit sont chargées de la responsabilité globale de la gestion journalière soit exercent une autre fonction dirigeante ou une fonction de direction, peuvent également assister aux réunions de l'assemblée générale avec voix consultative.

Par ailleurs, l'Union Nationale dont la mutualité fait partie peut également désigner une personne pour la représenter à l'assemblée générale de cette mutualité avec voix consultative.

De plus l'assemblée générale peut, sur proposition du président, décider que les membres du conseil d'administration qui ne sont pas membres de l'assemblée générale, assistent à toutes les assemblées en tant qu'observateurs.

COMPETENCES DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 29

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

L'assemblée générale statue ainsi sur

1. la composition de l'assemblée générale et l'élection de ses membres, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 7 mars 1991 ;
2. les modifications statutaires ;
3. l'élection et la révocation des administrateurs ;
4. l'approbation des budgets et comptes annuels ;
5. l'octroi de jetons de présence, du remboursement des frais liés à l'exécution du mandat et l'octroi d'un défraiement pour ces frais aux administrateurs et aux membres de l'assemblée générale (*voir annexe 1*) ;
6. la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises ;
La désignation du ou des réviseur(s) pour exercer un mandat dans une mutualité doit, à peine de nullité, être effectuée sur la proposition de l'Union Nationale dont elle fait partie.
7. la collaboration avec des tiers, visée à l'article 43 de la loi du 6 août 1990, sauf pour les formes de collaboration ou l'objet de la collaboration définis par le Roi, sur la proposition de l'Office de Contrôle ;
8. l'organisation et le groupement des services dans une société mutualiste visée à l'article 43bis de la loi précitée ;
9. la fusion avec une autre mutualité ;
10. l'adhésion auprès d'une union nationale ;
11. l'élection des représentants de la mutualité à l'assemblée générale de l'union nationale ;
12. l'élection des représentants de la mutualité à l'assemblée générale de la (des) société(s) mutualiste(s) à laquelle (auxquelles) elle est affiliée ;
13. l'élection des représentants de la mutualité à l'assemblée générale de la (des) société(s) mutualiste(s) régionale(s) à laquelle (auxquelles) elle est affiliée ;
14. l'élection des représentants de la mutualité à l'assemblée générale de la société mutualiste d'assurances à laquelle elle est affiliée ;
15. l'octroi de jetons de présence et le remboursement de frais aux membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration ;
16. la mutation vers une autre union nationale ;
17. la dissolution de la mutualité et les opérations relatives à la liquidation de la mutualité.

Article 30

L'assemblée générale peut déléguer au conseil d'administration ses compétences pour décider des adaptations de cotisations.

Les adaptations de cotisations décidées par le conseil d'administration dans le cadre de cette délégation sont soumises à l'application de l'article 11 de la loi du 6 août 1990.

Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Article 31

1. Les administrateurs convoquent l'assemblée générale dans les cas définis par la loi du 6 août 1990 ou par les statuts, et chaque fois qu'un 1/5 au moins des membres de l'assemblée générale le demandent.
2. La convocation se fait par avis individuel qui doit être envoyé au plus tard vingt jours civils avant la date de l'assemblée générale et reprend en même temps l'ordre du jour de cette assemblée.
Le délai de convocation est ramené à huit jours civils avant la date de l'assemblée lorsque la majorité requise aux articles 10 alinéa 2 et 18 § 1er alinéa 1er de la loi du 6 août 1990, n'est pas réunie.
3. Lors de la réunion d'installation, l'assemblée générale est convoquée par les administrateurs sortants.

Article 32

1. L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget et ce dans les délais prévus à l'article 31 des présents statuts.
2. Chaque membre de l'assemblée générale doit, au plus tard huit jours avant la date de l'assemblée générale visée au point 1, être en possession de la documentation prévue par l'article 17 §1 de la loi du 6 août 1990, à savoir :
 1. le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services ;
 2. le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services ;
 3. le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'annexe, ainsi que le rapport du réviseur ;
 4. le projet du budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services ;
 5. le rapport sur la collaboration avec les tiers, quelque soit sa forme, visé à l'article 43 §1 de la loi du 6 août 1990 ;
 6. les propositions de modification des statuts ;
 7. les décisions rendues, depuis l'assemblée générale précédente, par le Conseil de l'Office de Contrôle concernant des modifications statutaires.

Article 33

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale, sur proposition de l'union nationale, 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 trois 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 se rapportant à ses tâches.

Article 34

1. Chaque membre a le droit d'assister à l'assemblée générale. Un membre absent peut se faire représenter par un autre membre de l'assemblée générale, porteur d'une procuration.

Chaque membre ne peut représenter qu'un seul autre membre.

Les procurations doivent être données par écrit et déposées avant le début de la réunion auprès du secrétariat de l'assemblée ou au lieu indiqué par le conseil d'administration.

2. 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 aout 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 présences 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 août 1990.

3. Les décisions de l'assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi ou les présents statuts le stipulent autrement.
4. Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint une première fois, une deuxième assemblée générale est convoquée, conformément aux dispositions prévues à l'article 16 de la loi du 6 août 1990, qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés et quel que soit également l'objet de la délibération.
5. Sans préjudice des dispositions de l'article 34.1. des présents statuts, chaque membre dispose d'une voix.
6. Sauf disposition statutaire contraire, le vote a lieu à main levée. A la demande d'au moins un quart des membres présents ou représentés, le vote doit avoir lieu à bulletin secret.
7. En cas d'égalité de voix, la voix du président est déterminante.

Article 35

Le mandat de délégué à l'assemblée générale n'est pas rémunéré. Des jetons de présence ou le remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus. Le montant de ces jetons de présence et le remboursement de frais sont fixés par l'assemblée générale.

Section 2 - Conseil d'administration

COMPOSITION

Article 36

Le conseil d'administration de la mutualité est composé d'au moins 7 administrateurs et au maximum de 20 administrateurs, pour autant que ce nombre d'administrateurs ne soit pas supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'assemblée générale, dont il ne peut y avoir plus de 75 % de personnes du même sexe et pas plus d'un tiers de personnes rémunérées par la mutualité ou l'union nationale.

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

- a) satisfaire aux conditions prévues à l'article 20 §1 de la loi du 6 août 1990 ;
- b) satisfaire aux conditions d'éligibilité, qui sont prévues pour les membres de l'assemblée générale à l'article 15 - 2 a), b), c), d) et f) des statuts.

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

Le mandat d'administrateur a une durée maximale de 6 ans.

Le mandat de membre du conseil d'administration est honorifique.

Des jetons de présence ou le remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus.

Le montant de ces jetons de présence et le remboursement de frais sont fixés par l'assemblée générale.

Conformément aux dispositions de l'article 44 §4 de la loi du 6 août 1990, le conseil d'administration de la mutualité issue de la fusion est composé, jusqu'aux prochaines élections mutualistes, des membres du conseil d'administration des entités qui ont fusionné.

Pour être administrateur indépendant au sein du conseil d'administration, il n'est pas nécessaire d'être membre de la mutualité, et en vertu de l'article 20, alinéa 3, de l'arrêté royal du 7 mars 1991, tel qu'adapté le 7 juillet 2021, les candidatures spontanées peuvent également être acceptées ainsi que les candidatures introduites à la suite d'une annonce de la mutualité.

Article 37

1. Le conseil d'administration est élu par les membres de l'assemblée générale.
2. Chaque circonscription électorale telle que définie à l'article 13 des présents statuts doit être représentée par au moins un administrateur.
3. La convocation pour l'assemblée générale au cours de laquelle le nouveau conseil d'administration est élu, est envoyée aux représentants des membres, au plus tard 20 jours civils avant la date fixée. La convocation mentionne l'ordre du jour de la réunion et sert en même temps d'appel aux candidatures.

4. Les membres de l'assemblée générale qui souhaitent se porter candidats pour un poste d'administrateur, doivent présenter leur candidature par lettre recommandée au président de la mutualité.
Les candidatures sont adressées par lettre recommandée accompagnée, le cas échéant, de la motivation, au président de la mutualité au plus tard le 10^{ième} jour civil précédant la date de l'assemblée générale au cours de laquelle l'élection a lieu (le cachet de la poste faisant foi).
5. Le président sortant, s'il est réélu, ou le cas échéant, le conseil d'administration sortant détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.
6. Sans préjudice du droit des membres de l'assemblée générale de la mutualité de poser leur candidature au poste d'administrateur, le conseil d'administration de la mutualité, en application de l'article 20 de l'A.R. du 7 mars 1991, peut présenter à l'assemblée générale sa propre liste de candidats reprenant également les personnes qui siègent à l'assemblée générale et qui se portent candidats. Il s'agit de la même liste de candidats que celle citée au point 5 précité. Le président détermine l'ordre de présentation des candidats sur la liste.
7. Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin secret selon la procédure prévue au règlement d'ordre intérieur qui fait partie intégrante des présents statuts.
Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'un nombre de voix égal au nombre de mandats à pourvoir.
Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.
8. Le conseil d'administration peut désigner au maximum cinq conseillers. Ils ont voix consultative.
Les personnes qui, au sein de la mutualité, soit sont chargées de la responsabilité globale de la gestion journalière soit exercent une autre fonction dirigeante ou une fonction de direction, peuvent assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.
Par ailleurs, l'Union Nationale dont la mutualité fait partie peut également désigner une personne pour la représenter au conseil d'administration de cette mutualité avec voix consultative.

Article 38

Quand la place d'un administrateur se libère avant la fin de son mandat, le conseil d'administration peut coopter un nouvel administrateur qui satisfait aux conditions d'éligibilité et au même profil et en tenant compte de l'article 20, §§ 1^{er}, 2 et 3, de la loi du 6 août 1990 et de l'article 27 de l'A.R. du 7 mars 1991 précité.

Dans un cas visé à l'alinéa 1^{er}, l'assemblée générale suivante doit procéder à l'élection de l'administrateur qui achèvera le mandat de l'ancien administrateur.

Si un autre administrateur que l'administrateur coopté est élu, le mandat de l'administrateur coopté prend fin à l'issue de l'assemblée générale.

Le renouvellement du conseil d'administration se fait tous les six ans, pour son entièreté.

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

L'administrateur qui, sans raison, aura été absent cinq fois consécutives peut être considéré comme démissionnaire.

L'assemblée générale peut prononcer la révocation d'un administrateur suivant la procédure prévue à l'article 19 alinéa 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 ou ses arrêtés d'exécution ;
- l'administrateur commet une infraction à la loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution ;
- l'administrateur a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée ;
- l'administrateur accomplit des actes de nature 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.

Le conseil d'administration est constitué valablement si au moins la moitié des membres sont présents et les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Si le conseil n'est pas en nombre suffisant pour délibérer valablement, les membres peuvent être reconvoqués endéans les sept jours civils, avec le même ordre du jour et ils peuvent se prononcer au sujet du (des) même(s) point(s), quel que soit le nombre de membres présents.

COMPETENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 39

1. Le conseil d'administration est chargé de la gestion et de l'exécution des décisions prises par l'assemblée générale.

Il exerce toutes les compétences que la loi ou les statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration soumet chaque année le projet de comptes annuels comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication ainsi que le rapport du réviseur pour l'exercice écoulé et le projet de budget pour l'exercice suivant, à l'approbation de l'assemblée générale.

2. Le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses compétences de gestion au président et/ou à l'administrateur ou aux administrateurs en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière visé(s) à l'article 20 § 3 de la loi du 6 août 1990, et/ou à un ou plusieurs autres administrateurs et/ou à un ou plusieurs comités, dont la majorité des membres désignés par le conseil d'administration sont des administrateurs.

Ces délégations ne peuvent cependant porter sur :

1. la politique générale de la mutualité
2. l'intégralité des compétences du conseil d'administration
3. la fixation des cotisations
4. le reporting visé à l'article 24 § 2 de la loi
5. le reporting visé à l'article 43 de la loi.

Une fois par an, le président, l'administrateur ou les administrateurs et les comités remettent un rapport au conseil d'administration sur l'exécution des compétences déléguées.

3. Le conseil d'administration peut également décider de déléguer les actes de la gestion journalière ainsi que la représentation en ce qui concerne cette gestion journalière au directeur général et le cas échéant au(x) directeur(s) général/général(s) adjoint(s) de la mutualité.
Le conseil d'administration engage et révoque le personnel de la mutualité.
Ce personnel travaille sous la surveillance du directeur général et le cas échéant du (des) directeur(s) général/général(s) adjoint(s) de la mutualité.
En ce qui concerne l'engagement et la révocation du personnel, le conseil d'administration délègue ses compétences au directeur général et/ou au(x) directeur(s) général/général(s) adjoint(s).
La correspondance concernant l'engagement et la révocation de membres du personnel est signée par le directeur général de la mutualité et/ou les directeurs généraux adjoints.
4. Le conseil d'administration décide de créer un comité de rémunération.
Le conseil d'administration compose le comité de rémunération de telle façon que celui-ci ait suffisamment de connaissances, en particulier sur les questions de ressources humaines, afin de remplir son rôle de manière efficace.
Le comité de rémunération est composé d'une majorité d'administrateurs, à savoir du président, du directeur général, des directeurs généraux adjoints et du responsable du service du personnel.
Le comité se réunit au minimum deux fois par an ou chaque fois que les circonstances l'exigent.
Le comité de rémunération a pour tâche de faire des propositions concernant la politique de rémunération (barèmes, statuts ...), y compris les rémunérations variables et les avantages extra-légaux pour les membres du personnel de la mutualité
Il décide également des adaptations salariales octroyées aux membres du personnel.
Les rémunérations fixes et variables doivent être conformes au marché.
Dans tous les cas, il doit être évité que le système de rémunération entraîne que la mutualité prenne de trop grands risques ou des risques inutiles.
Le comité de rémunération émet également des avis et formule des propositions au conseil d'administration concernant la politique de rémunération (remboursement de frais, jetons de présence) des administrateurs.
Le comité de rémunération informera, en temps utile, le conseil d'administration au sujet des développements importants sur le plan de ses tâches.
Le comité garantit également au conseil d'administration de l'informer oralement de toute question importante.
5. Le conseil d'administration statue, une fois par an, à propos du rapport d'évaluation du système de gestion des plaintes relatif à l'année précédente et du suivi des recommandations émises précédemment.
6. Les membres du conseil d'administration ou d'un comité visé à l'article 23 §2 de la loi du 6 août 1990 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.
Ils ne peuvent également pas prendre part au vote concernant ces affaires.
Lorsque le conseil d'administration ou un comité visé à l'article 23 §2 de la loi est appelé à prendre une décision relevant de sa compétence à propos de laquelle un administrateur a un intérêt direct ou indirect de nature patrimoniale qui est opposé à l'intérêt de la mutualité, cet administrateur doit

en informer les autres administrateurs avant que le conseil d'administration ou le comité ne prenne une décision.

Sa déclaration et ses explications sur la nature de cet intérêt opposé doivent figurer dans le procès-verbal de la réunion du conseil d'administration ou du comité qui doit prendre cette décision.

Le conseil d'administration ou le comité décrit dans le procès-verbal la nature de la décision visée et les conséquences patrimoniales de celle-ci pour la mutualité et justifie la décision qui a été prise.

Cette partie du procès-verbal est reprise dans son intégralité dans le rapport annuel ou dans un document déposé en même temps que les comptes annuels.

Le procès-verbal de la réunion est communiqué au réviseur.

Dans son rapport visé à l'article 57 de la loi, le réviseur évalue, dans une section séparée, les conséquences patrimoniales, pour la mutualité, des décisions du conseil d'administration ou du comité pour lesquelles il existe un intérêt opposé.

L'administrateur avec un intérêt direct ou indirect de nature patrimoniale qui est opposé à l'intérêt de la mutualité ne peut prendre part aux délibérations du conseil d'administration ou du comité concernant ces décisions, ni prendre part au vote sur ce point. Si la majorité des administrateurs présents ou représentés à un conflit d'intérêts, la décision est soumise à l'assemblée générale. En cas d'approbation de la décision par celle-ci, le conseil d'administration ou le comité peut l'exécuter.

La mutualité peut demander la nullité des décisions prises en violation des règles prévues au présent article, si l'autre partie à ces décisions avait ou devait avoir connaissance de cette violation.

7. Le conseil d'administration se réunit, sur invitation du président au moins une fois par trimestre et chaque fois que les intérêts de la mutualité l'exigent. La convocation pour la réunion se fait par avis individuel.

8. 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 :

- 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.

§ 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 aout 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 procuracion, qui n'est pas autorisée pour les réunions du conseil d'administration en présentiel, 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}. De même, les procuracions 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 procuracion 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 nombre des administrateurs non présents
- 3) 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
- 4) les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote
- 5) le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel
- 6) 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 présences devra en outre reprendre :

- 1) l'identité des administrateurs présents
- 2) l'identité des administrateurs non présents
- 3) le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

9. Lors de la réunion d'installation, le conseil d'administration se réunit, sur invitation du président sortant s'il est réélu. A défaut, le conseil d'administration sortant désigne un des vice-présidents sortants ou, si aucun d'entre eux n'est réélu, l'administrateur sortant réélu qui convoquera le conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration ne participent pas à la prise de décision sur les points qui les concernent directement ou les membres de leur famille jusqu'au 4^{ème} degré.

Article 40

Le conseil d'administration élit en son sein, et pour une période de maximum six ans, un président, maximum deux vice-présidents et un trésorier. Il désigne également le directeur général et le cas échéant le(s) directeur(s) général/général(s) adjoint(s) de la mutualité, visés à l'article 39 - alinéa 4 des présents statuts.

Le directeur général exerce d'office, s'il est élu comme administrateur avec droit de vote, les fonctions de secrétaire du conseil d'administration et de l'assemblée générale et fait par conséquent office de secrétaire de la mutualité.

Article 41

Le président est chargé de diriger l'assemblée générale et le conseil d'administration; il convoque ces réunions et en établit l'ordre du jour; il veille à l'application des statuts et des règlements spéciaux.

Le conseil d'administration représente la mutualité, en ce compris la représentation en justice.

Le conseil d'administration a toutefois décidé de désigner le président et/ou le directeur général, en fonction de leur disponibilité, pour représenter la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques. Le conseil d'administration a également décidé de désigner le président et/ou le directeur général pour soutenir toutes les actions au nom de la mutualité, soit en demandant, soit en défendant dans les actes judiciaires et extrajudiciaires. Il peut donner mandat à un avocat pour représenter la mutualité.

Le président a le droit de convoquer extraordinairement le conseil d'administration et l'assemblée générale.

Article 42

La réunion d'installation de l'assemblée générale et du conseil d'administration est présidée par le président sortant s'il est réélu.

A défaut, le conseil d'administration sortant désigne un des vice-présidents sortants ou, si aucun d'entre eux n'est réélu, l'administrateur sortant réélu qui présidera la réunion.

Article 43

S'il est empêché de présider la réunion, le président désigne un vice-président qui le remplace et traite les points de l'ordre du jour établi.

Les vice-présidents assistent également le président dans l'accomplissement de sa tâche.

Article 44

1. Le conseil d'administration désigne un directeur général qui, conformément aux dispositions de l'article 40 - alinéa 2 des présents statuts, fait office de secrétaire de la mutualité et délègue ses pouvoirs pour :

- faire toutes les écritures requises
- signer la correspondance
- l'exécution des décisions du conseil d'administration
- la rédaction des procès-verbaux du conseil d'administration et de l'assemblée générale
- contre signer les mandats de paiement ou donner procuration à un ou plusieurs responsables afin de leur permettre de signer ces mandats.

Les signatures ont lieu de manière conjointe.

Le directeur général assume en outre la direction générale du secrétariat ainsi que la représentation à l'égard des tiers et en justice, en ce qui concerne la gestion journalière, et est responsable de la bonne marche des services.

Il exerce également une fonction représentative pour la mutualité lors de réunions ou de manifestations externes.

Il peut, pour les matières qui relèvent de la gestion journalière, déléguer la représentation de la mutualité à l'égard de tiers, au(x) directeur(s) général/général(s) adjoint(s).

2. Le(s) directeur(s) général/général(s) adjoint(s) assiste(nt) le directeur général dans l'exercice de ses tâches et le remplace(nt) en cas d'absence.

Il(s) exerce(nt) également d'office la fonction de directeur administratif et/ou de directeur financier de la mutualité.

Article 45

Le trésorier est responsable vis-à-vis du conseil d'administration des finances de la mutualité et de la tenue des livres exigés par la loi et la réglementation.

A l'assemblée générale visée à l'article 32-1, au nom du conseil d'administration, il fait rapport de la situation financière.

CHAPITRE V

Organes de l'Union Nationale

Section 1 - Assemblée générale

Article 46

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'Union Nationale des Mutualités Libérales comprend un délégué par tranche complète de 10.000 membres ayant la qualité de titulaires avec un minimum d'un délégué par mutualité.

Article 47

1. Les représentants à l'assemblée générale de l'union nationale sont proposés par le conseil d'administration de la mutualité et sont élus par son assemblée générale.

L'assemblée générale peut également élire des suppléants pour l'assemblée générale de l'union nationale, selon la procédure prévue ci-après.

2. Les représentants des membres 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 adressée au président de la mutualité, au plus tard quinze jours avant la date de l'assemblée générale de la mutualité qui procèdera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi.

Le conseil d'administration de la mutualité peut présenter lui-même la candidature de un ou plusieurs membres de l'assemblée générale et/ou d'administrateurs de la mutualité et/ou de membres de la direction.

Sont considérés, pour l'application de cet article, comme membres de la direction :

- le directeur général et le(s) directeur(s) général/ généraux adjoint(s) visés à l'article 39 - alinéa 4 des présents statuts ;
- les autres membres du personnel qui font partie de la délégation patronale au sein du conseil d'entreprise de la mutualité.

Pour ce faire il y a lieu de tenir compte de la représentation géographique équitable prévue à l'article 37 des présents statuts.

Le président ou, en cas d'empêchement, le conseil d'administration détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.

3. Lorsque le nombre de candidats est inférieur ou égal au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont élus automatiquement.

Si le nombre total de candidats est supérieur au nombre total de mandats effectifs à pourvoir, il y a vote secret suivant les modalités ci-après

Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix lors du vote pour la liste visée au point 2 du présent article ou d'un nombre de voix égal au nombre de mandats à pourvoir si le conseil d'administration ne fait pas usage de la possibilité visée au point 2 ou si la liste présentée n'a pas obtenu la majorité.

Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.
En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le(s) dernier(s) mandat(s), ce(s) mandat(s) est (sont) attribué(s) au(x) candidat(s) ayant la plus longue période d'affiliation à la Mutualité Libérale MUTPLUS.be.
Les modalités pratiques concernant les élections sont reprises au règlement d'ordre intérieur.

Section 2 - Conseil d'administration

Article 48

Les candidats de la mutualité pour le conseil d'administration de l'union nationale sont présentés par le conseil d'administration de la mutualité, conformément aux dispositions légales et statutaires en vigueur.

La procédure, préalable à cette présentation est la suivante :

- a) Sans préjudice du droit des membres du conseil d'administration de la mutualité de se porter candidat pour un mandat d'administrateur à l'union nationale, le conseil d'administration de la mutualité peut proposer au conseil d'administration sa propre liste de candidats.
- b) Les membres du conseil d'administration doivent se porter candidats par lettre recommandée adressée au président de la mutualité, au plus tard 5 jours civils avant le conseil d'administration, établissant la liste des candidats (le cachet de la poste faisant foi).
Le président vérifie si les candidatures reçues sont conformes aux exigences légales, réglementaires et statutaires.
L'envoi de l'ordre du jour du conseil d'administration 10 jours civils à l'avance vaut avis.
- c) Le président doit vérifier que le nombre de candidats qui sera présenté soit au moins égal au nombre de mandats à pourvoir.

CHAPITRE VI

Organes d'une société mutualiste
créée dans le cadre de l'article 43bis, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990

Section 1 - Assemblée générale

Article 49

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale d'une société mutualiste créée dans le cadre de l'article 43bis, § 1^{er}, précité, est composée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 29 août 2021, portant exécution des articles 2, §§ 2 et 3, alinéa 2, 14, § 3 et 19, alinéas 3 et 4 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette même loi.

La mutualité est représentée au sein de l'assemblée générale d'une société mutualiste proportionnellement au nombre des membres ayant la qualité de titulaires qui sont également membres de la société mutualiste.

L'assemblée générale de la société mutualiste est composée de délégués de toutes les mutualités affiliées, à raison d'un délégué par tranche complète de 10.000 membres qui ont la qualité de « titulaire » au sein de la société mutualiste concernée.

Chaque mutualité affiliée y est représentée proportionnellement au nombre de membres ayant la qualité de titulaires des mutualités affiliées, qui sont également membres de la société mutualiste, au 30 juin de l'année qui précède l'élection de l'assemblée générale de la société mutualiste.

Le nombre de représentants auquel la mutualité a droit est fixé conformément aux dispositions statutaires de la société mutualiste concernée.

Article 50

1. Les délégués de la mutualité qui composent l'assemblée générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée sont proposés par le conseil d'administration de la mutualité et sont élus par l'assemblée générale de la mutualité.
2. Pour pouvoir être élu en qualité de délégué à l'assemblée générale d'une société mutualiste, il faut :
 1. être membre ou personne à charge d'un membre de la société mutualiste ;
 2. être majeur ou émancipé et être de bonnes conduite, vie et mœurs ;
 3. être en règle de cotisations auprès de la société mutualiste ;
 4. satisfaire à la condition de ne pas faire partie du personnel de la société mutualiste ou avoir été licencié en tant que membre du personnel de la société mutualiste pour un motif grave ou pour avoir accompli des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la société mutualiste.
3. Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale de la mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée doivent poser leur candidature par lettre recommandée adressée au président de la mutualité, au plus tard quinze jours avant la date de l'assemblée générale de la mutualité qui procédera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi.

Le conseil d'administration de la mutualité peut présenter lui-même la candidature de un ou plusieurs membres de l'assemblée générale et/ou d'administrateurs de la mutualité.

Pour ce faire, il y a lieu de tenir compte de la représentation géographique équitable prévue à l'article 37 des présents statuts.

Le président ou, en cas d'empêchement, le conseil d'administration détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.

4. Lorsque le nombre de candidats est inférieur ou égal au nombre de mandats à pourvoir, ces candidats sont élus automatiquement.

Si le nombre total de candidats est supérieur au nombre total de mandats à pourvoir, il y a vote secret suivant les modalités ci-après.

Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix lors du vote pour la liste visée au point 3 du présent article ou d'un nombre de voix égal au nombre de mandats à pourvoir si le conseil d'administration ne fait pas usage de la possibilité visée au point 3 ou si la liste présentée n'a pas obtenu la majorité.

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

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le(s) dernier(s) mandat(s), ce(s) mandat(s) est (sont) attribué(s) au(x) candidat(s) ayant la plus longue période d'affiliation à la Mutualité libérale MUTPLUS.be.

Les modalités pratiques concernant les élections sont reprises au règlement d'ordre intérieur.

5. Si le nombre de mandats tel que requis par l'article 3 de l'A.R. du 5 octobre 2000 précité 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.

Section 2 - Conseil d'administration

Article 51

1. Chaque mutualité affiliée doit être représentée au conseil d'administration par au moins un administrateur et toujours proportionnellement au nombre de ses membres ayant la qualité de titulaires qui sont également membres de ladite société mutualiste, au 30 juin de l'année qui précède l'élection des membres de l'assemblée générale de la société mutualiste.
2. Le conseil d'administration de la société mutualiste est élu par l'assemblée générale de la société mutualiste.
3. Conformément aux dispositions des statuts de la/des société(s) mutualiste(s) auprès de laquelle/desquelles la mutualité est affiliée, les candidats pour le conseil d'administration de la/des société(s) mutualiste(s) précitée(s) sont présentés par le conseil d'administration de la mutualité.

Il est également possible d'avoir des candidatures spontanées de membres de l'assemblée générale de la société mutualiste mais il ne peut y avoir qu'une seule liste électorale (tous les membres doivent être repris sur la même liste), et ce conformément à l'article 18, de l'arrêté royal du 29 août 2011, précité.

4. La présentation comme candidat doit avoir lieu par lettre recommandée adressée au président de la mutualité, au plus tard 5 jours civils avant la réunion du conseil d'administration qui établit la liste des candidats qui seront présentés à l'assemblée générale de la société mutualiste (le cachet de la poste faisant foi).
5. Les statuts de la société mutualiste précisent les autres modalités pratiques selon lesquelles s'effectuent l'appel aux candidats, le dépôt et l'examen de la recevabilité des candidatures, ainsi que le mode de scrutin relatif à l'élection des membres du conseil d'administration.

CHAPITRE VII

Organes d'une société mutualiste créée dans le cadre de l'article 43bis, § 5, et de l'article 70, § 7, de la loi du 6 août 1990

Section 1 - Assemblée générale

Article 52

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale d'une société mutualiste créée dans le cadre de l'article 43bis, § 5 et de l'article 70, § 7, précités, est composée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 14 juillet 2021, portant exécution des articles 2, § 3, alinéas 2, 14, § 3, et 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, § 5, et à l'article 70, § 7, de cette même loi. La mutualité est représentée au sein de l'assemblée générale d'une société mutualiste proportionnellement au nombre des membres qui sont également membres de la société mutualiste.

Le nombre de représentants auquel la mutualité a droit est fixé conformément aux dispositions statutaires de la société mutualiste concernée.

Article 53

1. Les délégués de la mutualité qui composent l'assemblée générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée sont proposés par le conseil d'administration de la mutualité et sont élus par l'assemblée générale de la mutualité.
2. Pour pouvoir être élu en qualité de délégué à l'assemblée générale d'une société mutualiste, il faut :
 1. être membre de la société mutualiste ;
 2. être majeur ou émancipé et être de bonnes conduite, vie et mœurs ;
 3. être en règle de primes auprès de la société mutualiste ;
 4. satisfaire à la condition de ne pas faire partie du personnel de la société mutualiste ou avoir été licencié en tant que membre du personnel de la société mutualiste pour un motif grave ou pour avoir accompli des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la société mutualiste.
3. Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale de la mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée doivent poser leur candidature par lettre recommandée adressée au président de la mutualité, au plus tard quinze jours avant la date de l'assemblée générale de la mutualité qui procédera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi. Le conseil d'administration de la mutualité peut présenter lui-même la candidature de un ou plusieurs membres de l'assemblée générale et/ou d'administrateurs de la mutualité. Pour ce faire, il y a lieu de tenir compte de la représentation géographique équitable prévue à l'article 37 des présents statuts. Le président ou, en cas d'empêchement, le conseil d'administration détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.

4. Lorsque le nombre de candidats est inférieur ou égal au nombre de mandats à pourvoir, ces candidats sont élus automatiquement.
Si le nombre total de candidats est supérieur au nombre total de mandats à pourvoir, il y a vote secret suivant les modalités ci-après.
Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix lors du vote pour la liste visée au point 3 du présent article ou d'un nombre de voix égal au nombre de mandats à pourvoir si le conseil d'administration ne fait pas usage de la possibilité visée au point 3 ou si la liste présentée n'a pas obtenu la majorité.
Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues.
En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le(s) dernier(s) mandat(s), ce(s) mandat(s) est (sont) attribué(s) au(x) candidat(s) ayant la plus longue période d'affiliation à la Mutualité Libérale MUTPLUS.be.
Les modalités pratiques concernant les élections sont reprises au règlement d'ordre intérieur.

Section 2 - Conseil d'administration

Article 54

1. Le conseil d'administration de la société mutualiste est élu par l'assemblée générale de la société mutualiste.
2. Conformément aux dispositions des statuts de la/des société(s) mutualiste(s) auprès de laquelle/desquelles la mutualité est affiliée, les candidats pour le conseil d'administration de la/des société(s) mutualiste(s) précitée(s) sont présentés par le conseil d'administration de la mutualité.
3. La présentation comme candidat doit avoir lieu par lettre recommandée adressée au président de la mutualité, au plus tard 5 jours civils avant la réunion du conseil d'administration qui établit la liste des candidats qui seront présentés à l'assemblée générale de la société mutualiste (le cachet de la poste faisant foi).
4. Les statuts de la société mutualiste précisent les autres modalités pratiques selon lesquelles s'effectuent l'appel aux candidats, le dépôt et l'examen de la recevabilité des candidatures, ainsi que le mode de scrutin relatif à l'élection des membres du conseil d'administration.

CHAPITRE VIII

Organes d'une Société Mutualiste Régionale

Article 55

La mutualité ML MUTPLUS.be est représentée dans les organes de gestion des Sociétés Mutualistes Régionales Brumut et Wallomut, conformément à la réglementation applicable aux dites entités.

CHAPITRE IX

Les services de la mutualité :
avantages garantis, conditions d'affiliation spéciales, cotisations

A. DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 - Services organisés, prestations garanties et bénéficiaires

Article 56

Les services organisés sont ceux mentionnés à l'article 2.A.b) des présents statuts.

Article 57

Sans préjudice des dispositions visées à l'article 2.A.e) des présents statuts, les bénéficiaires de remboursement des prestations sont les membres repris à l'article 9 des présents statuts, ainsi que les personnes à leur charge qui sont en ordre de paiement des cotisations pour les services complémentaires.

Section 2 - Dispositions communes

Article 58

1. Sans préjudice des dispositions prévues par les présents statuts, les nouveaux membres peuvent bénéficier des avantages de la mutualité après avoir satisfait aux conditions fixées par ces statuts.
2. Il n'y a pas de stage d'attente prévu pour les nouveaux membres.
3. Les interventions payées pour les services complémentaires ne peuvent être octroyées que pour la période pendant laquelle les personnes concernées ont été inscrites en tant que bénéficiaires de ce service.
4. Le montant total de l'intervention ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.
5. Conformément à l'article 67, alinéa 1^{er}, g) de la loi précitée du 26 avril 2010, les dispositions reprises dans les présents statuts concernant les opérations et les services complémentaires ne peuvent aboutir à ce qu'il soit octroyé aux membres visés par le statut social au sens de l'article 37 §§1, 2 et 19 de la loi du 14 juillet 1994 précitée une intervention inférieure à celle octroyée aux autres membres.

Section 3 – Cotisations : dispositions générales

Article 59

1. a) Les membres affiliés s'engagent à payer la cotisation dont le montant est fixé au tableau des cotisations (MUTWEB) en annexe.
Conformément aux dispositions de l'article 3bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, la cotisation est due par mois à partir de l'entrée en vigueur de l'affiliation, tel que défini par l'article 7.
- b) La mutualité est autorisée à percevoir trimestriellement, semestriellement ou annuellement, les cotisations prévues au point 1. a).
- c) Pour chaque ménage mutualiste, une cotisation doit être payée. Un ménage mutualiste est constitué d'un titulaire des prestations de santé visé à l'article 2, k), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que toutes les personnes à sa charge qui obtiennent le droit aux avantages des opérations visées à l'article 2 du chef de ce titulaire.
- d) La cotisation des services complémentaires est gérée par le conseil d'administration, qui sur rapport du comité stratégique, en fait la répartition entre les divers services. En cas de modification de répartition entre les divers services, la ventilation est soumise à l'assemblée générale pour ratification.
2. En dehors des cotisations prévues pour les services et opérations visés à l'article 2.A.b) des présents statuts, les membres s'engagent à payer les cotisations pour les services ainsi que pour le fonds de réserve organisés par l'Union Nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée.
3. L'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 8 des présents statuts, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.
4. L'action en remboursement des cotisations payées indûment pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 8 des présents statuts, se prescrit par cinq ans, à compter du jour où le paiement des cotisations indues a été effectué.
5. En cas de décès, les cotisations des services complémentaires pour les périodes non encore courues après le mois de décès sont remboursées aux ayant droits du membre décédé et ce dans les trois mois de la fin du mois au cours duquel le décès a eu lieu.
6. En cas de désaffiliation / fin de l'affiliation, les cotisations des services complémentaires restent dues pour le mois de désaffiliation / fin de l'affiliation.

B. APERCU DES SERVICES ORGANISES

Article 60

La mutualité organise pour ses membres, les services visés à l'article 2 des présents statuts selon les modalités prévues à cet effet.

AFFILIATION OBLIGATOIRE

(comme visée dans les circulaires et instructions de l'Office de Contrôle des Mutualités concernant la classification des services et activités organisés par les mutualités)

1. Soins médicaux et paramédicaux

(numéro de code classification : 15/1)

Article 61

La mutualité organise un groupe de services « soins médicaux et paramédicaux » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour orthodontie, logopédie, pédicurie, matériel de soins, prothèses – dispositifs médicaux et prestations médicales diverses.

Section 1 - Orthodontie

Article 62

La mutualité organise un service orthodontie qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts une intervention dans les frais d'un traitement orthodontique suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 63

Le traitement orthodontique doit satisfaire aux critères imposés par l'INAMI. Cela signifie qu'avant le 15^{ème} anniversaire du bénéficiaire, une notification doit être remise au médecin-conseil de la mutualité.

Les interventions ci-dessous sont accordées pour autant que le médecin-conseil de la mutualité ait approuvé le traitement orthodontique après le 31 décembre 2020 et jusqu'au 31 décembre 2021 ou que le traitement orthodontique ait débuté après le 31 décembre 2020 et jusqu'au 31 décembre 2021.

Article 64

Une intervention forfaitaire de € 650 est accordée pour un traitement orthodontique, sans tenir compte de la gravité de la pathologie. Cette intervention est accordée en plus de l'intervention de l'Union Nationale des Mutualités Libérales.

Cette intervention est payée en deux tranches :

- une première somme de € 325 est payée en même temps que l'intervention octroyée sur la base de l'attestation de soins donnés concernant le forfait pour appareils au début du traitement
- une deuxième somme de € 325 est payée en même temps que l'intervention octroyée sur la base de l'attestation de soins donnés concernant le 18^{ème} forfait mensuel du traitement orthodontique ou sur la base d'un certificat où le prestataire de soins atteste que le traitement est terminé.

Article 65

Le remboursement a lieu sur base de la production des justificatifs de l'orthodontiste en Belgique, ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché de Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays.

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

L'arrêt prématuré du traitement conduit irrémédiablement à la récupération des interventions supplémentaires dont le membre a déjà bénéficié.

Section 2 - Logopédie

Article 66

La mutualité organise un service logopédie qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 67

1. Le service prévoit une intervention de € 10 par séance, avec un maximum de 100 séances pour les bénéficiaires qui suivent un traitement de logopédie qui n'est pas remboursé dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire
2. Pour pouvoir bénéficier des interventions précitées, le membre doit introduire une demande au moyen des mêmes documents que ceux prévus en assurance maladie-invalidité obligatoire et transmettre un rapport d'un(e) logopède.

Section 3 – Pédicurie

Article 68

La mutualité organise un service pédicurie qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, à partir de l'âge de 65 ans ainsi qu'aux membres qui sont patients diabétiques (type I – insulino-dépendants), patients souffrant d'obésité ou atteints de cécité, quel que soit leur âge, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 69

L'intervention est fixée à € 4 par prestation avec un maximum de 6 séances par année civile.

Article 70

Les conditions de remboursement sont les suivantes :

- a) les patients diabétiques présentent, lors de la première demande, une attestation médicale certifiant qu'ils sont patient diabétique de type I ou qu'ils ont intégré un pré-trajet de soins ou un trajet de soins ou une convention diabète ;
- b) les patients souffrant d'obésité doivent présenter un BMI de 35 ou plus;
- c) les patients atteints de cécité doivent prouver celle-ci au moyen d'une attestation d'un ophtalmologue ou d'une attestation "handicap" délivrée par le Service Public Fédéral - Affaires sociales ;
- d) l'intervention est accordée sur présentation du formulaire de demande prévu à cet effet par la mutualité ou sur présentation d'une facture délivrée par un(e) pédicure reconnu(e) ou un service reconnu, avec mention de la date de prestation et du montant payé.

Section 4 – Matériel de soins

Article 71

La mutualité organise un service "matériel de soins" qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour diabète, matériel de soins des escarres / matériel de sondage / alimentation entérale, et ce suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

1. Diabète

Article 72

Le service octroie une intervention dans le prix d'achat de médicaments glucagon, d'un sac à pompe, d'un glucomètre sanguin, de tiges de glucose sanguin, d'aiguilles pour injection d'insuline, d'un autopiqueur, de lancettes, de patchs (capteurs) pour mesurer le taux de glycémie sans avoir besoin de sang et d'appareils de lecture pour suivre l'évolution du taux de glycémie aux diabétiques qui appliquent l'auto-surveillance ainsi que dans la cotisation à une association de diabète reconnue.

L'intervention s'élève à 50 % du prix d'achat du matériel précité et à 100 % de la cotisation à l'association précitée, avec un maximum de € 150 pour les deux interventions cumulées, par membre et par année calendrier.

Il s'agit de matériel de diabète acheté en Belgique ou dans les pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas).

Article 73

1. Médicaments glucagon, sac à pompe, glucomètre sanguin, tiges de glucose sanguin, aiguilles, autopiqueur, lancettes, patchs (capteurs) et appareils de lecture

L'intervention est accordée sur présentation de la preuve de paiement du matériel.

Lors de la première demande, le membre doit présenter un certificat médical attestant de la nécessité d'auto-surveillance, sauf s'il s'agit d'un patient diabétique de type 2 qui est suivi selon un protocole de soins ou d'un patient qui suit un trajet de soins ou un programme mis en place par un centre spécialisé conventionné pour l'autogestion du diabète.

2. Cotisation à une association du diabète reconnue.

L'intervention est accordée sur présentation d'une attestation de l'association reconnue avec mention du montant de la cotisation payée.

2. Matériel de soins des escarres / Matériel de sondage /
Alimentation entérale

Article 74

Le service octroie aux membres une intervention de 50 % du prix d'achat, avec un maximum de € 150 par année calendrier lors de l'achat du matériel de soins suivant :

- ⇒ matériel d'aide à la prévention des escarres
- ⇒ matériel de sondage
- ⇒ alimentation entérale.

Le remboursement des trois sortes de matériel de soins est cumulable mais ne peut dépasser l'intervention maximale prévue par année calendrier.

Il s'agit de matériel de soins des escarres, matériel de sondage et alimentation entérale acheté en Belgique ou dans les pays limitrophes (Grand-Duché de Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas).

Article 75

L'intervention pour matériel d'aide à la prévention des escarres et matériel de sondage est accordée sur présentation d'une facture. Une attestation médicale peut être demandée. Aucune intervention n'est accordée en cas d'hospitalisation ou lors d'un séjour en MRS/MRPA.

L'intervention pour alimentation entérale est accordée sur présentation d'une attestation du médecin traitant certifiant que la nutrition par alimentation solide est médicalement impossible et d'une attestation BVAC du pharmacien.

Si une intervention est prévue via l'assurance obligatoire, l'intervention est supprimée. Si l'intervention en assurance obligatoire est inférieure à l'intervention prévue dans les présents statuts, la différence entre ces deux interventions est accordée.

Section 5 – Prothèses – Dispositifs médicaux

Article 76

La mutualité organise un service « prothèses – dispositifs médicaux » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour « une perruque – un appareil auditif – des bouchons de protection auditive – des semelles orthopédiques » suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

1. Perruque

Article 77

Le service octroie aux membres une intervention dans le prix d'achat d'une perruque pour autant qu'une intervention soit également prévue en assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention est fixée à maximum € 50 et ne peut jamais excéder la différence entre le prix réellement payé et l'intervention accordée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 78

L'intervention est accordée moyennant la remise de la facture.

2. Appareil auditif

Article 79

Une intervention de € 50 est accordée à l'achat d'un appareil auditif monophonique et de € 100 à l'achat d'un appareil auditif stéréophonique chez un audicien reconnu par l'INAMI, à condition qu'il y ait une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans l'achat de l'appareil auditif.

Article 80

L'intervention est accordée sur la quote-part personnelle, qui reste à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans le prix d'achat d'un appareil auditif.

L'intervention est accordée moyennant présentation de l'annexe 12 remise par l'audicien reconnu conformément à l'ordonnance du 28 juillet 2003 en application de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le montant total de l'intervention ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

3 – Bouchons de protection auditive

Article 81

Le service octroie aux membres une intervention de € 25 par année calendrier dans le prix d'achat de bouchons de protection auditive faits sur mesure par un audiollogue/audicien reconnu par le SPF Santé publique.

Article 82

L'intervention est accordée moyennant la remise de la facture.

4. Semelles orthopédiques

Article 83

Tous les deux ans, de date à date, une intervention de € 15 est accordée par semelle orthopédique confectionnée par un podologue reconnu par l'INAMI, à condition qu'il n'y ait pas d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans l'achat d'une semelle orthopédique.

Article 84

L'intervention est accordée sur présentation du formulaire de demande fourni par la mutualité et complété par le podologue reconnu ou sur présentation de la facture.

Le montant total de l'intervention ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Section 6 - Prothèses - Matériel de synthèse

Article 85

La mutualité organise un service prothèses et matériel de synthèse qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 86

Ce service prévoit, en cas d'hospitalisation, une intervention sur les frais supplémentaires facturés en plus de la partie remboursée par l'assurance obligatoire :

- pour le matériel utilisé pour l'implantation des prothèses, tel que prévu au point L. de l'annexe 1 de l'A.R. du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;

- pour les interventions liées aux reconstructions mammaires, visées au point J. de l'annexe 1 de l'A.R. du 25 juin 2014 fixant la procédure, les délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Article 87

L'intervention s'élève à 100% des frais supplémentaires supérieurs à € 100 avec un maximum de € 350 par hospitalisation.

L'intervention est payée sur présentation de la facture d'hospitalisation.

Section 7 - Prestations médicales diverses

Article 88

La mutualité organise un service "prestations médicales diverses" qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour affections spécifiques, mammographie, examen préventif contre le cancer de la prostate, reconstruction mammaire, traitements esthétiques et massages de soins pour patients atteints du cancer, ostéodensitométrie, moyens anticonceptionnels, hippothérapie ainsi qu'une intervention égale à la quote-part personnelle légale (ticket modérateur officiel) et ce suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

1. Affections spécifiques

Article 89

Le service accorde aux membres une intervention de 100 % de la cotisation à une association de patients reconnue. Complémentairement, le service octroie une intervention à concurrence de 50 % des frais à charge du membre, avec un maximum pour les deux interventions ensemble de € 150 par année calendrier pour les affections spécifiques suivantes :

- maladie de Crohn et colite ulcéreuse
- mucoviscidose
- psoriasis.

Le remboursement pour ces quatre affections spécifiques est cumulable, mais il ne peut dépasser l'intervention maximale prévue par année calendrier.

Article 90

Maladie de Crohn et colite ulcéreuse

Sur présentation d'un relevé des frais et d'une déclaration sur l'honneur du membre, une intervention est accordée sur les suppléments de traitements spécifiques, examens, médicaments et autres techniques relatifs à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse.

Mucoviscidose

Sur présentation des frais et d'une déclaration sur l'honneur du membre, une intervention est accordée sur les suppléments de traitements spécifiques et examens relatifs à la mucoviscidose, ainsi que l'achat d'un aérosol.

Psoriasis

Sur présentation des frais et d'une déclaration sur l'honneur du membre, une intervention est accordée sur les suppléments de traitements spécifiques, médicaments ou autres techniques relatifs au psoriasis.

Les frais de séjour sont exclus.

2. Mammographie

Article 91

L'intervention dans la mammographie, visée à l'article 17, imagerie médicale - radiologie de la nomenclature des soins de santé, s'élève à € 7,50 par membre et par année calendrier.

Article 92

L'intervention est accordée sur présentation d'une attestation de soins donnés délivrée par un radiologue ou un gynécologue.

3. Examen préventif contre le cancer de la prostate

Article 93

L'intervention est égale à la partie des honoraires qui reste à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire, avec un maximum de € 7,50 par membre et par année calendrier.

Article 94

L'intervention est accordée sur présentation :

- d'une attestation délivrée par un service reconnu pour la détection du cancer d'où il ressort qu'un examen préventif contre le cancer de la prostate a été effectué avec mention de la date de l'examen et du montant payé ;
- ou d'une attestation mise à cette fin à disposition par la mutualité, complétée par le médecin traitant.

4. Intervention traitements esthétiques et massages de soins pour patients atteints du cancer

Article 95

Le service octroie une intervention dans le prix de thérapies de santé pour patients atteints du cancer constituées de traitements esthétiques et de massages de soins prodigués par des esthéticiens/ esthéticiennes.

L'intervention s'élève à € 10 par traitement avec un maximum de 6 traitements par année calendrier.

Le remboursement des deux thérapies santé est cumulable, mais ne peut dépasser l'intervention maximale prévue par année calendrier.

Article 96

L'intervention est payée sur présentation du formulaire de demande complété de la mutualité.

Traitement esthétique

Le traitement esthétique doit être effectué par une esthéticienne qui a suivi pour cela une formation spécifique à l'Institute For Professional Care vzw (IFPC), – les esthéticiennes reconnues par l'IFPC se trouvent sur le site www.boekeenafspraak.be/ifpc/kanker – « Union Nationale des Esthéticiennes de Belgique », « L'Académie – Ecole privée d'esthétique », « Terre d'Auré – Ecole privée », « efp, centre de formation en alternance pme à Bruxelles », « Femmes Universelles - asbl », « Mimi Ullens Foundation », « Centre de formation pour les secteurs infirmier et de la santé (CPSI) », oncobulle.eu et a une reconnaissance en tant que telle de l'IFPC.

Massage de soins

Le massage de soins doit être effectué par un masseur de soins que l'on retrouve sur le site www.massagfed.be, www.netwerkzorgmasseurs.be, www.massagebijkankerbeltie.be ou oncobulle.eu.

5. Ostéodensitométrie

Article 97

Le service octroie une intervention pour les frais d'examen d'ostéodensitométrie.

L'intervention s'élève à € 20 tous les deux ans, de date à date.

Article 98

L'intervention est accordée moyennant la remise d'une attestation établie par un radiologue reconnu d'où il ressort qu'un examen d'ostéodensitométrie a été effectué avec mention de la date de l'examen et du montant payé.

6. Moyens anticonceptionnels et contraceptifs - Vasectomie

Article 99

Le service octroie une intervention dans le prix d'achat de moyens anticonceptionnels et contraceptifs ou dans les frais de vasectomie.

L'intervention s'élève à 50 % avec un maximum de € 30 par année calendrier, dans le prix d'achat de la pilule contraceptive, du patch contraceptif, de l'anneau vaginal, de préservatifs, du stérilet, de l'implant contraceptif et/ou de l'injection contraceptive ou dans les frais de vasectomie.

Article 100

L'intervention dans le prix d'achat de la pilule contraceptive, du patch contraceptif, de l'anneau vaginal et/ou de préservatifs est accordée sur présentation d'une attestation BVAC ou, pour les pays frontaliers, une attestation délivrée par une pharmacie pour prestations pharmaceutiques remboursables lors de l'achat auprès d'un pharmacien.

L'intervention dans le prix d'achat du stérilet, de l'implant contraceptif et/ou de l'injection contraceptive est accordée moyennant la remise d'une attestation médicale et sur présentation d'une attestation BVAC ou, pour les pays frontaliers, une attestation délivrée par une pharmacie pour prestations pharmaceutiques remboursables lors de l'achat auprès d'un pharmacien.

L'intervention dans les frais de vasectomie est accordée sur présentation de la facture de l'opération.

7. Hippothérapie

Article 101

L'intervention est accordée aux personnes souffrant d'un handicap mental ou physique et s'élève à € 3 par séance d'hippothérapie avec un maximum de 40 séances par année calendrier.

Le bénéficiaire doit être en possession d'un des documents suivants :

- ⇒ une attestation prouvant la reconnaissance par « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (VAPH), par « Personne handicapée – Autonomie recherchée » (PHARE) ou par « Agence pour une vie de qualité » (AVIQ).
- ⇒ une attestation délivrée par le SPF Sécurité Sociale – service interventions
- ⇒ une attestation délivrée par la caisse d'allocations familiales prouvant le droit aux allocations familiales majorées
- ⇒ un rapport médical détaillé prouvant le handicap.

Article 102

L'intervention est payée une fois par an sur présentation d'une attestation délivrée par le propriétaire du manège mentionnant les dates auxquelles les séances d'hippothérapie ont été suivies et le prix par séance ou sur présentation du formulaire de demande prévu à cet effet par la mutualité.

8. Ticket modérateur

Article 103

La mutualité organise un service qui octroie une intervention égale à la quote-part personnelle légale (ticket modérateur officiel) prévue dans la nomenclature des prestations médicales pour les prestations reprises dans la liste ci-après, fournies aux enfants de moins de 18 ans qui disposent d'un dossier médical global (DMG) et ce aux conditions suivantes :

- a) le DMG doit être en cours au moment de la prestation médicale qui fait l'objet d'une demande d'intervention comme repris ci-dessus ;
Le DMG ouvert/prolongé court à partir de la date de création jusqu'au 31 décembre de la 2^{ème} année suivant l'année d'attestation.
- b) les interventions seront accordées au titulaire auprès de qui l'enfant est inscrit pour la réglementation AMI et ce sur base des attestations de soins donnés originales AMI ;
- c) l'intervention ne sera accordée que pour autant que, pour l'ayant droit pour les attestations de soins présentées, une intervention puisse également être accordée dans l'assurance maladie-invalidité obligatoire ;
- d) en cas de mutation ou de transfert de et vers une autre mutualité d'un enfant inscrit comme titulaire ou d'un titulaire auprès duquel l'enfant est inscrit, l'intervention est seulement due à partir de/jusqu'à la date d'affiliation/de clôture auprès de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be ;
- e) cette intervention n'est pas cumulable avec d'autres interventions similaires légales AMI dans les quotes-parts personnelles AMI (tickets modérateurs MAF) ;
- f) cette intervention peut seulement être accordée si le titulaire est en règle de cotisations.

Codes de nomenclature :

101010 (*)	Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis
101032 (*)	Consultation au cabinet par un médecin généraliste
101054 (****)	Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL)
101076 (*)	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité
101275 (**)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
101290 (**)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
101592 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant

101614 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie et accrédité, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant
102012 (*)	Consultation au cabinet par un autre médecin spécialiste
102034 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne
102071 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie
102093 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie
102115 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie
102130 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie
102152 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102174 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique
102196 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie
102211 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie
102255 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102270 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102292 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102314 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102336 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102351 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus

102373 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102410 (***)	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
102432 (***)	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures
102454 (***)	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
102476 (***)	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures
102491 (***)	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
102513 (***)	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures
102535 (*)	Consultation au cabinet par un autre médecin spécialiste accrédité
102550 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité
102572 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité
102594 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité
102616 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité
102631 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité
102653 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102675 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité ou médecin accrédité spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique et accrédité
102690 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité
102712 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité
102734 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie
102756 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie accrédité

102815 (*)	Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation
102830 (*)	Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité
102874 (*)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus
102933 (***)	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit
102955 (*)	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants
102970 (*)	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants
102992 (***)	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit
103014 (***)	Visite au domicile du malade par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite
103073 (***)	Visite en résidence communautaire de personnes handicapées par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste appelé. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite
103095 (***)	Supplément pour une consultation inhabituelle (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) inhabituelle du médecin généraliste
103110 (**)	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis
103132 (**)	Visite par le médecin généraliste
103213 (**)	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis
103235 (**)	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis

103250 (***)	Consultation par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie accrédité pour un patient qui présente une pathologie dermatologique chronique traitée de façon systémique par agent antinéoplasique (ATC L01) ou immunosuppresseur (ATC L04)
103412 (**)	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste
103434 (**)	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste
103456 (**)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie, et porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique
103471 (**)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique et accrédité
103736 (**)	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste en pédiatrie
103751 (**)	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie
103773 (**)	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie
103795 (**)	Visite dans un établissement où séjournt des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) par un médecin spécialiste en pédiatrie
103810 (**)	Visite dans un établissement où séjournt des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie
103832 (**)	Visite dans un établissement où séjournt des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie
103854 (***)	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
103876 (***)	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures
103891 (***)	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures
104215 (**)	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste
104230 (**)	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste
104252 (**)	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste

104296 (***)	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures
104311 (***)	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures
104333 (***)	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 18 et 21 heures
104510 (**)	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104532 (**)	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104554 (**)	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104591 (***)	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
104613 (***)	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures
104635 (***)	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures
104812 (**)	Visite au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie
104834 (**)	Visite au domicile du malade entre 21 heures et 8 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie
104856 (**)	Visite au domicile du malade du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie
104871 (**)	Visite au domicile du malade un jour férié, ce qui veut dire, depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour férié à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie
105092 (*****)	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie
105114 (*****)	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie, accrédité
105136 (*****)	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation

105151 (****)	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, accrédité
105173 (****)	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie
105195 (****)	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie, accrédité
105372 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105394 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105416 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105431 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105453 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en anesthésie et en réanimation, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105475 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en anesthésie et en réanimation accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105490 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurochirurgie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105512 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurochirurgie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105534 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie plastique, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105556 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie plastique accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105571 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gynécologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105593 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gynécologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105615 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en urologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant

105630 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en urologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105652 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en orthopédie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105674 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en orthopédie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105696 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en stomatologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105711 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en stomatologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105733 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en ophtalmologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105755 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en ophtalmologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105770 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine aiguë, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105792 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine aiguë accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105814 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine d'urgence, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105836 (****)	Consultation au cabinet par un médecin accrédité en médecine d'urgence, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105851 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105873 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105895 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radio-diagnostic, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105910 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiodiagnostic accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105932 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiothérapie et en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105954 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiothérapie et en oncologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant

105976 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine nucléaire, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
105991 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine nucléaire accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
106293 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
106315 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
106330 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
106352 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
106374 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant
106396 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant
106411 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique, porteur du titre professionnel particulier en microbiologie médicale, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant
106433 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique accrédité, porteur du titre professionnel particulier en microbiologie médicale, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant
106455 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en génétique clinique, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
106470 (****)	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en génétique clinique accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
109012 (***)	Avis
109045 (***)	Visite en hôpital psychiatrique par un médecin généraliste sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie

109060 (***)	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie
109082 (***)	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie
109336 (***)	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie
109351 (***)	Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance
109373 (***)	Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans
109395 (***)	Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans
109410 (***)	Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance
109432 (***)	Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient
109454 (***)	Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient

109513 (***)	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel
109535 (***)	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne
109550 (***)	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : à partir de la 3ème personne, par personne
109572 (***)	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne
109631 (***)	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel
109653 (***)	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne
109675 (***)	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie
109701 (***)	Visite dans un service Sp (soins palliatifs) par le médecin généraliste à la demande du patient ou d'un de ses proches
109723 (***)	Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant
109734 (***)	Supplément pour assistance médicale pendant le transfert urgent du patient en ambulance à l'hôpital par le médecin généraliste à l'occasion d'une visite à domicile

(*) D'application au 01/01/2017

(**) D'application au 01/01/2018

(***) D'application au 01/01/2019

(****) D'application au 01/07/2022

(*****) D'application au 01/07/2023

2. Soins intra-muraux

(numéro de code classification : 15/2)

Article 104

La mutualité organise un groupe de services « soins intra-muraux » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour court séjour, accueil de jour ou de nuit et hospitalisation – personnes accompagnantes.

Section 1 –Court séjour – Accueil de jour ou de nuit

1. Court séjour

Article 105

La mutualité organise un service « court séjour » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention dans les frais liés à un court séjour dans une institution reconnue par les pouvoirs publics compétents.

Article 106

Afin de pouvoir bénéficier de l'avantage de ce service, le membre doit satisfaire à une des conditions suivantes :

1. avoir subi une opération chirurgicale avec hospitalisation ou hospitalisation de jour ;
2. avoir eu une hospitalisation avec nuitée ;
3. ne pas pouvoir temporairement rester à la maison suite à l'absence de courte durée de l'aidant proche ou afin de soutenir l'aidant proche.
4. ne pas avoir pu exercer ses activités normales pendant une période ininterrompue d'au moins 60 jours, pour autant que cette période soit confirmée par une attestation du médecin traitant ou soit prouvée par des examens biocliniques et/ou radiologiques pathologiques.

Le séjour ne peut pas être une solution provisoire dans l'attente d'une admission définitive en maison de repos, ni une interruption temporaire d'un séjour en clinique.

Le séjour doit être immédiatement suivi d'un retour à domicile d'au moins 7 jours consécutifs.

Le membre doit déclarer ceci dans le formulaire de demande, prévu par la mutualité, prévoyant une déclaration sur l'honneur.

Article 107

L'intervention s'élève à maximum € 20 par nuitée avec une durée de séjour maximale de 21 nuitées par année calendrier.

Article 108

L'intervention est demandée au moyen du formulaire de demande prévu par la mutualité et est octroyée sur présentation de la facture de l'institution.

En cas de décès du membre durant la période du court séjour, cette intervention peut encore être accordée sur présentation de la facture et du formulaire de demande prévu à cet effet.

Les conditions afférentes au court séjour restent d'application.

2. Accueil de jour ou de nuit

Article 109

La mutualité organise un service « Accueil de jour ou de nuit » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 110

Le service octroie une intervention en cas de séjour temporaire de membres dans un centre de soins de jour ou de nuit reconnu par l'Agentschap Zorg en Gezondheid ou, par journée facturée, dans un centre de soins de jour ou de nuit reconnu par la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) ou dans un centre de soins de jour ou de nuit reconnu par la région de Bruxelles-Capitale ou par la région wallonne ou par « Personne handicapée – Autonomie recherchée » (PHARE) ou par l'« Agence pour une vie de qualité » (AVIQ).

L'intervention est fixée à € 3 par journée ou nuit facturée dans un centre de soins de jour reconnu par la région de Bruxelles Capitale, la région wallonne ou par la région flamande avec un maximum de 100 jours ou nuits par année calendrier.

L'intervention est accordée sur présentation de la facture de l'établissement reconnu.

Article 111

L'intervention est accordée sur présentation de la facture du centre visé à l'article 110.

Section 2 – Hospitalisation – personnes accompagnantes

Article 112

La mutualité organise un service « hospitalisation - personnes accompagnantes » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 113

- A. Le service octroie aux membres, à partir du deuxième jour d'hospitalisation, une intervention dans le coût qui, lors de l'hospitalisation d'un enfant jusqu'à 18 ans compris le jour de l'hospitalisation, est imputé pour les frais de séjour du père ou de la mère à charge duquel/de laquelle est inscrit l'enfant et qui dort dans la chambre de l'enfant hospitalisé.
- B. L'intervention peut également être allouée en cas de séjour en « hôtel hospitalier/maison de répit » du père ou de la mère à charge duquel/de laquelle est inscrit l'enfant.
L'intervention est accordée moyennant la remise de la facture d'hospitalisation et de la preuve de paiement correspondante.
- C. L'intervention est octroyée dans les frais liés au séjour d'un membre de la famille d'un enfant malade jusqu'à 18 ans compris qui séjourne avec cet enfant dans une institution reconnue comme maison de répit par l'Agentschap Zorg en Gezondheid ou par la Région de Bruxelles-Capitale ou par la région wallonne.
Le membre de la famille doit être domicilié à la même adresse que l'enfant malade.
L'intervention s'élève à € 10 par nuitée par membre de la famille affilié, avec un maximum de 14 nuitées par année calendrier.
L'intervention est payée sur présentation de la facture de l'institution reconnue.
- D. L'intervention est d'application pour les points A. – B. et C. ensemble et est fixée à € 10 par journée ou nuitée d'entretien avec un maximum de 14 nuitées par année calendrier.

3. Soins à domicile

- A. Réorientation et interventions individuelles
(numéro de code classification : 15/3)

Article 114

La mutualité organise un groupe de services « soins à domicile - réorientation » et « soins à domicile – interventions individuelles ». Le service « soins à domicile – interventions individuelles » octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour soins à domicile (garde à domicile pour enfants malades – soins infirmiers à domicile non remboursés en assurance obligatoire soins de santé et indemnités – soins post-natals) et pour aide familiale aux personnes âgées.

Article 115

Le membre, visé à l'article 57 des statuts, bénéficie auprès des ASBL soins à domicile avec lesquelles la mutualité a conclu un accord et énumérées ci-après, d'une réorientation vers des services soins à domicile adaptés à sa demande et ce, dans les domaines suivants :

- ☞ soins infirmiers ;
- ☞ service social ;
- ☞ kinésithérapie ;
- ☞ logopédie ;
- ☞ soins dentaires ;
- ☞ aide psychologique ;
- ☞ soins palliatifs ;
- ☞ garde-malade à domicile ;
- ☞ garde d'enfants malades à domicile ;
- ☞ babysitting ;
- ☞ ergothérapie ;
- ☞ aménagement des locaux ;
- ☞ petits travaux de bricolage à domicile ;
- ☞ prêt d'appareils de télévigilance ;
- ☞ prêt de matériel pour malades et handicapés ;
- ☞ distribution de repas à domicile ;
- ☞ pédicure ;
- ☞ coiffure ;
- ☞ aide familiale et aux personnes âgées
- ☞ aide-ménagère.

Les ASBL soins à domicile avec lesquelles la mutualité a conclu un accord sont les suivantes :

- ☞ « Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants – COSEDI Bruxelles »
- ☞ « Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants du Brabant Wallon – COSEDI Brabant Wallon »
- ☞ « Vereniging van Zelfstandige Verpleegkundigen en Vroedvrouwen ».

Les ASBL « Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants – COSEDI Bruxelles », « Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants du Brabant Wallon – COSEDI Brabant Wallon » et « Vereniging van Zelfstandige Verpleegkundigen en Vroedvrouwen » sont des associations de soins et services à domicile, respectivement actives à Bruxelles, en Brabant Wallon et en Brabant Flamand et à Bruxelles.

Sauf le paiement de la cotisation qui est prévue pour ce service dans le tableau des cotisations (MUTWEB), le membre bénéficie du service de coordination sans intervention financière complémentaire de sa part.

Section 2 - Soins à domicile

1. Garde à domicile pour enfants malades

Article 116

La mutualité organise un service soins à domicile - garde à domicile pour enfants malades qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 117

Le service octroie aux membres une intervention dans le coût de la garde pour leur(s) enfant(s) malade(s) par un service « garde à domicile pour enfants malades » jusqu'à 14 ans inclus reconnu par une autorité fédérale, communautaire, provinciale, régionale ou communale.

Pour bénéficier d'une intervention, l'enfant malade doit être soigné à domicile sur prescription du médecin.

L'intervention s'élève à € 13,50 par heure et est limitée à maximum 30 heures par année calendrier et par membre.

Article 118

L'intervention est accordée sur présentation de la facture d'un service « garde à domicile pour enfants malades ».

2. Soins post-natals

Article 119

La mutualité organise un service « soins post-natals » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 120

Si le membre fait appel à un service soins post-natals reconnu par une autorité fédérale, communautaire, provinciale, régionale ou communale, jusqu'à trois mois après la naissance (en cas d'accouchement à domicile ou en polyclinique) ou jusqu'à trois mois après la sortie de l'hôpital du nouveau-né, par nouveau-né qui est membre, une intervention dans le coût de € 5 par heure prestée, avec un maximum de 30 heures de soins post-natals est accordée.

Article 121

L'intervention est accordée sur présentation de la facture délivrée par le service de soins post-natals.

Les interventions soins post-natals et accompagnement Doula sont cumulables mais ne peuvent excéder le maximum de € 150 par nouveau-né

3. Accompagnement Doula

Article 122

La mutualité organise un service « accompagnement Doula » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 123

Si le membre fait appel à une Doula reconnue par l'Association francophone des Doulas de Belgique ou par la « Vlaamse Doulafederatie vzw erkende Doula », jusqu'à trois mois après la naissance (en cas d'accouchement à domicile ou en polyclinique) ou jusqu'à trois mois après la sortie de l'hôpital du nouveau-né, par nouveau-né qui est membre, une intervention forfaitaire dans le coût de € 150 est accordée

Article 124

L'intervention est payée sur présentation de la facture délivrée par le service d'accompagnement Doula.

Les interventions accompagnement Doula et soins postnatals peuvent être cumulées, mais l'intervention totale ne peut jamais être supérieure à € 150 par nouveau-né ni excéder le coût total payé.

Section 3 - Aide familiale et aux personnes âgées

Article 125

La mutualité organise un service, qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention pour aide familiale et aux personnes âgées suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 126

Le montant de l'intervention est fixé à € 0,30 par heure prestée avec un maximum de € 60 par année calendrier.

Article 127

Les conditions d'intervention sont les suivantes :

1. L'intervention est payée aux membres sur présentation d'une facture établie par un service d'« aide familiale et aux personnes âgées » qui est reconnu et subsidié soit par la Région de Bruxelles-Capitale, soit par la Région wallonne, soit par la Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles), soit par la Communauté flamande.
2. L'intervention n'est due qu'une seule fois pour chaque heure prestée.
3. Il n'y a pas d'intervention pour :
 - a) l'aide-ménagère fournie par un service « aide-ménagère » qui est reconnu et subsidié, soit par la Région de Bruxelles-Capitale, soit par la Région wallonne, soit par la Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles), soit par la Communauté flamande ;
 - b) l'aide à domicile de nature ménagère, l'aide-ménagère, ou pour l'aide à domicile pour personnes âgées, malades ou handicapées, qui est fournie dans le cadre du système des titres services, instauré par la loi du 20 juillet 2001 visant à favoriser le développement de services et d'emplois de proximité et l'arrêté royal du 12 décembre 2001, pris en exécution de cette loi.

B. Matériel médico-sanitaire et matériel d'incontinence (numéro de code classification : 15/4)

Section 1 - Matériel médico-sanitaire

Article 128

La mutualité organise un service qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention de 15 % dans le coût de la vente ou du prêt de chaque matériel médico-sanitaire vendu ou loué par un des magasins de soins ML/LM.

L'intervention est payée sur présentation d'une facture par le membre ou d'une liste établie par un des magasins de soins ML/LM et transmise à la mutualité.

Section 2 - Matériel d'incontinence

Article 129

La mutualité accorde une intervention aux personnes souffrant d'incontinence et étant donc dépendantes de l'utilisation de protections absorbantes, ce qui a été établi sur base d'un certificat médical.

L'intervention s'élève à 50 % du prix d'achat du matériel, avec un maximum global de € 200 par année calendrier, acheté dans un des magasins de soins ML/LM.

Article 130

Après présentation de la facture d'achat, l'intervention sera payée.

L'intervention n'est pas accordée :

- aux membres ou à leurs personnes à charge qui ne sont pas soignés à domicile
- aux membres ou à leurs personnes à charge qui peuvent bénéficier, via l'assurance obligatoire, d'un forfait incontinence avec numéro de nomenclature 740191.

Article 131

L'intervention est accordée pour les membres qui, en assurance obligatoire soins de santé et indemnités, bénéficient du forfait incontinence pour les personnes dépendantes ou du forfait pour incontinence urinaire non traitable.

4. Transport et frais de déplacement

Section 1 - Transport de malades
(numéro de code classification : 15/5)

Article 132

Le service transport de malades accorde aux membres de la mutualité une intervention dans les frais de transport de malades ou de transport sanitaire sur le territoire belge.

Transport non-urgent – catégorie A

La mutualité accorde une intervention pour les frais de transport non-urgents pour les raisons suivantes :

1. début et fin d'une hospitalisation ;
2. hospitalisation de jour ;
3. revalidation cardiaque et revalidation multidisciplinaire ;
4. soins post-opératoires après une transplantation d'organe ;
5. début et fin d'une admission dans un centre de convalescence, à condition que l'admission ait lieu immédiatement après une hospitalisation ;
6. début et fin d'une admission dans un centre de soins, à condition que l'admission ait lieu immédiatement après une hospitalisation.

L'intervention est accordée à condition que le transport soit demandé auprès de la centrale d'alarme mutualiste MUTAS – ASBL, à l'exception du transport par véhicule personnel ou par des bénévoles. La centrale MUTAS détermine quel moyen de transport est le plus approprié.

A titre de mesure transitoire, il peut être dérogé à la condition que le membre doive faire appel à la centrale d'alarme MUTAS si le nombre de transporteurs auxquels MUTAS peut faire appel, n'est à ce moment pas suffisant pour répondre à la demande.

Dans ce cas, l'intervention est également calculée sur base des tarifs qui sont d'application pour les transporteurs avec lesquels MUTAS a conclu une convention.

L'intervention est déterminée comme suit :

a) Transport couché en ambulance

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 50 par trajet ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

b) Transport en chaise roulante

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 30 par trajet ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

c) Transport assis en taxi

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 20 par trajet ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

d) Transport par des bénévoles

- ⇒ le remboursement s'élève à € 0,25 par km, par trajet.

e) Transport par véhicule personnel

- ⇒ le remboursement s'élève à € 0,15 par km, par trajet.

Transport non-urgent – catégorie B

La mutualité accorde une intervention pour les frais de transport non-urgents pour les raisons suivantes :

1. dans le cadre d'une dialyse ;
2. dans le cadre d'un traitement oncologique.

L'intervention est accordée à condition que le transport soit demandé auprès de la centrale d'alarme mutualiste MUTAS – ASBL, à l'exception du transport par véhicule personnel ou par des bénévoles. La centrale MUTAS détermine quel moyen de transport est le plus approprié.

A titre de mesure transitoire, il peut être dérogé à la condition que le membre doit faire appel à la centrale d'alarme MUTAS si le nombre de transporteurs auxquels MUTAS peut faire appel, n'est à ce moment pas suffisant pour répondre à la demande.

Dans ce cas, l'intervention est également calculée sur base des tarifs qui sont d'application pour les transporteurs avec lesquels MUTAS a conclu une convention.

L'intervention est déterminée comme suit :

1. Pour le transport dans le cadre d'une dialyse :

a) Transport couché en ambulance

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 12 par trajet pour les bénéficiaires ordinaires et à € 6 par trajet pour les membres qui bénéficient d'un statut social comme visé 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 ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

b) Transport en chaise roulante, transport assis en taxi, transport par des bénévoles

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 6 par trajet pour les bénéficiaires ordinaires et à € 3 par trajet pour les membres qui bénéficient d'un statut social comme visé 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 ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

2. Pour le transport dans le cadre d'un traitement oncologique :

a) Transport couché en ambulance

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 20 par trajet pour les bénéficiaires ordinaires et à € 10 par trajet pour les membres qui bénéficient d'un statut social comme visé 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 ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

b) Transport en chaise roulante, transport assis en taxi, transport par des bénévoles

- ⇒ le ticket modérateur s'élève à € 10 par trajet pour les bénéficiaires ordinaires et à € 5 par trajet pour les membres qui bénéficient d'un statut social comme visé 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 ;
- ⇒ ce ticket modérateur est directement payé par le membre au transporteur ;
- ⇒ le solde de la facture est pris en charge par la mutualité et payé, le cas échéant, à MUTAS via le système du tiers-payant ;

Modalités de remboursement pour transport non-urgent de malades catégorie A et B

L'intervention maximale s'élève à € 5.000 par membre et par année calendrier. Les prestations prises en compte pour déterminer le plafond susmentionné sont celles octroyées à partir du 1^{er} juillet 2023.

Le ticket modérateur est un montant fixe qui doit être payé par le membre au transporteur.

Par trajet, il est entendu un trajet aller ou un trajet retour.

Si le transport de malades n'est pas assuré par MUTAS, le remboursement est effectué sur présentation de la facture du transport à la mutualité.

Les interventions légales qui, pour ce qui concerne le transport de malades sont prévues en assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont portées en diminution des interventions reprises sous la catégorie B et réglées avec MUTAS via le régime du tiers-payant.

L'utilisation de transport organisé par MUTAS implique que les patients traités par dialyse ou oncologie doivent renoncer à leur intervention légale pour transport de malades en faveur de la mutualité.

Des éventuels suppléments facturés, comme transport le dimanche ou les jours fériés, trajets en dehors des heures normales et oxygène lors du transport A et B organisé par MUTAS, sont pris en charge par la mutualité avec un maximum de € 20 par trajet.

Par transport par véhicule personnel, il faut entendre : transport par la voiture du membre même ou d'un tiers qui n'est pas lié à une organisation de bénévoles.

Pour déterminer le nombre de kilomètres, le plus court chemin depuis le domicile du bénéficiaire ou le lieu où il est pris en charge jusqu'à l'établissement de soins.

Pour la dialyse, l'attestation prévue dans la réglementation des prestations médicales doit être introduite.

La distance maximale remboursable relative au transport pour se rendre au centre de dialyse s'élève à 60 km par trajet, sauf s'il n'y a pas de centre de dialyse dans un rayon de 30 km ou si le bénéficiaire est âgé de moins de 14 ans ou si le bénéficiaire est un enfant de 14 ans ou plus qui, en raison de sa pathologie, a besoin d'un traitement de dialyse dont les modalités techniques en matière d'exécution et d'environnement clinique sont particulièrement adaptées à l'enfant.

Pour le transport dans le cadre d'un traitement oncologique, l'attestation prévue par l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, doit être introduite.

Pour le transport de catégorie A, un certificat médical doit toujours être joint, sauf en cas d'hospitalisation. De plus, une facture du transporteur doit également être jointe.

Pour obtenir l'intervention pour transport par véhicule personnel de catégorie A, un formulaire de demande de la mutualité doit également être présenté.

Transport par hélicoptère – clinimobile

L'intervention de la mutualité s'élève à 50 % de la facture, avec un maximum de € 250 par facture.

Transport de malades avec assistance médicale

Une intervention est accordée pour transport de malades avec assistance médicale entre 2 hôpitaux.

L'intervention s'élève à 50 % de la facture avec un maximum de € 100 par facture.

Pour obtenir une intervention, un certificat du médecin traitant justifiant la nécessité de ce transport est exigé.

Transport de malades non-urgent pour lequel aucune intervention n'est prévue dans les services complémentaires

Transport aller/retour suite à l'obtention par une personne hospitalisée d'une autorisation de résider pendant quelques jours ailleurs que dans l'établissement où elle est admise.

Transport du domicile du bénéficiaire vers une maison de repos ou de soins, ou inversement.

Transport pour se rendre dans un établissement en vue de suivre une cure thermale.

Transport pour se rendre à un contrôle médical dans le cadre de l'assurance maladie invalidité obligatoire.

Intervention dans la cotisation pour transport par des bénévoles

S'il est fait appel à une organisation de bénévoles, une intervention dans la cotisation due à l'organisation sera accordée au membre, avec un maximum de € 10 par an.

L'intervention est accordée sur présentation d'une attestation de l'association reconnue avec mention du montant de la cotisation payée.

5. Indemnités uniques

Section 1 - Naissance - adoption.
(numéro de code classification : 15/6)

1. Colis maternité et avantages naissance

Colis maternité

Article 133

A partir du 4^{ème} mois de grossesse, chaque futur parent reçoit un colis maternité en guise de soutien à la jeune famille. Ce colis contient des brochures informatives sur la grossesse et l'accouchement et un bon d'achat d'une valeur de € 80, à titre d'intervention dans les frais de layette, à dépenser dans les magasins de soins ML/LM.

Le colis maternité est attribué au futur parent qui est membre dans la période comprise entre le 4^{ème} mois de grossesse et avant l'accouchement.

Le colis maternité est accordé sur présentation du formulaire de demande, prévu à cet effet par la mutualité, complété par le médecin généraliste, la sage-femme ou le gynécologue.

Avantages naissance

Article 134

Au moment de la naissance / adoption plénière définitive / placement familial et par enfant né, adopté ou placé :

- les membres reçoivent une prime de € 40 par parent. Cette prime est accordée en plus de la prime de l'Union Nationale
- chaque parent qui est membre reçoit, en guise de soutien à la jeune famille, une intervention dans les frais de layette, sous la forme d'un bon d'achat d'une valeur de € 100, à dépenser dans les magasins de soins ML/LM.

La prime et le bon d'achat sont accordés sur présentation d'un extrait digital ou papier de l'acte de naissance ou de l'acte de reconnaissance ou d'une attestation d'adoption plénière définitive ou d'un formulaire de la mutualité complété ou d'une attestation délivrée par un service d'accueil certifiant qu'il s'agit d'un placement de longue durée, c'est-à-dire supérieur à 1 an, pour un enfant de moins de 2 ans.

2. Monitoring mort subite du nourrisson

Article 135

Une intervention de maximum € 90 par mois est accordée avec un maximum de 12 mois dans les frais de location d'un moniteur de surveillance respiratoire contre la mort subite du nourrisson.

Article 136

L'intervention est accordée sur présentation de la facture.

3. Traitement thérapeutique de problèmes urinaires

Article 137

Une intervention unique de 50 %, avec un maximum de € 100, est accordée dans les frais du traitement thérapeutique de problèmes urinaires sur prescription d'un médecin

L'intervention est accordée jusqu'à 18 ans compris.

Article 138

L'intervention est accordée sur présentation de la prescription d'un médecin et doit être demandée au moyen du formulaire de demande prévu à cet effet par la mutualité.

4. Intervention garde d'enfants

Article 139

La garde d'enfants stimule les enfants dans leur développement physique et psychique et leurs compétences sociales.

Pour favoriser le bien-être des jeunes enfants et afin de soutenir les jeunes parents, ce service accorde, pour chaque enfant âgé de 0 à 3 ans, une intervention de € 60 par année calendrier dans le prix du séjour dans un milieu d'accueil reconnu, subsidié ou contrôlé par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la communauté française, par « Kind en Gezin » (K&G) pour la communauté flamande, par le gouvernement de la communauté germanophone ou par la Commission Communautaire Commune.

L'intervention ne peut jamais dépasser le prix de la garde.

Article 140

L'intervention est obtenue sur présentation de la facture relative aux frais de garde établie par le milieu d'accueil ou d'un formulaire de demande prévu à cet effet par la mutualité.

6. Indemnités et interventions diverses

Section 1 - Fonds social
(numéro de code classification : 15/7)

Article 141

La mutualité organise un service fonds social qui peut octroyer une intervention aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts suivant les conditions reprises ci-après.

Article 142

a) Bénéficiaires

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

b) Conditions

Entrent en considération pour une intervention, des frais exceptionnels et élevés en conséquence de l'état de santé, d'un traitement médical ou de soins :

⇒ qui ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention dans le cadre de la Protection sociale flamande ou de la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé ;

- ⇒ après déduction de l'intervention payée ou encore à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le fonds des maladies professionnelles et de toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, organisme ou institution ;
- ⇒ qui ont été encourus durant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention.

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

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

c) Intervention

L'intervention prévue dans ce service :

- ⇒ est seulement octroyée à condition que le montant total des frais s'élève au minimum à € 500 ;
- ⇒ s'élève à 75 % des frais pris en considération à charge du bénéficiaire ;
- ⇒ est limitée à un maximum de € 1.000 par dossier ;
- ⇒ est limitée à un maximum de € 1.500 par année civile.

Pour les bénéficiaires avec un statut social au sens de 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, le montant total de l'intervention (l'addition de l'intervention de l'entité mutualiste et d'une autre intervention éventuellement octroyée en vertu d'une disposition légale ou réglementaire) ne peut pas être inférieur à celui octroyé aux autres membres.

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

d) Pièces justificatives

L'intervention est octroyée sur présentation:

- ⇒ d'une demande par le bénéficiaire ;
- ⇒ d'une attestation du médecin spécialiste traitant indiquant la nécessité médicale du traitement ou des soins ;
- ⇒ de factures, notes de frais qui attestent des frais exceptionnels et élevés à charge du membre ;
- ⇒ du rapport social du service social de la mutualité.

Section 2 – Intervention dans la cotisation auprès d'un organisme d'assistance reconnu

Article 143

La mutualité organise un service intervention dans la cotisation auprès d'un organisme d'assistance reconnu qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 144

Une intervention est accordée aux membres qui reçoivent un budget d'assistance personnelle ou un budget d'aide individuelle de la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » ou de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et/ou d'Iriscare et qui payent une cotisation à l'un des organismes d'assistance, reconnus par la « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » et repris à l'annexe 4 des statuts qui en fait partie intégrante ou par l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et/ou par Iriscare.

Article 145

L'intervention maximale est de € 50 par personne et par année calendrier.
L'intervention est accordée sur présentation d'une attestation d'inscription, délivrée par l'organisme d'assistance, mentionnant au moins les données d'identification du membre et de l'organisateur, la période d'adhésion, le montant payé et la date.

7. Bien-être

Article 146

La mutualité organise un groupe de services « bien-être » dont ressortent les services « jeunesse - interventions individuelles », « mouvement de jeunesse – plaine de jeux en externat et séjour avec nuitée » et « éducation à la santé et activités pour invalides ».

Section 1 - Jeunesse - Interventions individuelles (numéro de code classification : 15/8)

Article 147

La mutualité organise un service « jeunesse – interventions individuelles » qui octroie aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, une intervention suivant les tarifs et aux conditions ci-après.

Article 148

1. L'intervention s'élève à € 3 par nuitée pour les enfants de 2 à 18 ans inclus qui participent à un séjour avec nuitée, organisé en groupe par une école, un mouvement de jeunesse ou sportif, durant les vacances scolaires (y compris le week-end précédant cette période) avec un maximum de 10 nuitées par année calendrier et pour autant que le séjour n'est pas organisé par une association avec laquelle la Mutualité Libérale MUTPLUS.be ou l'Union Nationale de Mutualités Libérales a conclu un accord de collaboration.
2. En plus de l'intervention accordée par l'Union Nationale des Mutualités Libérales, une intervention de € 3,80 par jour est accordée pour les enfants de 2 à 18 ans inclus qui participent à des activités de plaines de jeux organisées dans le cadre de l'externat, pendant les vacances scolaires (y compris le week-end précédant cette période) avec un maximum de 20 jours par année civile.

Les vacances de sport, de langues, d'étude, de musique et thématiques en externat entrent également en ligne de compte

3. En plus de l'intervention accordée par l'Union Nationale des Mutualités Libérales, une intervention de € 1 par nuitée avec un maximum de 10 nuitées par année civile, est accordée pour les enfants qui participent à des classes de dépaysement et de découverte organisées dans le cadre de l'école.

Sont considérées comme des classes de dépaysement et de découverte :

- ⇒ les activités de plus d'un jour scolaire, organisées pour les élèves d'une classe et qui ont lieu en dehors de l'école, les élèves étant obligés de suivre ces cours ou de participer à ces activités. ;
- ⇒ les périodes de travail intégrées ou les classes de plein air, comme les classes de forêt, de bruyère, de mer, de ville et de polders, de neige, les excursions pédagogiques et les voyages scolaires, les projets linguistiques et d'échanges, les projets d'intégration entre les élèves de différentes écoles et de différents niveaux d'enseignement.

Les séjours précités doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- ⇒ un séjour de plusieurs jours dans le cadre de l'internat ;
Pour les enfants de l'enseignement maternel, l'intervention s'applique également lorsque la classe de dépaysement et de découverte se déroule dans le cadre d'un externat.
- ⇒ organisé par une école pendant les heures de cours les jours de la semaine et/ou lors du week-end suivant ;
Les séjours organisés pendant les mois de juillet et août ne sont pas pris en considération.
- ⇒ pour les enfants qui suivent l'enseignement maternel, primaire ou secondaire.

Pour bénéficier des interventions prévues aux points 1., 2. et 3. il faut être membre de la mutualité et en règle de cotisations le jour de la dépense qui fait naître le droit à l'avantage.

Article 149

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.

L'intervention reprise au point 3 est versée sur présentation du formulaire dûment complété par la direction de l'école « intervention classes de mer, de forêt, de bruyère, de ville et de neige (avec nuitée) » ou d'une attestation délivrée par l'école, mentionnant au minimum les données d'identification du membre et de l'établissement scolaire, les dates auxquelles il y a eu une participation et le prix de revient total.

Section 2 – Mouvement de jeunesse – Plaine de jeux en externat et séjour avec nuitée

Article 150

Le service octroie une intervention de maximum € 15 par année calendrier dans les frais d'adhésion à un mouvement de jeunesse reconnu par l'autorité compétente.

Article 151

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention, le membre doit faire compléter par le mouvement de jeunesse le formulaire de demande prévu à cet effet par la mutualité.

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention, il faut être membre de la mutualité le jour du paiement des frais d'adhésion.

Section 3 – Education à la santé – Octroi d'une draisienne ou d'une trottinette (numéro de code classification : 15/9)

Article 152

La mutualité organise un service « éducation à la santé - octroi d'une draisienne ou d'une trottinette ».

En vue de promouvoir l'exercice physique et le développement de la motricité et des sens, le service octroie, à chaque enfant affilié, âgé de 2 ans et de façon unique, au choix, une draisienne ou une trottinette.

Article 153

La mutualité organise un service « éducation à la santé - sport » qui octroie une intervention aux bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts qui pratiquent un sport réclamant un effort physique repris sur une liste établie par la mutualité (voir annexe 3) et qui paient des frais de membre, d'affiliation, d'inscription ou d'abonnement :

- a) à un club sportif ou à une infrastructure sportive agréé(e) par une autorité fédérale, communautaire, provinciale, régionale ou communale ou
- b) à une association dont l'activité principale est l'organisation d'un sport repris sur la liste des sports agréés par la mutualité ou
- c) à une organisation qui organise des activités sportives consécutives aux heures d'école ou
- d) dans un centre de fitness agréé par la fédération officielle ou
- e) pour un cours de bébé nageurs (pour le parent et pour l'enfant) ou
- f) pour l'initiation au jogging ou
- g) pour une activité sportive organisée par la mutualité ou une activité sportive organisée par un club sportif ou un service agréé par une autorité fédérale, provinciale, régionale ou communale ou une association dont l'activité principale est l'organisation d'un sport repris sur la liste des sports agréés par la mutualité.

En cas d'utilisation d'une infrastructure sportive agréée, l'intervention est accordée à condition que, par année civile, l'achat d'une carte d'au moins 10 séances ou l'achat d'un abonnement qui couvre trois mois, successifs ou non, soit attesté.

Les frais d'inscription pour un cours de sport dans un club sportif entre en ligne de compte pour un remboursement si au moins 10 séances dans la même branche sportive sont suivies par année civile.

L'activité sportive doit être exercée dans un cadre non professionnel et non rémunéré.

L'intervention atteint maximum € 15 par personne et par année civile.

Une intervention est également octroyée pour un abonnement familial à tous les membres de la famille domiciliés à la même adresse, à condition que tous les membres de la famille précités soient affiliés à la mutualité. Cet abonnement permet aux membres de la même famille de faire du sport.

A l'achat d'un abonnement familial, chaque membre de la famille a droit à € 15 maximum, à condition que le coût total de l'abonnement soit égal ou supérieur à la somme des interventions pour tous les membres de la famille pour qui l'abonnement est valable.

Si le coût de l'abonnement familial est inférieur à la somme des interventions des membres de la famille pour qui l'abonnement est valable, l'intervention est uniformément répartie parmi tous les membres bénéficiaires de la famille.

Les différentes formes d'interventions peuvent être combinées mais le montant maximum prévu de € 15 par membre par année civile ne peut pas être dépassé.

En cas d'affiliation à un centre de fitness, l'intervention est accordée à condition que, par année civile, l'achat d'une carte de 10 séances ou l'achat d'un abonnement qui couvre trois mois successifs ou pas, soit attesté.

Les frais d'inscription pour un cours de sport dans un club sportif entrent également en ligne de compte pour un remboursement si au moins 10 séances dans la même branche sportive sont suivies par année civile.

Le membre doit être affilié à la mutualité et en règle de cotisations au moment du paiement des frais d'inscription pour bénéficier de l'intervention.

Article 154

L'intervention est accordée sur présentation du formulaire de demande établi par la mutualité et dûment complété, daté et signé ou d'une attestation délivrée par l'organisateur, en y indiquant au moins le type de sport, les données d'identification du membre et de l'organisateur, la période d'affiliation (pour les demandes reprises aux points a), b), c), d), e) ou f)), le coût et la date.

Section 5 – Education à la santé et activités pour invalides

Article 155

1. Dispositions communes

Ce service coordonne l'éducation à la santé et les activités pour invalides et est organisé pour les bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts.

2. Section éducation à la santé

Ce service est créé dans le cadre des dispositions de l'article 3 b) de la loi du 6 août 1990 et a pour objet de coordonner les actions qui entrent en considération pour l'Office de Contrôle des Mutualités pour l'évaluation du critère 10 de l'arrêté royal du 28 août 2002 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration (modifié par l'arrêté royal du 21/12/2006).

Conformément aux dispositions de l'article 2.10° de l'arrêté royal précité, les actions entreprises par la mutualité doivent concerner : « des actions en vue de favoriser l'éducation à la santé et d'encourager le recours à des formules moins onéreuses de soins de santé, sans toutefois nuire à la qualité de ceux-ci ».

Afin de réaliser les objectifs de ce service, des initiatives et des mesures peuvent être développées et des moyens peuvent être mis à la disposition d'un individu ou d'un groupe d'individus en vue de promouvoir un mode de vie sain, d'améliorer les conditions de santé, de prévenir des maladies et de stimuler l'utilisation de formules de soins de santé moins onéreuses.

Pour cela la mutualité peut :

- a) participer au fonctionnement de l'éducation à la santé organisée par l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;
- b) organiser des réunions, des cours, des forums ou des conférences ainsi que diffuser des publications occasionnelles ou régulières en vue de l'éducation à la santé des membres ;
- c) agir en coordination lors de la désignation des représentants dans les associations qui s'occupent directement ou indirectement de l'éducation à la santé.

Sauf le paiement de la cotisation qui est prévue pour ce service dans le tableau des cotisations (MUTWEB), le membre bénéficie du service sans intervention financière complémentaire de sa part.

Par ailleurs, il n'est octroyé, via le service éducation à la santé, aucune intervention financière envers les membres.

3. Section Activités pour Invalides

a) Le service a pour but d'assurer l'intégration ou la réintégration dans la société des handicapés et des invalides.

Par handicapé, on entend le membre qui est reconnu comme handicapé par le SPF de la sécurité sociale.

Par invalide, on entend le membre qui est reconnu en invalidité par l'I.N.A.M.I. après un an d'incapacité primaire.

A cette fin, le service organise des activités sociales et culturelles, telles que séjours, voyages, rencontres, réunions, services et autres, qui ne visent pas uniquement les besoins et les aspirations des personnes concernées ainsi que leur famille, mais aussi toutes les formes d'éducation permanente.

b) Par ses propres publications ou en collaborant à d'autres publications, le service peut fournir à ses membres et à leur famille, l'information ayant trait à la réalisation du but poursuivi.

c) Les activités peuvent être organisées par le service même ou en collaboration avec les « Centres de Service Social et d'Aide aux Personnes » de la mutualité.

8. Information

Section 1 - Aide et assistance juridique
(numéro de code classification : 15/10)

Article 156

1. La mutualité organise un service d'aide et d'assistance juridiques pour les bénéficiaires visés à l'article 57 des statuts, sur base de l'article 39 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

2. Le service assure, en collaboration avec l'Union Nationale visée à l'article 4 des présents statuts :

- la défense juridique à l'égard de tiers dans le cadre des services visés à l'article 3, b) et c) de la loi du 6 août 1990 ainsi qu'à l'article 67, 5^{ème} alinéa, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- la défense des droits individuels et collectifs qui résultent des accords et conventions visés au titre III, chapitre 5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès et de redressement financier.

3. Le service d'aide et d'assistance juridique prévoit l'octroi d'une intervention dans les frais d'honoraires d'avocat, réclamés lors de la première consultation, avec un maximum de € 150.

La consultation précitée doit concerner :

- des litiges liés à des prestations en matière de soins de santé
- des litiges liés à une faute médicale.

4. L'intervention est octroyée moyennant présentation de la facture de l'avocat ainsi que d'une attestation dont il ressort qu'il s'agit d'un litige dans les matières visées au point 3.

5. Sauf le paiement de la cotisation qui est prévue pour ce service dans le tableau des cotisations (MUTWEB), le membre bénéficie du service sans intervention financière complémentaire de sa part.

Section 2 - Information périodique des membres
(numéro de code classification : 37/1)

Article 157

La mutualité organise un service information périodique aux membres qui a pour but la diffusion du journal bimestriel « La Mutualité Libérale », avec de l'information régionale et nationale.

Via ce service :

- a) sont payés les frais de port concernant l'envoi du journal précité ;
- b) est financée l'impression des pages régionales supplémentaires.

Section 3 - Aide sociale - Administration de quatre Centres de Service Social
et d'Aide aux Personnes
(numéro de code classification : 37/2)

Article 158

1. Au sein de la mutualité, fonctionnent quatre Centres de Service Social et d'Aide aux Personnes.

Ils sont respectivement reconnus :

- a) par la Commission Communautaire Commune de la Région Bruxelles Capitale (COCOM), sur base des dispositions de l'A.R. du 14 mars 1978 déterminant, pour la région bruxelloise, les règles d'agrément des Centres de Service Social et d'Aide aux Personnes et d'octroi de subventions à ces centres, modifié par l'ordonnance bruxelloise du 7 novembre 2002 ;
- b) par le Ministère de la Communauté Flamande, section aide aux personnes, par arrêté ministériel du 5 décembre 2002, et ayant pour mission, conformément aux principes de travail et aux dispositions du « Woonzorgdecreet » du 15 février 2019 et du décret du gouvernement flamand du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions de reconnaissance et au programme de subvention pour les infrastructures d'habitations de soins et les associations de bénéficiaires et d'aidants proches, pour autant que ceux-ci ne soient pas en contradiction avec la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et avec la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
- c) par le Ministère de la région Wallonne, par arrêté ministériel du 30 avril 1975 et du 13 février 2004.

Pour l'exercice des activités des centres précités, les sièges sont sis respectivement à Wavre et à Tournai.

2. Ces centres, ouverts à tous les membres, ont pour mission, suivant les méthodes en vigueur dans la profession d'assistance sociale, d'accorder aux personnes et familles qui en font la demande, une aide sociale, psychosociale et juridico-sociale dans le but de surmonter ou d'améliorer les situations critiques qui entravent leur épanouissement ou le fonctionnement social général.
 Pour réaliser cette mission, les centres précités ont en outre pour tâches :
 - a) de saisir les situations dans leurs globalités en offrant un premier accueil et une analyse de la situation et d'assurer également l'accompagnement et le suivi de l'utilisateur ;
 - b) de développer le lien social et d'assurer à l'utilisateur un meilleur accès aux équipements collectifs en soins de santé et aux droits fondamentaux en la matière ;
 - c) de solliciter la participation active de la personne aidée et de son entourage ;
 - d) d'offrir l'aide et les services aux personnes qui, pour cause de maladie, de handicap, de vulnérabilité sociale ou financière, se trouvent dans une situation difficile, ainsi qu'à leurs aidants proches, afin d'augmenter leur autonomie, de favoriser leur intégration et leur participation sociale et de leur donner accès aux structures sociales.
3. Les Centres de Service Social et d'Aide aux Personnes de la mutualité exécutent leur mission par :
 - a) la promotion d'un service général et accessible donnant information, avis et soutien ;
 Les centres précités conseillent le demandeur d'aide, plus spécifiquement sur la réglementation en assurance obligatoire soins de santé et indemnités et le soutiennent lors de l'ouverture et du maintien de ses droits sociaux.
 - b) la contribution au premier accueil des membres qui se trouvent en situation problématique ou risquent d'y être confrontés ;
 - c) le fait de fournir information et connaissance concernant les équipements de la société qui peuvent contribuer à la promotion du bien-être physique, psychique et social des membres ;
 - d) le renvoi des membres où cela est utile vers des assistants et services spécialisés ;
 - e) la stimulation de l'intégration sociale et de la participation des groupes cibles ;
 - f) l'accompagnement de soins dans des situations complexes de soins à domicile ;
 Ces centres offrent de l'aide lors de l'organisation de soins à domicile. Ils optimisent et rendent ce soin réalisable par le soutien, l'organisation et le suivi, éventuellement sur base d'une concertation de soins et d'un plan de soins.
 - g) l'approche proactive de personnes avec un soupçon de dépendance de soins, plus particulièrement l'approche de manière systématique des personnes qui ont une indication de dépendance de soins et leur octroyer, sans engagement, de l'aide au moment où cela leur est important.

Afin de réaliser les objectifs des Centres de Service Social et d'Aide aux personnes, plus particulièrement en tant qu'intermédiaire en matière de soins à domicile, il peut être fait appel aux ASBL énumérées à l'article 115 des présents statuts, avec lesquelles un accord a été conclu dans le cadre de l'organisation des soins à domicile, à savoir COSEDI Bruxelles - COSEDI Brabant Wallon et "Vereniging van Zelfstandige Verpleegkundigen en Vroedvrouwen".

Sauf le paiement de la cotisation qui est prévue pour ce service dans le tableau des cotisations (MUTWEB), le membre bénéficie du service de coordination sans intervention financière complémentaire de sa part.

Par ailleurs, les Centres de Service Social et d'Aide aux Personnes n'octroient aucune intervention financière envers les membres.

9. Subventionnement de structures socio-sanitaires

(numéro de code classification : 38)

Article 159

Objet du service

La mutualité organise un service qui a pour objet le subventionnement de structures socio-sanitaires, comme mentionné à l'article 1-5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 précitée.

Fonctionnement du service

- ⇒ Ce service n'octroie aucun avantage qui ouvre un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.
- ⇒ Les structures socio-sanitaires subventionnées n'accordent, d'aucune manière, aux membres, des avantages qui ne sont pas également octroyés aux autres personnes qui participent aux activités organisées par ces structures.

Ce service se compose des trois parties ci-après :

1. Subventionnement de structures socio-sanitaires - jeunesse

- L'ASBL « Œuvres Sociales de la Mutualité Libérale du Brabant » et l'ASBL « JML-Brabant » peuvent être subventionnées par la mutualité pour les activités qu'elles organisent en tant que structures socio-sanitaires. Les ASBL précitées ont pour but de stimuler l'épanouissement humain dans son ensemble ainsi que la santé des jeunes afin de promouvoir leur bien-être physique, psychique et social. L'objet plus détaillé de chaque ASBL séparément est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante. Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) aux ASBL précitées ainsi que le montant qui a été payé réellement durant l'exercice précédent (= année n-1), sont également mentionnés à l'annexe 2 des présents statuts.

- L'ASBL « CELHO » peut être subventionnée par la mutualité pour les activités qu'elle organise en tant que structure socio-sanitaire.
L'ASBL précitée a pour but de promouvoir l'éducation permanente des adultes et des jeunes, afin de leur permettre une plus grande participation et une meilleure prise de conscience de la société.
L'objet plus détaillé de l'ASBL est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.
Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) à l'ASBL précitée, est également mentionné à l'annexe 2 des présents statuts.

2. Subventionnement de structures socio-sanitaires - seniors

- L'ASBL « Œuvres Sociales de la Mutualité Libérale du Brabant », l'ASBL « Fédération Libérale des Pensionnés du Brabant » et l'ASBL « Liberaal Seniorenknooppunt Vief Brabant » peuvent être subventionnées par la mutualité pour les activités qu'elles organisent en tant que structures socio-sanitaires.
Les ASBL précitées ont pour but de stimuler l'épanouissement humain dans son ensemble ainsi que la santé des seniors afin de promouvoir leur bien-être physique, psychique et social.
L'objet plus détaillé de chaque ASBL séparément est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.
Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) aux ASBL précitées ainsi que le montant qui a été payé réellement durant l'exercice précédent (= année n-1), sont également mentionnés à l'annexe 2 des présents statuts.
- L'ASBL « FLPHO » peut être subventionnée par la mutualité pour les activités qu'elle organise en tant que structure socio-sanitaire.
L'ASBL précitée a pour but de coordonner et de développer, dans tous les domaines, les moyens propres à promouvoir le bien-être des seniors.
L'objet plus détaillé de l'ASBL est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.
Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) à l'ASBL précitée, est également mentionné à l'annexe 2 des présents statuts.

3. Subventionnement de structures socio-sanitaires – soins à domicile

- L'ASBL « MAT-PLUS – Magasin de matériel de soins de la Mutualité Libérale du Brabant » peut être subventionnée par la mutualité pour les activités qu'elle organise en tant que structure socio-sanitaire.
L'ASBL précitée a pour but de mettre à disposition des fournitures et du matériel ayant pour but d'aider les personnes valides ou moins valides, dans les gestes de la vie quotidienne et/ou d'améliorer leur état de santé, leur degré d'autonomie, leur qualité de vie, leur confort général et leur développement.
L'objet plus détaillé de l'ASBL est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.
Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) à l'ASBL précitée, est également mentionné à l'annexe 2 des présents statuts.

- L'ASBL « COSEDIHO » peut être subventionnée par la mutualité pour les activités qu'elle organise en tant que structure socio-sanitaire.
L'ASBL précitée a pour but de coordonner des soins et services à domicile.
L'objet plus détaillé de l'ASBL est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.
Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) à l'ASBL précitée, est également mentionné à l'annexe 2 des présents statuts.

- L'ASBL « Age d'Or et Famille » peut être subventionnée par la mutualité pour les activités qu'elle organise en tant que structure socio-sanitaire.
L'ASBL précitée a pour but de mettre à la disposition des parents sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des accueillant(e)s d'enfants conventionné(e)s agréé(e)s par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, dans les conditions fixées par cet Office, et ce en qualité de pouvoir organisateur.
L'objet plus détaillé de l'ASBL est mentionné à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.
Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) à l'ASBL précitée, est également mentionné à l'annexe 2 des présents statuts.

10. Financement d'actions collectives

Service Patrimoine
(numéro de code classification : 93)

Article 160

1. Un service « Patrimoine » est organisé au sein de la mutualité qui, conformément aux dispositions de l'article 1-5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, 6^{ème} alinéa, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), a pour but le financement d'actions collectives.
Ce service n'ouvre pas de droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.
Via le service patrimoine, la mutualité peut réunir les moyens financiers nécessaires et éventuellement contracter des prêts en vue de :
 - a) l'acquisition, la construction, la location, la transformation ou l'entretien d'immeubles, destinés à l'hébergement des services de la mutualité et des entités qui en dépendent (par exemple CSS), ainsi que des agences locales y affiliées ;
 - b) l'achat, le fonctionnement et le financement d'autres immobilisations corporelles (y compris l'agencement des bureaux), destinées aux entités visées au point a).

2. Les objectifs repris sous cet article peuvent également être réalisés via un accord de collaboration conclu avec l'ASBL « Fonds pour le financement des bâtiments, de l'hébergement et des actions collectives de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be et de ses organisations connexes » et ce dans le cadre des dispositions de la loi du 6 août 1990 et de ses arrêtés d'exécution.
 - a) L'ASBL « Fonds pour le financement des bâtiments, de l'hébergement et des actions collectives de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be et de ses organisations connexes » est une association qui a pour objet la gestion du patrimoine mutualiste.
Par patrimoine mutualiste, on vise le patrimoine immobilier du siège social de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be et de ses agences locales.
 - b) Le montant maximal du subventionnement qui peut être attribué pendant l'exercice en cours (= année n) à l'ASBL précitée en vue du financement des actions collectives concernées ainsi que le montant qui a été payé réellement durant l'exercice précédent (= année n-1), sont mentionnés à l'annexe 2 qui est ajoutée aux présents statuts et en fait partie intégrante.

11. Centre administratif

Section 1 - Centre administratif de répartition (numéro de code classification: 98/1)

Article 161

1. La mutualité organise un « centre administratif de répartition » qui a pour objet d'intervenir en tant que centre de répartition pour les frais de fonctionnement communs. Pour ce qui concerne cet objet, le centre administratif de répartition remplit un rôle central à l'égard des opérations et de la « troisième catégorie » de services, à savoir les ninis.
2. L'ensemble des recettes et des charges communes imputées à ce centre doit « in fine » être entièrement réparti entre les différents services sur la base de clés objectives et chaque année, son résultat sera nul.

Section 2 - Centre administratif – Perception des cotisations et imputation des charges et produits qui ont été fixés par l'Office de Contrôle (numéro de code classification: 98/2)

Article 162

Cette partie du centre administratif a pour but la perception des cotisations destinées à combler un éventuel mali en 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, dans la mesure des cotisations perçues (voir article 1-4° de l'AR. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, 6^{ème} alinéa, de la loi du 26 avril 2010 précitée).

Par analogie, le boni en frais d'administration de l'assurance obligatoire y est également attribué.

Cet aspect du centre administratif fait partie de la « troisième catégorie » des services, à savoir les ninis visés à l'A.R. du 12 mai 2011 en exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) et est le seul aspect du centre précité à pouvoir être concerné par la perception d'une cotisation administrative.

Article 163

Au centre administratif (code 98/2) sont également imputés, les charges et produits déterminés par l'Office de Contrôle.

CHAPITRE X

Budgets – Comptes et dispositions comptables

Article 164

1. Pour chacun des services mentionnés à l'article 2.A.b) des présents statuts, la mutualité emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 §3 2 de la loi du 6 août 1990, modifiée par l'article 56 de la loi du 20 juillet 1991.
2. La mutualité établit, à la clôture de l'exercice comptable, un compte annuel suivant le modèle fixé par le Roi ou l'Office de Contrôle des Mutualités.

Article 165

Conformément aux dispositions des articles 74 et 75 de l'A.R. du 21 octobre 2002 précité :

- a) les produits et les charges techniques, à savoir les produits et les charges afférents, par nature, directement à un service déterminé – tels les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les prestations, les variations des provisions techniques – sont directement imputés à ce service ;
- b) 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 des services complémentaires, d'autre part, sur la base d'une analyse des charges effectives afférentes à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et à chacun des services ou groupes de services des services complémentaires.

Article 166

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

1. les cotisations mentionnées à l'article 59 ;
2. les subsides des pouvoirs publics ;
3. les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux ;
4. les produits financiers ;

Les produits financiers sont répartis entre les différents services et groupes de services sur base des dispositions de l'article 78 de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 précité, modifié par l'arrêté royal du 15 septembre 2006.

En application de ces dispositions, les produits financiers doivent être répartis entre les différents services et groupes de services des services complémentaires sur la base du montant, en début d'exercice comptable, des disponibilités de ces différents services ou groupes de services.

Si la somme des disponibilités d'un service ou d'un groupe de services est négative, 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 des revenus des placements pour l'exercice considéré.

La répartition des charges financières s'effectue selon les mêmes règles que celles qui sont d'application pour la répartition des produits financiers.

Article 167

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

Article 168

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

CHAPITRE XI

Modifications statutaires, fusion, dissolution et liquidation, partage des fonds, arbitrage de litiges

Section 1 - Modifications statutaires

Article 169

Les statuts ne peuvent être modifiés que par l'assemblée générale, en application des dispositions de l'article 10 de la loi du 6 août 1990.

Le règlement d'ordre intérieur, établi en exécution des dispositions statutaires, ne porte pas sur la possibilité pour les membres de bénéficier des avantages ni sur leurs obligations.

Section 2 - Fusion

Article 170

La mutualité peut fusionner avec une autre mutualité reconnue, moyennant l'application des dispositions prévues à l'article 44 de la loi du 6 août 1990 concernant les mutualités et les unions nationales de mutualités.

Section 3 - Dissolution et liquidation

Article 171

La mutualité peut être dissoute par une décision de l'assemblée générale, convoquée spécialement à cet effet.

Les modalités de dissolution sont celles prévues par les dispositions prévues aux articles 45 à 48 de la loi du 6 août 1990 concernant les mutualités et les unions nationales de mutualités.

Section 4 - Partage des fonds

Article 172

Aussi longtemps que la mutualité existe, tout partage des fonds ou des actifs résiduels est interdit.

Article 173

1. En cas de cessation d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 août 1990 et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010, les actifs résiduels sont affectés en priorité pour le paiement des avantages en faveur des membres.

2. En cas de dissolution de la mutualité, les actifs résiduels de ses services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 août 1990 et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010, sont affectés en priorité pour le paiement des avantages en faveur des membres.

Section 5 - Arbitrage des litiges

Article 174

Les différends concernant l'application de ces statuts, entre la mutualité et un des membres, sont arbitrés de la façon suivante :

Sans préjudice de la compétence des tribunaux et des cours du travail, comme défini aux articles 578 à 583 du Code Judiciaire, tous les différends peuvent être soumis à l'office de contrôle, en application de l'article 52-10 de la loi du 6 août 1990.

Les plaintes peuvent être adressées à l'Office de Contrôle des Mutualités par courrier ordinaire, via e-mail, par fax ou par téléphone. Seules les plaintes concernant les élections mutualistes doivent être adressées à l'Office de Contrôle des Mutualités par pli recommandé.

Les parties concernées peuvent aussi décider de soumettre leur différend à l'arbitrage du juge selon la procédure prévue aux articles 1676 à 1680 du Code Judiciaire. L'accord préalable de toutes les parties concernées est requis.

CHAPITRE XII

Entrée en vigueur

Article 175

Les présents statuts entrent en vigueur à la date déterminée par l'assemblée générale, après approbation par le Conseil de l'Office de Contrôle des Mutua-lités.

Annexes

- 1° Tableau des cotisations (MUTWEB).
- 2° Jetons de présence (*annexe 1*).
- 3° Subventionnement de structures socio-sanitaires et financement d'actions collectives (*annexe 2*).
- 4° Liste des sports pouvant prétendre à une intervention (*annexe 3*).
- 5° Liste des organismes d'assistance reconnus (*annexe 4*).

Tableau de cotisations de l'entité: 403 - ML MUTPLUS.be

Version: 2023/1

Date d'approbation: 17/12/2022

Date d'application: 01/01/2023

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
15	Opérations	2	61-158	36,24	36,24
37/01	Information périodique aux membres	0	159	1,56	1,56
37/02	Aide sociale	0	160	8,40	8,40
38	Subventionnement de structures socio-sanitaires - jeunes / seniors	0	161	6,60	6,60
93	Financement d'actions collectives - Patrimoine	1	162	1,56	1,56
98/01	Centre administratif de répartition	0	163	0,00	0,00
98/02	Centre administratif - Perception des cotisations (article 1 - 4° de l'AR du 12/05/2011)	0	164-165	6,24	6,24
Total				60,60	60,60

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
15	Opérations	0443.261.591	ASBL "COSEDI BXL"
15	Opérations	0463.561.614	ASBL "COSEDI BW"
93	Financement d'actions collectives - Patrimoine	0453.099.767	ASBL "Fonds de Construction"

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	2023/1	01/01/2023	44,40	44,40	0,00	0,00
Total				44,40	44,40	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
403	ML MUTPLUS.be	2023/1	01/01/2023	60,60	60,60	60,60	60,60
400	Union nationale des mutualités libérales	2023/1	01/01/2023	44,40	44,40	0,00	0,00
Total				105,00	105,00	60,60	60,60

JETONS DE PRESENCE

- ⇒ Jetons de présence assemblée générale.
(décision de l'assemblée générale du 25/06/2022)

- ⇒ Pour les administrateurs (par analogie avec la réglementation au niveau de l'Union Nationale).
 - € 150 par réunion du conseil d'administration (y compris les vice-présidents)
 - € 50 par réunion de l'assemblée générale.

- ⇒ Pour le président (par analogie avec la réglementation au niveau de l'Union Nationale) :
 - € 200 par réunion du conseil d'administration/assemblée générale
 - € 150 par réunion d'un comité ayant obtenu délégation du conseil d'administration

A partir du 1^{er} mars 2021

Dans le cadre du pacte d'avenir et de discussions actuellement en cours au sein de l'Office de Contrôle des Mutualités, le comité de direction a, en séance du 19 février 2021, déjà pris la décision de ne plus octroyer de jetons de présence, comme administrateur, ni au directeur général, ni aux directeurs généraux adjoints, pour les réunions organisées au sein de la mutualité.

A partir du 1^{er} août 2022

Le conseil a décidé de ne plus octroyer de jetons de présence aux membres du personnel pour les réunions organisées au sein de la mutualité.

FRAIS DE DEPLACEMENT : Conseil d'administration / Assemblée générale

- ⇒ Membres du conseil d'administration
Les déplacements avec le véhicule personnel, pour les kilomètres parcourus réellement entre le domicile et le siège social, sont indemnisés comme suit :
 - du 01/04/2023 au 30/06/2023 : 0,4246 EUR (situation – 06/2023).
 Les indexations trimestrielles sont respectées.
Pour l'usage des transports en commun (en l'occurrence le train), il est accordé un forfait en fonction du nombre de kilomètres parcourus d'un ticket de 1^{ère} classe.

- ⇒ Membres de l'assemblée générale
Les tarifs d'un ticket de 2^{ème} classe sont toujours pris en compte.

SUBVENTIONNEMENT DE STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES ET FINANCEMENT D' ACTIONS COLLECTIVES

I. Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires et du financement d'actions collectives comme visé à l'article 1, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 en exécution de l'article 67, 6^{ème} alinéa, de la loi du 26 avril 2010.

Entité subventionnée (article des statuts – code)	Accord Oui / Non	Subvention qui a été effectivement payée durant l'exercice n-1 (2021)	Subvention envisagée année n → montant maximal (= 2022)	Subvention qui a été effectivement payée durant l'exercice n-4 (2022)	Subvention envisagée année n+1 → montant maximal (= 2023)
1) Subventionnement de structures socio-sanitaires					
⇒ ASBL Œuvres Sociales de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be (article 159 – code 38)	Non en 2022	199.788,98 €	90.000 €	90.000 €	50.000 €
⇒ ASBL JML-Brabant – Service Jeunesse de la Mutualité Libérale du Brabant (article 159 – code 38)	Non en 2022	14.591,33 €	0 €	0 €	0 €
⇒ ASBL CELHO (article 159 – code 38)	Non en 2022	99.894,49 €	100.000 €	100.000 €	100.000 €
⇒ ASBL Liberaal Seniorenknooppunt Vief Brabant (article 159 – code 38)	Non en 2022	0 €	43.000 €	0 €	0 €
⇒ ASBL Fédération Libérale des Pensionnés du Brabant (article 159 – code 38)	Non en 2022	42.651,58 €	43.000 €	42.851,84 €	43.000 €
⇒ ASBL FLPHO (article 159 – code 38)	Non en 2022	39.284,35 €	39.000 €	39.000 €	39.000 €
⇒ ASBL MAT-PLUS – Magasin de matériel de soins de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be (article 159 – code 38)	Non en 2022	299.683,47 €	300.000 €	300.000 €	200.000 €
⇒ ASBL COSEDIHO (article 159 – code 38)	Non en 2022	239.073,33 €	240.000 €	240.000 €	240.000 €
⇒ ASBL Age d'Or et Famille (article 159 – code 38)	Non en 2022	22.448,20 €	22.000 €	22.000 €	22.000 €
2) Financement d'actions collectives					
⇒ ASBL Fonds pour le financement des bâtiments, de l'hébergement et des actions collectives de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be et de ses organisations connexes (article 160 – code 93)	Oui en 2022	89.792,80 €	175.000 €	175.000 €	175.000 €

Les subventions sont fixées chaque année par l'assemblée générale. Le conseil d'administration peut modifier les subventions envisagées, pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- ⇒ la décision du conseil d'administration est communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle par lettre recommandée et signée par un responsable de la mutualité ;
- ⇒ cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
- ⇒ lesdites modifications sont reprises, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

II. L'objet social des ASBL qui sont considérées par l'Office de Contrôle comme des structures socio-sanitaires qui peuvent être subventionnées par la mutualité.

- ⇒ ASBL Œuvres Sociales de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be

Article 5 des statuts

L'association a pour but d'une part, de développer et de promouvoir le bien-être physique, psychique et social des membres de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be et notamment en faveur des seniors, des jeunes et des personnes dont l'état de santé est déficient, afin de stimuler leur santé ainsi que de contribuer à leur complet épanouissement humain.

L'association se destine ainsi pour les catégories précitées de membres à organiser et financer entre autres des activités et des manifestations sociales, humanitaires, philanthropiques, culturelles, récréatives, sportives et d'éducation permanente ainsi que des formations, conférences, séjours, excursions et vacances.

.....

- ⇒ ASBL JML-Brabant

Article 5 des statuts

L'association a pour but d'organiser des activités et festivités éducatives, culturelles, sportives et/ou de détente, principalement pour les enfants, jeunes et jeunes adultes qui sont membres de la Mutualité Libérale du Brabant.

En outre, elle stimulera, encadrera ou organisera elle-même les initiatives éducatives, culturelles, sportives et/ou de détente des sections locales de la Mutualité Libérale du Brabant.

Pour réaliser ce but, elle peut organiser des activités, des formations, des excursions, des week-ends et séjours ou vacances en Belgique et à l'étranger ainsi que d'autres formes de loisirs à vocation sociale pour les membres visés au premier alinéa.

.....

⇒ *ASBL CELHO*

Article 3 des statuts

L'association a pour but de promouvoir l'éducation permanente des adultes et des jeunes, afin de leur permettre une plus grande participation et une meilleure prise de conscience de la société. Elle accordera toutefois une attention particulière aux problèmes des handicapés, invalides, grands malades, ainsi qu'à leur famille, afin de contribuer à leur développement culturel et social et à leur intégration.

Pour réaliser ces objectifs, l'association peut entreprendre des programmes de formation, des journées d'études, des séjours, des voyages et organiser tous services qu'elle jugerait utiles.

.....

⇒ *ASBL Liberaal Seniorenknooppunt Vief Brabant*

Article 5 des statuts

Voor haar doelgroepen :

- ↪ - De senioren : de groep van personen vanaf of ouder dan vijftig jaar en de personen met het statuut van gepensioneerde.
- De gehandicapten : de personen die met een mentale of lichamelijke beperking worden geconfronteerd.
- ↪ inzonderheid deze aangesloten bij de Liberale Mutualiteit van Brabant, heeft de vzw tot doel het fysiek, psychisch en sociaal welzijn te ontwikkelen door :
 - het opzetten, begeleiden en evalueren van vormingsprojecten en –programma's die mikken op permanente persoonsontplooiing, participatie en sociaal engagement ;
 - het organiseren van studiedagen, seminaries en tentoonstellingen ;
 - het verzorgen van de communicatie naar de doelgroepen en de bestuursleden ;
 - initiatieven te nemen met betrekking op de specifieke problematieken van haar doelgroepen, voorzieningen tot stand brengen en samenwerkingsakkoorden afsluiten die de algemene menselijke ontplooiing stimuleren ;
 - cursussen in te richten voor de opleiding van verantwoordelijken voor het vormingswerk met de doelgroep(en) ;
 - plaatselijke vormingsinitiatieven te begeleiden en te stimuleren ; hiertoe eventueel animators voor een beperkte periode ter beschikking stellen.

.....

⇒ *ASBL Fédération Libérale des Pensionnés du Brabant*

Article 5 des statuts

Pour le groupe de personnes âgées de 50 ans et plus, et les personnes ayant le statut de pensionné, et en ce qui concerne en particulier les personnes affiliées à la Mutualité Libérale du Brabant, l'ASBL a pour but de développer le bien-être physique, psychique et social par :

- la création, l'accompagnement et l'évaluation de projets et programmes de formation visant le développement personnel, la participation et l'engagement social permanent ;
- l'organisation de journées d'étude, de séminaires et d'expositions ;
- la diffusion des informations vers le groupe cible et les administrateurs ;

- la prise d'initiatives relatives à des problématiques spécifiques du groupe cible, la conclusion d'accords ... qui stimulent le développement humain.
- la programmation de cours pour la formation de responsables au travail de formation avec le groupe cible ;
- la guidance et la stimulation d'initiatives de formation locales en mettant éventuellement des animateurs à disposition pour une période limitée.

.....

⇒ ASBL FLPHO

Article 3 des statuts

L'association a pour but de coordonner et de développer, dans tous les domaines, les moyens propres à promouvoir le bien-être des seniors.

L'association prendra spécialement à cœur comme étant un besoin typique des seniors, l'éducation permanente, afin de permettre une plus grande participation et une meilleure prise de conscience de la société dans laquelle vivent ses membres.

L'association, par la concertation de ses différents niveaux, étudiera les problèmes qui se rapportent à cette couche de la population en les insérant dans une politique culturelle, sociale et économique globale.

A cette fin, elle peut notamment :

- a) étudier, soit d'initiative, soit à la demande des pouvoirs publics ou d'institutions publiques ou privées, les problèmes posés par l'avancement en âge ;

L'association s'efforce spécialement de promouvoir le sentiment de bien-être des seniors.

A cet effet, elle essayera de réaliser la prise de conscience de ses membres pour arriver à une solution harmonieuse de leurs propres problèmes.

En outre, elle prendra toutes initiatives, réalisera des prestations et services en vue de promouvoir des loisirs utiles et créatifs.

- b) promouvoir et maintenir des contacts et des échanges de vues entre les organismes publics et privés et les personnalités compétentes en matière de problèmes posés par l'avancement en âge ;
- c) créer, diriger et exploiter tous services ou œuvres destinés au bien-être des seniors.

Pour réaliser ces objectifs, l'association favorisera et stimulera les initiatives locales et assurera une information ainsi qu'une coordination entre ses différentes instances.

.....

⇒ ASBL MAT-PLUS – Magasin de matériel de soins de la Mutualité Libérale MUTPLUS.be

Article 5 des statuts

1. L'association a pour but de mettre à disposition des fournitures et du matériel ayant pour but d'aider les personnes valides ou moins valides, dans les gestes de la vie quotidienne et/ou d'améliorer leur état de santé, leur degré d'autonomie, leur qualité de vie, leur confort général et leur développement.

Les conditions sont fixées par le conseil d'administration.

.....

⇒ *ASBL COSEDIHO*

Article 3 des statuts

Le but exclusif de l'association est de coordonner des soins et services à domicile. Cette coordination vise notamment :

1. ⇒ les soins infirmiers à domicile ;
 - ⇒ un centre d'aide aux familles
 - ⇒ un service social
2. ⇒ la kinésithérapie
 - ⇒ la biotélévigilance
 - ⇒ le prêt de matériel
 - ⇒ les soins dentaires
 - ⇒ l'ergothérapie
 - ⇒ la logopédie
 - ⇒ la distribution de repas à domicile
 - ⇒ l'aménagement des locaux
3. ⇒ les médecins généralistes selon le libre choix du patient.

L'association a également pour but d'organiser les services suivants, conformément aux dispositions légales :

- ⇒ un service de biotélévigilance
- ⇒ un service de vente / location / prêt de matériel médico-sanitaire
- ⇒ un service de transport médico-sanitaire (T.M.S.) par ambulance et autres véhicules adaptés en faveur des personnes à mobilité réduite et/ou malades
- ⇒ un service d'aide aux déplacements des personnes à mobilité réduite et/ou malades avec le concours de chauffeurs conventionnés dans le cadre du volontariat.

.....

⇒ *ASBL Age d'Or et Famille*

Article 3 des statuts

L'association a pour but la mise à la disposition des parents sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, d'accueillant(e)s d'enfants conventionné(e)s agréé(e)s par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, dans les conditions fixées par cet Office, et ce en qualité de pouvoir organisateur.

.....

LISTE DES SPORTS POUVANT PRETENDRE A UNE INTERVENTION

1. Agréé/Favorisant l'exercice physique.

- Aérobic
- Airsoft
- Athlétisme
- Badminton
- Baseball
- Basketball
- Biathlon
- Billard
- Bobsleigh
- Boccia (handicap)
- Boot Camp
- Bowling
- Bridge
- Colombophilie
- Corde à sauter
- Course à pied
- Cricket
- Curling / Boule de fort
- Cyclisme
- Cyclisme récréatif
- Danse (ballroom, latin, jeunes, jazz, streetdance, danse folklorique, ballet, danse pour tous petits, hiphop, body conditioning, danse pour enfants, disco, quadrille, séquence, danse en chaise roulante, zumba ...)
- Dodgeball
- Echecs
- Equitation (dressage, voltige, eventing, endurance, military, guider ...)
- Escrime
- Estafette
- Fitness
- Flag football
- Floorball
- Floorball/floorhockey
- Football (minifoot, foot en salle, G-football pour handicap ...)
- Frisbee
- Géocaching
- Goal-ball (handicap)
- Golf
- Gymnastique (artistique, rythmique, tumbling, trampoline, acrobatique, acrogym, gym d'entretien, aquagym, gym de mouvement ...)
- Handball
- Hockey (rink hockey ,in-line hockey, roll hockey, Hockey sur glace, hockey subaquatique)
- Jeu de fléchette
- Jeu de paume/balle pelote

- Jeux de cartes
- Jeux de plateau
- Jogging
- Kickbike
- Kin-ball
- Korfbal
- Krachtbal
- Lacrosse
- Luge
- Majorette / twirling
- Marche
- Marche nordique
- Meneuse d'équipe
- Modélisme
- Motocross (ou rally, enduro, trial)
- Mountainbike/BMX/VTT
- Nage synchronisée
- Natation en eau froide ou natation hivernale
- Netball
- Ninepin bowling classic
- Padel
- Paintball
- Parcours d'orientation/promenade/cyclisme
- Patin
- Patin à roulette, roller, inline speed skating, patin acrobatique, skateboard, patin récréatif, patin à roulettes artistique, rink hockey, in-line hockey
- Patinage artistique
- Pêche à la ligne
- Pentathlon moderne
- Pétanque
- Pickleball
- Plongeon acrobatique
- Racquetball
- Remise en forme
- Rugby
- Saut en parachute/skydiving
- Ski
- Ski de fond
- Snowboard
- Softball
- Spinning
- Sport auto (e.a. Rally, slalom, karting)
- Sport aviaire
- Sport de combat (aïkido, aikikai, kung fu, taekwondo, kickboxing, div. judo, div. karate, capoeira, ju jitsu, lutte, wushu, div. boxe, kendo, aiki no jutsu, arnis kali, escrime, Catch Arabe Libre, Hap Ki Do, kempo-kempo, krav maga, MMA-mixfight, muay boran, ninpo taijutsu-ninjutsu, taji quan ...)
- Sports de montagne (escalade (mur, rocher, montagne), spéléologie, alpinisme ...)
- Sports nautiques (plongée, planche à voile, surf, kitesurf, voile, water-ski, natation, kayak, canoë, aviron, char à voile, yachting, wakeboard, plongée en haute mer, aquabike, aquagym, aquajogging, plongée, hydrobic, jazzgym, nage avec tuba, ballet aquatique, hockey subaquatique, nage avec palmes, aquagym, optimiste, kayak de plaisance, nage de sauvetage, waterpolo)

- Sport pinsonnier
- Squash
- Tai chi
- Techniques de cirque
- Tennis de table
- Tennis, minitennis
- Tir / tir aux clays
- Tir à l'arc
- Torbal (handicap)
- Triathlon et Duathlon
- Unihoc
- Volleyball
- Vol sportif
- Waterpolo
- Yoga / méthode Pilates

2. Liste d'organisations qui organisent des activités sportives consécutives aux heures d'école.

- "Sport Vlaanderen"
- "Stichting Vlaamse Schoolsport" (SVS)

LISTE DES ORGANISMES D'ASSISTANCE RECONNUS

- ASBL « Absoluut »
- ASBL « Alin »
- ASBL « MyAssist »
- ASBL « Onafhankeijk Leven »
- ASBL « ZOOM »