

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 01 janvier 2018

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

- décidées par l'assemblée générale de Munalux le 13/06/2018
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 25/10/2018

MUNALUX (232) est affiliée à l'Union Nationale des Mutualités Neutres, dont les statuts sont disponibles sur son site internet à l'adresse www.mutualites-neutres.be/status/public.

Table des matières

Chapitre Ier - Constitution, dénomination, buts, siège social et circonscription de la mutualité.....	4
Chapitre II - Affiliation, démission et exclusion	10
Chapitre III - Catégories de membres	13
Chapitre IV - Organes de la mutualité	14
Chapitre V - Les services de la mutualité - Avantages, garanties, cotisations.....	49
Chapitre VI - Fonds, emploi et gestion de ces fonds	108
Chapitre VII - Collaboration	114
Chapitre VIII - Dissolution	116
Chapitre IX - Modification des statuts	119
Annexes	123
Annexe 1 : Convention transport.....	123
Annexe 2 : Liste des transporteurs agréés par la Région Wallonne	123
Annexe 3 : Liste des activités 2018	123
Annexe 4 : Liste des prestataires des pratiques non conventionnelles.....	123
Annexe 5 : Liste des produits homéopathiques.....	123

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

MUTUALITE NEUTRE NAMUR LUXEMBOURG

STATUTS

Chapitre Ier - Constitution, dénomination, buts, siège social et circonscription de la mutualité

ARTICLE 1^{er}

1. Une mutualité a été établie à Namur le 29 septembre 1912 et reconnue par arrêté royal du 27 décembre 1912, sous la dénomination "Fédération neutre des sociétés de secours mutuels de la province de Namur". Elle a adopté ensuite la dénomination "Fédération neutre des sociétés de secours mutuels et de retraite de la province de Namur", puis de nouveau "Fédération neutre des sociétés de secours mutuels de la province de Namur", homologuée par arrêté royal du 12 mai 1953. Elle a adopté la dénomination "Fédération des mutualités neutres de la province de Namur", homologuée par arrêté royal du 5 novembre 1990.
2. Une mutualité a été établie à Bertrix, le 17 juin 1923, sous la dénomination "Caisse provinciale de réassurance des sociétés de secours mutuels du Luxembourg". Par arrêté royal du 20 avril 1970 sa dénomination a été homologuée sous l'appellation "Fédération mutualiste neutre du Luxembourg".
3. Suite à la fusion des organismes repris sous 1. et 2., décidée par les Assemblées Générales de la Fédération des mutualités neutres de la province de Namur le 24 mai 1997 à Namur et de la Fédération mutualiste neutre du Luxembourg le 28 mai 1997 à Bouillon, la nouvelle entité adopte, au 1^{er} janvier 1998, la dénomination "Mutualité Neutre Namur - Luxembourg".

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité peut utiliser les abréviations suivantes : « Munalux », « Mutualité Neutre Munalux », ainsi que « Munalux Mutualité Neutre ».
Ses activités administratives et financières sont réparties sur deux sites principaux, à savoir;

- 5000 Namur - rue des Dames blanches, 24, siège social et
- 6830 Bouillon - rue de la Poste, 6

(En vigueur depuis le 01.01.2017 - A.G. du 13.12.2016 - Accord O.C.M. du 23.03.2017)

ARTICLE 2

Les buts de la mutualité sont :

- a) dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er} a) de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour autant qu'elle ait reçu dans ce but l'autorisation de l'union nationale auprès de laquelle elle est affiliée.

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

En outre, cette tâche comprend aussi, uniquement pour les aspects qui concernent l'exécution de l'assurance obligatoire, la guidance des membres afin de veiller à ce que leurs soins qualitatifs soient assurés et de veiller que chacun ait accès à ces soins.

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

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

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

b) Dans le cadre de l'article 3 alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 et de l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 précitée, l'octroi d'interventions, d'avantages et indemnités à leurs affiliés et à leurs personnes à charge ainsi que l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance en vertu de l'article 3 alinéa 1er c) de la loi du 6 août 1990 et ce, dans les domaines suivants :

- les services et opérations complémentaires : l'affiliation aux services complémentaires est obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2012 pour tous les affiliés et leurs personnes à charge. En cas d'affiliation, celle-ci entraîne obligatoirement l'affiliation à l'ensemble des services complémentaires proposés par la mutualité ainsi qu'aux services complémentaires proposés par l'Union Nationale auxquels la mutualité a adhéré (article 7, § 2, de la loi du 6 août 1990). Les services complémentaires organisés par la mutualité sont :

service administratif 98/2	service naissance - adoption
service aides familiales	service optique
service ambulance	service orthodontie
service bien-être et santé (II)	service patrimonial (II)
service contraception	service pédicure
service convalescence	service posturopodie
service diabète	service premiers secours
service diététique	service prévention santé
service fécondation in vitro	service propagande et information (II)
service fonds social	service prothèses
service frais de déplacement	service psychologie
service garde d'enfants malades	service psychomotricité
service greffes	service sécurité routière
service information aux membres	service sevrage tabagique
service intégration des personnes handicapées	service social
service jeunesse	service soins des jeunes
service lait pour nouveau-nés	service sports
service logopédie	service télévigilance
service médecines alternatives	service tickets modérateurs pour adultes
service médicaments génériques	service vaccins

Les prestations des services complémentaires seront offertes dans la mesure des ressources disponibles.

- l'épargne prénuptiale organisée par l'Union Nationale : l'affiliation à ce service est facultative.

- c) La mutualité crée un centre administratif 98/1, distinct du centre administratif 98/2, qui a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur base de clés objectives. A l'issue de l'exercice comptable, ce centre administratif 98/1 présentera un résultat égal à zéro.
- d) La mutualité en tant qu'intermédiaire d'assurances auprès de la SMA « Neutra » se charge de la promotion et de la vente des produits proposés par ladite SMA et offre à ses membres la possibilité :
- de souscrire à des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances ;
 - de bénéficier d'une couverture, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

ARTICLE 3

Le siège social de la mutualité est établi à Namur, rue des Dames Blanches, 24.

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 assujettis à la sécurité sociale belge.

(En vigueur depuis le 01/01/2012 - A.G. du 13/06/2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

ARTICLE 4

La mutualité est affiliée auprès de l'Union Nationale des Mutualités Neutres, établie à Bruxelles.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Chapitre II - Affiliation, démission et exclusion

ARTICLE 5

Tout titulaire au sens de l'assurance soins de santé et indemnités obligatoire qui souhaite s'affilier auprès de la mutualité, pour lui-même et pour ses personnes à charge, est accepté à condition :

- qu'il ne soit pas membre d'une autre mutualité, que ce soit pour les activités visées à l'article 2, a), des présents statuts ou pour celles visées à l'article 2, b).
- qu'il adhère à l'ensemble des présents statuts.

Peuvent également s'affilier les personnes reprises à la catégorie 3 de l'article 8 des présents statuts.

La cotisation aux services complémentaires est due dès l'entrée en vigueur de l'affiliation à la mutualité.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 15.06.2011 - Accord O.C.M. du 12.12.2011)

ARTICLE 6 - DEMISSION

Le non-paiement par le membre des cotisations aux services complémentaires pour une période de plus de 24 mois (consécutifs ou non) est considéré comme motif d'exclusion effective du membre, limitée toutefois aux seuls services complémentaires et ce, suivant la procédure d'exclusion reprise à l'article 43 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 15.06.2011 - Accord O.C.M. du 12.12.2011)

ARTICLE 7

Peuvent être exclus comme membre des services visés à l'article 2, b), en dehors des dispositions de l'article 6 des présents statuts, les membres qui se rendent coupables d'une infraction en rapport avec la loi du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution.

La décision d'exclusion est prise par le conseil d'administration ou la personne ou commission désignée à cet effet par le conseil d'administration suite à la possibilité de délégation de compétence (article 23 de la loi du 6 août 1990), après avoir entendu le membre en ses moyens de défense.

Le membre qui, en l'absence de motifs valables, ne répond pas à la convocation aux jour et heure convenus, renonce à ses moyens de défense ultérieurs.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 15.06.2011 - Accord O.C.M. du 12.12.2011)

Chapitre III - Catégories de membres

ARTICLE 8

Dans le présent article on entend : par « services complémentaires »: les services tels que définis à l'article 2, b), alinéa 1^{er}, tiret 1^{er} des présents statuts.

Pour bénéficier des avantages octroyés par les services organisés par les présents statuts, les membres font partie de l'une des catégories reprises ci-après;

1^{ère} catégorie : les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur 'soins de santé et/ou indemnités, organisée par notre assurance maladie et invalidité belge et pour l'assurance complémentaire sont affiliées à notre organisme assureur;

2^{ème} catégorie : les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur 'soins de santé et/ou indemnités, organisée par notre assurance maladie et invalidité belge, sont affiliées à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie et Invalidité ou à la Caisse des soins de santé de la HR Rail ;

3^{ème} catégorie :

- les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur 'soins de santé et/ou indemnités, sont à charge d'un autre système de maladie et invalidité national (détenus à charge de la Justice, ONSS, CAAMI, en tant que marins,...),
- les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur 'soins de santé et/ou indemnités, sont à charge d'un autre système de maladie et invalidité supranational (OTAN, UE, ONU, SHAPE,...),
- les personnes qui ne sont plus soumises à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge,
- les travailleurs frontaliers qui ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire, à condition qu'ils résident en Belgique,
- les membres du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, qui résident en Belgique, et qui, en application des Conventions de Vienne du 18 avril 1963 sur les relations consulaires, sont à charge du pays accréditant pour les prestations de soins de santé en assurance obligatoire.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

Chapitre IV - Organes de la mutualité

L'assemblée générale - Composition

ARTICLE 9

L'assemblée générale se compose de 2 délégués par 1000 membres tels que définis à l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

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

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

Sont révoqués par l'assemblée générale à la majorité des deux tiers et après avoir été entendus, les délégués qui se rendent coupables d'un des actes énoncés ci-après;

- ceux qui calomnient un membre du conseil d'administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
- ceux qui menacent ou insultent, en assemblée un délégué ou un membre du conseil d'administration.
- ceux qui accomplissent des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité.
- ceux qui refusent de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité.
- ceux qui ont encouru une condamnation coulée en force de chose jugée pour diffamation pour atteinte aux bonnes mœurs pour détournements de fonds ou pour faux et usage de faux.
- ceux qui se sont rendus coupables d'une faute grave.

Perdent leur qualité de délégué à l'assemblée générale de la mutualité, ceux qui perdent leur qualité de membre de la mutualité ou de personne à charge d'un membre de la mutualité.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Circonscription

ARTICLE 10

En vue de l'élection des délégués à l'assemblée générale, la mutualité comprend une seule circonscription électorale.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 11

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

ARTICLE 12

Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'assemblée générale;

- il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- il faut être majeur ou émancipé.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 13

Pour pouvoir être élu à l'assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent;

- avoir le droit de vote dans le sens de l'article précédent;
- être de bonne conduite, vie et mœurs et ne pas être privé des droits civils;
- être affilié depuis au moins trois années avant la date d'élection et faire partie d'un ménage mutualiste en ordre de cotisations aux services complémentaires conformément à l'article 5;
- ne pas être membre du personnel de la Mutualité neutre Namur - Luxembourg;
- ne pas être membre du personnel de l'Union nationale des mutualités neutres;
- ne pas être un ancien membre du personnel de la mutualité ou de l'union nationale licencié par elles dans des circonstances autres qu'une mise à la prépension, à la pension légale ou anticipée.

Perdent leur qualité de délégué de l'assemblée générale de la mutualité;

- ceux qui calomnient un membre du conseil d'administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;
- ceux qui menacent ou insultent, en assemblée un délégué ou un membre du conseil d'administration;
- ceux qui accomplissent des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité;
- ceux qui refusent de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité;
- ceux qui ont encouru une condamnation coulée en force de chose jugée pour diffamation pour atteinte aux bonnes mœurs pour détournements de fonds ou pour faux et usage de faux;
- ceux qui se sont rendus coupables d'une faute grave.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 13/06/2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

Procédure électorale

ARTICLE 14

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

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

Les membres et leurs personnes à charge qui souhaitent se porter candidat disposent d'une période de quinze jours à partir de la fin du mois au cours duquel les publications ont été envoyées.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 15

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

Le président qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues aux articles 12 et 13 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 16

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 17

Le conseil d'administration de la mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 18

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

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Bureaux électoraux

ARTICLE 19

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

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

Le président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le président de la mutualité et le secrétaire général.

Le secrétaire du bureau électoral est désigné par le président 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.

(En vigueur depuis le 01.07.2010 - A.G. du 16.06.2010 - Accord O.C.M. du 13.09.2010)

Etablissement des listes électorales

ARTICLE 20

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs.

Les listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral. Ces listes mentionnent le nom, le prénom, le numéro de membre 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.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Le vote

ARTICLE 21

Le vote est libre. Il se déroulera aussi bien dans le bureau de vote de la circonscription que par correspondance.

Le président du bureau électoral envoie la convocation, ainsi que le bulletin de vote à l'électeur, celui-ci ayant la possibilité de voter, soit au bureau de vote, soit par correspondance adressée par voie postale sous pli fermé uniquement au président du bureau électoral pour l'élection de l'assemblée générale de la Mutualité neutre Namur - Luxembourg, au siège social à Namur. L'électeur est informé par lettre et éventuellement par le canal des publications destinées aux affiliés des modalités de vote et notamment de l'endroit, de la période et des heures d'ouverture du bureau de vote.

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie qu'ils figurent bien sur les listes d'électeurs.

Après la fermeture du bureau de vote, le secrétaire du bureau électoral transmet le jour même les bulletins de vote au président du bureau électoral.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 22

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

Si l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste a été déterminé par le conseil conformément à l'article 17 et si l'électeur est d'accord au sujet de l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en tête de liste.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Dépouillement des bulletins de vote

ARTICLE 23

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

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

Les voix de tête de liste sont réparties parmi les candidats selon leur ordre sur la liste en vue d'obtenir le quorum requis.

Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale.

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

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur;
- les bulletins transmis par d'autres voies que celles reprises à l'article 21.

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.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Exemption de l'obligation d'organiser des élections

ARTICLE 24

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 25

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

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 26

Un exemplaire du règlement électoral et des publications visées aux articles 12 à 25 des présents statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture de scrutin.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 27

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

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

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

Le mandat de membre de l'Assemblée générale n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé, pour chaque séance, le remboursement des frais et un jeton de présence. Le montant du jeton de présence est fixé par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le 17.06.2009 - A.G. du 17.06.2009 - Accord O.C.M. du 14.09.2009)

Compétence de l'assemblée générale

ARTICLE 28

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, à savoir :

- 1° les modifications des statuts ;
- 2° l'élection et la révocation des administrateurs ;
- 3° l'approbation des budgets et comptes annuels ;
- 4° la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises ;
- 5° la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 43;
- 5°bis l'approbation d'un groupement de service dans une société mutualiste.
- 6° la fusion avec une autre mutualité ;
- 7° l'adhésion à une union nationale ;
- 8° la mutation vers une autre union nationale ;
- 9° la dissolution de la mutualité.

L'assemblée générale élit les délégués à l'assemblée générale de l'Union Nationale.

L'assemblée générale est convoquée par les administrateurs, dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'assemblée générale en fait la demande. La convocation se fait par avis individuel ou par avis dans une publication diffusée par la mutualité parmi tous les membres de l'assemblée générale. Cet avis doit être envoyé ou publié au plus tard vingt jours civils avant la date de l'assemblée générale et contient, notamment, l'ordre du jour de cette assemblée.

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois l'an, en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget.

Chaque membre de l'assemblée générale doit disposer, au plus tard huit jours avant la date de l'assemblée générale, d'une documentation qui contient les données suivantes :

- 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 de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services;
- 5° le rapport du conseil d'administration sur l'exécution des accords de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 conclus par la mutualité, ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les fonds qui ont été transférés dans ce cadre par la mutualité.

Les décisions de l'assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la présente loi ou les statuts le stipulent autrement. Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième assemblée générale est convoquée. Ne peuvent être repris à l'ordre du jour de cette assemblée, que des points qui étaient inscrits à l'ordre du jour de la première assemblée générale. Cette seconde assemblée générale délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque membre de l'assemblée générale a droit à une voix.

En cas d'empêchement, un membre de l'assemblée générale peut donner procuration écrite à un autre membre de l'assemblée générale de la mutualité. Toutefois, chaque membre de l'assemblée générale ne peut être porteur que d'une seule procuration.

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

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale désigne un ou plusieurs réviseurs d'entreprise choisis sur une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprise, établie par l'Office de Contrôle.

Le(s) réviseur(s) fait (font) rapport à l'assemblée générale annuelle qui a à son ordre du jour l'approbation des comptes annuels de l'exercice.

Le mandat de(s) réviseur(s) est fixé pour une période de trois ans.

Le(s) réviseur(s) peut (peuvent) assister à l'assemblée générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il(s) a (ont) rédigé lui-même (eux-mêmes).

Le(s) réviseur(s) a (ont) le droit de prendre la parole à l'assemblée générale concernant les points se rapportant à ses (leurs) tâches.

(En vigueur depuis le 01.01.2009 - A.G. du 17.12.2008 - Accord O.C.M. du 09.03.2009)

Election des représentants pour l'assemblée générale de l'union nationale

ARTICLE 29

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'union nationale comprend un nombre de délégués fixé par l'union nationale sur base de ses statuts et communiqué à la mutualité.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 30

Les délégués sont proposés par le conseil d'administration et sont élus par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 31

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale des mutualités qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale de l'union nationale, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au président du conseil d'administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'assemblée générale qui procédera à l'élection.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 32

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

Conseil d'administration

ARTICLE 33

Le conseil d'administration de la mutualité est composé d'au moins dix administrateurs et au maximum d'un nombre d'administrateurs qui ne peut être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'assemblée générale de la mutualité, plafonnée à 15 administrateurs. Chaque sexe doit être représenté par au moins deux mandataires.

Le conseil ne comportera pas plus d'un quart de personnes rémunérées par la mutualité ou l'union nationale.

Pour siéger comme membre du conseil d'administration, il faut;

- être majeur et de bonne conduite vie et mœurs ;
- ne pas être privé des droits civils ;
- être affilié depuis au moins deux années avant la date d'élection; ceci à moins de faire partie du personnel de la mutualité ou de l'Union Nationale en y assumant ou en y ayant assumé la fonction de Secrétaire Général ou de Secrétaire Général Adjoint ;
- faire partie d'un ménage mutualiste en ordre de cotisations aux services complémentaires conformément à l'article 5 ;
- ne pas être un membre du personnel en fonction à l'Union Nationale;
- ne pas être un membre du personnel en fonction à la mutualité, à moins d'y assumer le rôle de Secrétaire Général ou de Secrétaire Général Adjoint ;
- ne pas avoir la qualité de fournisseur ou de prestataires de service de la mutualité en tant que personne physique ;
- n'être ni administrateur ni gérant d'une personne morale ayant la qualité de fournisseur ou de prestataires de service de la mutualité, à moins que ladite personne morale, de par son but ou ses objets, ait mission de servir les intérêts de MUNALUX ou de ses affiliés.

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

- ne pas être un ancien membre du personnel licencié par l'Union Nationale ou par la mutualité dans des circonstances autres qu'une mise à la prépension, à la pension légale ou anticipée.

Le mandat de membre du Conseil d'administration n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence. Le montant du jeton de présence est fixé par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le 14.06.2017 - A.G. 14.06.2017 - Accord O.C.M. 14.09.2017)

ARTICLE 34

Le conseil d'administration est élu par les membres de l'assemblée générale.

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

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin.

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

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

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions.

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

Les membres de la direction de la mutualité peuvent participer au conseil d'administration avec voix consultative, s'ils ne sont pas élus. Conformément à l'article 29, § 3, de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et sans préjudice au droit des membres de l'assemblée générale d'une mutualité de se porter candidat à un poste d'administrateur, le conseil d'administration de la mutualité peut présenter sa propre liste de candidats à l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le 01.07.2007 - A.G. du 19.06.2007 - Accord O.C.M. du 15.10.2007)

ARTICLE 35

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

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

Sont révoqués par l'assemblée générale, à la majorité des deux tiers des présents, et après avoir été entendus, les administrateurs qui:

- calomnient un membre du conseil d'administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;
- menacent ou insultent, en assemblée un délégué ou un membre du conseil d'administration;
- accomplissent des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité;
- refusent de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité;
- ont encouru une condamnation coulée en force de chose jugée pour diffamation pour atteinte aux bonnes mœurs pour détournements de fonds ou pour faux et usage de faux;
- qui se sont rendus coupables d'une faute grave.

L'administrateur qui aura été absent cinq fois consécutives sans motif justifié est considéré comme démissionnaire.

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

Aucun membre du conseil d'administration ne peut participer à la délibération sur un sujet qui le concerne, lui, ou un membre de sa famille jusqu'au quatrième degré.

Même en cas d'empêchement, un administrateur ne peut pas donner procuration à un autre administrateur.

(En vigueur depuis le 17.06.2009 - A.G. du 17.06.2009 - Accord O.C.M. du 14.09.2009)

ARTICLE 36

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

A l'exception de la fixation des cotisations, le conseil d'administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs désignés par le conseil d'administration en son sein, ainsi qu'au secrétaire général et/ou au secrétaire général adjoint de la mutualité s'ils ont la qualité d'administrateurs élus.

(En vigueur depuis le 01.01.2009- A.G. du 17.12.2008 - Accord O.C.M. du 09.03.2009)

ARTICLE 37

Les membres du conseil d'administration élisent parmi eux un président et deux vice-présidents.

Le président et les deux vice-présidents sont élus pour un terme de six ans. En cas de décès, démission ou perte de la qualité d'administrateur de la mutualité, le conseil d'administration nomme en son sein un remplaçant jusqu'à la fin du mandat de celui qu'il remplace.

Le conseil d'administration nomme le secrétaire général et le secrétaire général adjoint de la mutualité, sur proposition du comité de direction et sur avis conforme de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée.

Les membres du conseil d'administration désignent les personnes qui représentent la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques et soutiennent toutes actions au nom de la mutualité, soit en demandant, soit en défendant.

(En vigueur depuis le 01.01.2011 - A.G. du 25.10.2010 - Accord O.C.M. du 17.01.2011)

ARTICLE 38

Le président ou, en son absence, un des deux vice-présidents, à commencer par le plus âgé, est chargé de diriger l'assemblée générale et le conseil d'administration. Il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

Le président convoque avec le secrétaire général le conseil d'administration, ils fixent les ordres du jour et ils veillent à ce que les administrateurs reçoivent les informations nécessaires avant les réunions du conseil d'administration.

Le secrétaire général ou le président peut convoquer et établir l'ordre du jour en cas d'urgence ou de force majeure.

Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an; des réunions supplémentaires peuvent être organisées si les circonstances l'exigent.

(En vigueur depuis le 17.06.2009 - A.G. du 17.06.2009 - Accord O.C.M. du 14.09.2009)

ARTICLE 39

Le secrétaire général de la mutualité fait toutes les écritures requises. Il rédige les procès-verbaux des séances. Le président ou, à défaut deux administrateurs, et le Secrétaire Général signent les procès-verbaux des séances. Le secrétaire général est chargé de la conservation des archives.

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

A chaque assemblée générale, le conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

(En vigueur depuis le 01.07.2007 - A.G. du 19.06.2007 - Accord O.C.M. du 15.10.2007)

ARTICLE 40

Le conseil d'administration délègue, sous sa responsabilité, les actes relevant de la gestion journalière au secrétaire général et en son absence, au secrétaire général adjoint, pour autant qu'ils aient la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

Le secrétaire général dirige et veille à l'organisation des services de la mutualité, ainsi qu'à leur bonne marche et prend à cet effet, toutes mesures nécessaires et utiles.

Le secrétaire général engage et licencie le personnel (en dehors du personnel de direction). Il détermine le statut barémique du personnel (en dehors du personnel de direction).

Il a la direction technique, comptable, financière et administrative de la mutualité. En cette qualité, il donne les instructions nécessaires aux directeurs et chefs de service de la mutualité dans toutes les matières légales, réglementaires, techniques, administratives, organisationnelles, comptables, financières, informatiques, etc. relevant de la gestion de la mutualité et en vérifie l'application. En cas de manquement dans l'exécution ou dans l'application des instructions, il met en demeure les directeurs et chefs de service d'obtempérer ou de faire appliquer ses directives. En cas de récidive, il fait rapport au comité de direction qui décide des mesures à prendre ou de faire rapport au conseil d'administration.

Le secrétaire général adjoint assiste le secrétaire général et le remplace, soit en son absence, soit par délégation dans tous ses pouvoirs, fonctions et compétences.

Le secrétaire général établit un plan de gestion et un budget pour l'année suivante. Chaque année, ce plan est présenté au conseil d'administration et à l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le 15.06.2015 - A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

ARTICLE 40bis

Le comité de direction est composé :

- du président;
- des deux vice-présidents;
- du secrétaire général et du secrétaire général adjoint, pour autant qu'ils aient la qualité d'administrateurs régulièrement élus. Dans le cas contraire, ils assistent aux réunions du comité de direction avec voix consultative.

Les membres du comité de direction s'abstiennent de toute participation aux délibérations et/ou prises de décision concernant des membres en fonction du personnel de la mutualité qui sont leurs conjoints, leurs cohabitants ou des membres de leur famille jusqu'au 4ème degré.

Le président préside le comité de direction. En cas d'absence, il est remplacé par un des deux vice-présidents, à commencer par le plus âgé.

Le comité de direction se réunit autant de fois qu'il est utile, au minimum 5 fois par an sur convocation du secrétaire général et chaque fois qu'une majorité de membres en fait la demande.

Le comité de direction est valablement constitué lorsqu'au moins quatre de ses membres sont présents. Ce quorum de présences n'est toutefois pas exigé lorsqu'une séance convoquée en urgence a comme unique point à l'ordre du jour le licenciement pour faute grave d'un membre du personnel ayant le grade de directeur, autre que le Secrétaire Général ou le Secrétaire Général Adjoint.

Les décisions du comité de direction sont prises à la majorité simple des membres présents.

Même en cas d'empêchement, un membre du comité de direction ne peut pas donner procuration à un autre membre du comité de direction.

Le comité de direction est chargé du suivi des décisions prises par le conseil d'administration.

Il prépare les séances du conseil d'administration et de l'assemblée générale.

Il informe le conseil d'administration des principaux sujets qu'il a traités.

Le comité de direction est chargé des dossiers urgents pour lesquels il n'y a pas la possibilité de convoquer un conseil d'administration. Il peut également être chargé de toutes les tâches et attributions qui lui sont déléguées par le conseil d'administration. Il en fait rapport au conseil d'administration lors de la réunion suivante de cet organe.

Le comité de direction est chargé d'organiser les missions stratégiques et de prospection pour la réalisation desquelles les administrateurs peuvent être consultés.

Le comité de direction décide de l'engagement, des blâmes, du licenciement, du statut barémique et des éléments de rémunération des membres du personnel qui ont le grade de directeur, autres que le Secrétaire Général et le Secrétaire Général Adjoint.

Le comité de direction, limité aux trois administrateurs autres que le Secrétaire Général et le Secrétaire Général Adjoint désignés par le conseil d'administration en son sein, décide du statut barémique et des éléments de rémunération du Secrétaire Général et du Secrétaire Général Adjoint de la mutualité.

Le mandat de membre du Comité de direction n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé, pour chaque séance, le remboursement des frais et un jeton de présence. Le montant du jeton de présence est fixé par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le 01.01.2016 - A.G. du 09.12.2015 - Accord O.C.M. du 24.03.2016)

Chapitre V - Les services de la mutualité - Avantages, garanties, cotisations

ARTICLE 41

Pour réaliser les objectifs prévus dans les présents statuts, la mutualité organise les services visés à l'article 2 pour ses membres et leurs personnes à charge selon les modalités fixées ci-dessous.

L'adhésion aux services complémentaires est obligatoire dans le chef des membres.

L'affiliation aux services complémentaires implique la cotisation à l'ensemble des avantages, en ce compris la cotisation aux avantages de l'union nationale auxquels la mutualité a adhéré.

Les membres qui adhèrent aux services complémentaires s'engagent à payer une cotisation par ménage mutualiste. Cette cotisation est forfaitaire mais peut être différenciée sur base de la composition du « ménage mutualiste » au sens de l'A.R. du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéas 2 à 4 de la loi du 26 avril 2010 sur l'assurance maladie complémentaire. Pour la détermination du montant de ladite cotisation, les membres sont répartis en deux catégories :

- ménage mutualiste composé d'un titulaire sans personne à charge,
- ménage mutualiste composé d'un titulaire avec une ou plusieurs personnes à charge.

Certains membres peuvent bénéficier pour leur ménage mutualiste, d'une cotisation mensuelle diminuée fixée par catégorie au sens du présent article. Il s'agit des membres visés à l'article 8.6 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour les membres qui changent de catégorie suite à une modification dans la composition du « ménage mutualiste », l'adaptation du taux de cotisation a lieu le premier jour du mois qui suit le changement de catégorie.

(En vigueur depuis le 16.06.2014 - A.G. du 16.06.2014 - Accord O.C.M. du 23.10.2014)

ARTICLE 42 - STAGE - COTISATIONSA. Tableau des stages en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Code OCM - Service	Stage (en mois)	Code OCM - Service
15 - aides familiales	0	15 - orthodontie
15 - ambulance		15 - pédicure
15 - bien-être et santé (II)		15 - posturopodie
15 - contraception		15 - premiers secours
15 - convalescence		15 - prévention santé
15 - diabète		15 - prothèses
15 - diététique		15 - psychologie
15 - fécondation in vitro		15 - psychomotricité
15 - fonds social		15 - sécurité routière
15 - frais de déplacement		15 - sevrage tabagique
15 - garde d'enfants malades		15 - soins des jeunes
15 - greffes		15 - sports
15 - intégration des personnes handicapées		15 - télévigilance
15 - jeunesse		15 - tickets modérateurs pour adultes
15 - lait nouveau-nés		15 - vaccinations
15 - logopédie		37 - social
15 - matériel médical et sanitaire		37 - information
15 - médecines alternatives		37 - propagande et information (II)
15 - médicaments génériques		93 - patrimonial (II)
15 - naissance - adoption		98/2 - administratif
15 - optique		

La période de stage appliquée au membre qui change de mutualité pour un service similaire est régie par l'article 44 des présents statuts.

Dans tous les cas, le montant de l'intervention des services complémentaires pour les services aides familiales, ambulance, contraception, convalescence, diabète, diététique, fécondation in vitro, fonds social, frais de déplacement, greffes, jeunesse, lait nouveau-nés, logopédie, matériel médical et sanitaire, médecines alternatives, médicaments génériques, optique, orthodontie, pédicure, premiers secours, prévention santé, prothèses, psychologie, psychomotricité, sevrage tabagique, soins des jeunes, sports, télévigilance, tickets modérateurs pour adultes et vaccination est limité au montant réellement payé par l'affilié diminué de l'intervention éventuelle d'une autorité publique sur la base d'une disposition légale ou réglementaire, comme en l'occurrence sur la base d'un arrêté royal dans le cadre de l'assurance obligatoire.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de l'intervention d'un service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §§1^{er}, 2 ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celles des autres membres.

Sur simple présentation d'une facture émanant d'un prestataire de service, l'application du tiers-payant est autorisée pour les services ambulance, frais de déplacement, garde d'enfants malades et télévigilance. Les autres services ne peuvent pas faire l'objet d'intervention en application du tiers-payant.

Pour les services ambulance, contraception, diabète, diététique, fécondation in vitro, greffes, intégration des personnes handicapées, jeunesse, lait nouveau-nés, logopédie, médecines alternatives, optique, pédicure, posturopodie, prothèses, psychomotricité, psychologie, sevrage tabagique, sports et vaccination, l'intervention est également octroyée si la dépense qui la justifie a été consentie par le bénéficiaire dans un des pays limitrophes suivants : Grand-Duché de Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas.

Pour les autres services que ceux évoqués précédemment, l'intervention ou le service est octroyé uniquement si la dépense qui la justifie a été consentie par le bénéficiaire sur le territoire belge.

Pour les services aides familiales et aides aux personnes, diététique, frais de déplacement, optique, psychologie, psychomotricité et sevrage tabagique pour lesquels une prescription médicale est exigée suivant les modalités d'octroi d'un avantage, la date de la prescription médicale ne peut pas être :

- postérieure à la date de l'évènement qui donne lieu à l'octroi d'un avantage ;
- antérieure de plus de six mois à la date de l'évènement qui donne lieu à l'octroi d'un avantage.

ARTICLE 42 - STAGE – COTISATIONSB. Tableau des cotisations au 1^{er} janvier 2018 :

232 – Date d’approbation : 08/11/2017 – Date d’application : 01/01/2018

Cotisations obligatoires (annuelles)A. Cotisations obligatoires propres

Cat. 1 : Ménage mutualiste sans personne à charge

Cat. 2 : Ménage mutualiste avec personnes à charge

Cat. 3 : Ménage mutualiste avec cotisations réduites au sens de l’art. 41 des statuts et sans personne à charge

Cat. 4 : Ménage mutualiste avec cotisations réduites au sens de l’art. 41 des statuts et avec personnes à charge

CODE	SERVICES	Art. des statuts	(1)	CATEGORIE DE MEMBRES			
				Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
15	Opérations	2B	*	81,96	81,96	0,00	0,00
37	Information aux membres	70, 70quinquies		3,00	3,00	0,00	0,00
93	Patrimoine	70quater	*	8,04	8,04	0,00	0,00
98/1	Centre administratif : centre de répartition	71		0,00	0,00	0,00	0,00
98/2	Centre administratif : réserves en frais d’administration de l’assurance obligatoire	71bis		17,16	17,16	0,00	0,00
TOTAL				110,16	110,16	0,00	0,00

CODE	(1) Personnes morales avec lesquelles un accord de collaboration a été conclu
15	Tiers avec lesquels la mutualité a conclu un accord de collaboration : ASBL MN Support, ASBL Horizons Jeunesse, ASBL Patients Assistance, Tempo-Team ChildCare SA
37	Tiers avec lesquels la mutualité a conclu un accord de collaboration : ASBL MN Support
93	Tiers avec lesquels la mutualité a conclu un accord de collaboration : ASBL MN Support

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

ARTICLE 43

La mutualité procède à l'appel des cotisations des services complémentaires suivant le mode d'encaissement choisi par le membre : paiement bancaire ou paiement par domiciliation.

Pour toute affiliation existante avant le 1^{er} janvier 2015, la périodicité de perception des cotisations autorisée par la mutualité en cas de paiement bancaire et retenue par le membre peut être trimestrielle ou semestrielle ou encore annuelle.

Pour toute nouvelle affiliation introduite à partir du 1^{er} janvier 2015 et ce, quel que soit la date d'affiliation réelle, la périodicité de perception des cotisations en cas de paiement bancaire est obligatoirement annuelle.

La périodicité de perception des cotisations autorisée par la mutualité en cas de paiement par domiciliation et retenue par le membre peut être mensuelle ou trimestrielle ou semestrielle ou encore annuelle. En l'absence de choix retenu par le membre, la périodicité de perception des cotisations en cas de paiement par domiciliation est par défaut mensuelle.

Les cotisations sont versées à la mutualité avant l'échéance du terme.

Le non-paiement des cotisations entraîne automatiquement la suspension des droits aux prestations pour la période à laquelle se rapportent les cotisations impayées.

Le non-paiement de la cotisation pour les services visés au 1^{er} tiret de l'article 2 b) des présents statuts constitue une cause d'exclusion des membres. Cette exclusion ne concerne que les services complémentaires. La notion de « services complémentaires » vise tant les opérations que les éventuels services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010.

Si les cotisations n'ont pas été payées relativement à une période de 23 mois consécutifs ou non, la procédure d'exclusion est entamée dès l'expiration de ce délai.

Au plus tard, dans le courant du mois qui suit l'expiration de ce délai, une lettre recommandée sera adressée aux membres concernés les invitant à s'acquitter dans les 15 jours du paiement des cotisations avant l'expiration du délai de 24 mois et les informant que l'exclusion prendra effet au plus tard à la fin du trimestre qui suit ce 24^{ème} mois.

L'exclusion ne dispense pas le membre exclu du paiement des arriérés de cotisations dues dans les limites de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

Par personnes à charge, conjoints, personnes non rétribuées s'occupant du ménage, ascendants, et enfants à charge, il faut entendre des personnes visées aux dispositions déterminant cette qualité en assurance obligatoire.

L'octroi aux prestations des services complémentaires prévu aux articles 51, 52, 53, 53bis, 53ter, 53quater, 53quinquies, 53sixties, 53septies, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 68, 69 et 69bis ne peut avoir lieu que si le bénéficiaire de la prestation est affilié à la mutualité durant toute la durée de l'activité pour laquelle la mutualité intervient. De plus, l'octroi aux prestations du service complémentaire prévu à l'article 69 ne peut avoir lieu que si le bénéficiaire de la prestation est en ordre de cotisation le jour de la dépense qui fait naître le droit à l'avantage.

Certains avantages organisés dans les services complémentaires peuvent être accordés au bénéficiaire de l'intervention sur base d'une liste restrictive de prestataires ou de transporteurs agréés, qui sera reprise en annexe des présents statuts et à considérer comme en faisant partie intégrante.

Le conseil d'administration de la mutualité peut toutefois modifier cette liste restrictive sous respect des conditions suivantes :

- la décision du conseil d'administration de modifier la liste restrictive est immédiatement transmise à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée en précisant la date d'entrée en vigueur de cette décision,
- les modifications sont reprises dans les statuts, avec effet rétroactif, à l'occasion de la prochaine assemblée générale.

L'action en paiement des prestations des services complémentaires se prescrit par un délai de deux ans à compter du moment où l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

(En vigueur depuis le 14.06.2017 - A.G. du 14.06.2017 - Accord O.C.M. du 14.09.2017)

Admission réciproque

ARTICLE 44

En cas de changement de mutualité, un membre ou une personne à charge qui, auprès de son ancienne mutualité, était déjà affilié à un service similaire à un service visé par l'article 42 des présents statuts et pour lequel un stage est d'application :

- S'il a déjà effectué auprès de son ancienne mutualité l'entièreté de son stage d'attente pour ce service, ne doit plus effectuer de stage d'attente dans la nouvelle mutualité quelle que soit la durée du stage d'attente dans l'ancienne mutualité,
- S'il n'a pas encore effectué auprès de son ancienne mutualité l'entièreté de son stage d'attente pour ce service, voit ledit stage d'attente à accomplir dans la nouvelle mutualité diminué de la période d'affiliation au service similaire antérieur.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

Prise en subsistance

ARTICLE 45

Les membres des mutualités faisant partie d'une mutualité affiliée à l'Union Nationale des Mutualités Neutres ou à une autre union nationale peuvent être admis en mutation sans stage. Ceci vaut également pour les services complémentaires sur base de l'article 44 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 15.06.2015 - A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

Service Tickets modérateurs des adultes

(Code de classification : 15)

ARTICLE 46

La mutualité organise un service tickets modérateurs des adultes en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le montant de l'intervention s'élève au remboursement du ticket modérateur légal des soins de santé ambulatoires limités aux consultations effectuées par des médecins généralistes et des médecins spécialistes en gynécologie et en ophtalmologie.

Une franchise de 25,00 € par année civile est appliquée à l'exception des consultations médicales effectuées par des médecins spécialistes en gynécologie au cours d'une grossesse.

Le service vise les bénéficiaires à partir du jour de leur dix-huitième anniversaire inscrits auprès de la mutualité à la date de la prestation pour laquelle l'intervention est demandée et qui ont un dossier médical global (D.M.G.) ouvert le jour de la dépense qui fait naître le droit à l'avantage.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de celle du présent service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §1er, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service psychomotricité

(Code de classification : 15)

ARTICLE 47

La mutualité organise un service psychomotricité en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde aux bénéficiaires de moins de 6 ans une intervention de 12 € par séance de psychomotricité spécifiée comme telle avec un plafond de 120 € par année civile sur base de :

- Un reçu établi par un psychomotricien ou un praticien paramédical, prestataire de l'activité, reconnu par l'INAMI ou par l'organisme compétent du pays,
- Une prescription médicale d'un médecin spécialiste en pédiatrie.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de celle du présent service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §1er, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service greffes

(Code de classification : 15)

ARTICLE 48

La mutualité organise un service greffes en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde aux bénéficiaires, en cas de greffe et sur présentation de la facture du patient reprenant le type de greffe ainsi que le montant y référant, une intervention aux conditions financières suivantes :

- Greffe du cœur : 1.000 €
- Greffe du foie : 1.000 €
- Greffe du pancréas : 1.000 €
- Greffe du rein et du pancréas : 2.000 €
- Greffe du rein : 1.000 €
- Greffe de la moelle : 1.000 €
- Greffe des poumons : 1.000 €

En cas de greffes multiples, le malade reçoit les interventions cumulativement, limitées toutefois à 2.000 €.

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois pendant une période de 12 mois.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service prothèses

(Code de classification : 15)

ARTICLE 49

La mutualité organise un service prothèse en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde une intervention maximale de 50 € pour :

- La fourniture d'une prothèse capillaire pour les bénéficiaires qui suivent un traitement de chimiothérapie et ce, après accord du médecin-conseil et sur base de pièces justificatives ;
- La fourniture d'une prothèse orthopédique aux bénéficiaires sur base de la facture de l'hôpital, détaillée et reprenant le montant du ticket modérateur porté à charge de l'assuré ;
- Le placement d'une lentille intraoculaire lors d'une opération de la cataracte soit sur base de la facture de l'hôpital, détaillée et reprenant le montant du ticket modérateur porté à charge de l'assuré, soit sur base d'une attestation du médecin spécialiste en ophtalmologie reprenant le montant du ticket modérateur réclamé.

Le service accorde aux bénéficiaires, sur base de pièces justificatives, une intervention maximale de 25 € par année civile pour la fourniture d'une prothèse acoustique.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service fécondation in vitro

(Code de classification : 15)

ARTICLE 50

La mutualité organise un service fécondation in vitro en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde aux bénéficiaires d'une fécondation in vitro une intervention maximale de 500 € pour autant qu'une intervention de l'assurance maladie ait été octroyée.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service logopédie

(Code de classification : 15)

ARTICLE 51

La mutualité organise un service logopédie en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

En cas de non intervention de l'assurance obligatoire, le service accorde aux bénéficiaires 10 € par séance de logopédie ou séance d'audio-thérapie réalisée par un logopède suivant la méthode « Tomatis », à concurrence d'un montant total de 500 € par année civile et par bénéficiaire.

Ces interventions sont octroyées sur présentation d'une pièce justificative émanant du logopède.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2015- A.G. du 16.06.2014 - Accord O.C.M. du 23.10.2014)

Service pédicure

(Code de classification : 15)

ARTICLE 52

La mutualité organise un service pédicure en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Le service accorde une intervention de 5 euros pour une séance de pédicure effectuée soit par un podologue, soit par une pédicure, soit par un centre d'esthétique et ce, avec un maximum de 4 séances par année civile par bénéficiaire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 02.12.2014 - A.G. du 02.12.2014 - Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Service optique

(Code de classification : 15)

ARTICLE 52bis (*approbation sous réserve*)

La mutualité organise un service optique en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde une intervention sur les montures de lunettes, verres correcteurs et lentilles de contact correctrices plafonnée à 100 € par bénéficiaire et par période de 4 ans, limitée au montant payé.

Le remboursement de l'intervention sur les montures de lunettes, verres et lentilles de contact a lieu :

- s'il n'y a pas d'intervention possible en assurance obligatoire ;
- sur remise du formulaire 15, ou à défaut, d'un reçu détaillé des fournitures, délivré par un opticien agréé par l'INAMI ou par un opticien dans les pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné, ou encore par un pharmacien ou un ophtalmologue,
- sur remise de l'original de la prescription du médecin spécialiste (ophtalmologue) agréé par l'INAMI, ou par un médecin spécialiste des pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ;

Le remboursement peut toutefois être obtenu sur présentation d'une copie des justificatifs originaux.

Le service accorde également une intervention unique en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons à concurrence de 125 € par œil et par bénéficiaire, limitée au montant payé et déduction faite du remboursement effectué en assurance obligatoire.

Le remboursement de l'intervention en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons a lieu en principe sur présentation des justificatifs originaux, délivrés par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI ou par un médecin spécialiste des pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ou encore par un établissement de soins.

Le remboursement peut toutefois être obtenu sur présentation d'une copie des justificatifs originaux.

Le service accorde une intervention maximale unique par vie de 150 €, limitée au montant payé, pour la fourniture d'appareils de confort pour la lecture : vidéos loupes, loupes optiques, synthèse vocale, logiciels d'agrandissement.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

Dispositions transitoires.

Sous réserve d'approbation par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres qui se tiendra le 25 juin 2014 du transfert du service complémentaire national 'optique' vers la mutualité, celle-ci s'engage à prendre à charge toutes les dépenses avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 32 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

(En vigueur depuis le 01.01.2017 - A.G. du 14.06.2017 - Accord O.C.M. du 14.09.2017)

Vaccinations

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53

La mutualité organise un service vaccinations en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service intervient dans le coût des vaccins à concurrence du montant restant à charge du bénéficiaire après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire soins de santé avec un maximum de 35 € par année civile.

L'intervention est limitée au montant payé et octroyée sur présentation de l'attestation de fourniture (BVAC ou autre reçu) délivrée soit par le pharmacien soit par un centre de vaccination soit par un centre hospitalier.

Par ailleurs, le service intervient dans le coût d'un traitement d'immunothérapie allergénique à concurrence de 60% du montant restant à charge du bénéficiaire après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire soins de santé avec un maximum de 300 € par année civile et ce, pendant trois années successives de traitement.

La première intervention dans le coût d'un traitement d'immunothérapie allergénique est octroyée uniquement sur base d'une ordonnance établie par un médecin spécialiste en allergologie ou en dermatologie ou en oto-rhino-laryngologie, ou encore en pneumologie aux conditions suivantes :

- en présence d'allergène provoquant un rhume des foins ou un asthme léger à moyen (pollen de bouleau, pollen de gazons, acariens et poils d'animaux),
- si l'anti-allergène spécifique existe pour l'allergie incriminée,
- si l'administration de médicaments destinés à atténuer l'allergie ne permet pas une amélioration de celle-ci,
- si la qualité de vie de la personne allergique est fortement entamée et que l'allergie menace d'évoluer vers un asthme,
- si les extraits d'allergène sont commercialisés en Belgique,
- si le médecin spécialiste en charge du traitement atteste du type d'allergie ainsi que de la nécessité d'un traitement,
- pour autant que le traitement d'immunothérapie allergénique ne soit pas interrompu.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 15.06.2015 - A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

Contraception

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53bis

La mutualité organise un service contraception en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le montant de l'intervention pour les moyens contraceptifs en faveur des bénéficiaires s'élève à :

- 40 € maximum par année civile et par bénéficiaire pour pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal et injection ;
- 120 € maximum par période de 36 mois et par bénéficiaire pour stérilet et implant contraceptif.

Le montant de l'intervention pour la fourniture de préservatifs délivrés uniquement en pharmacie est de 40 € maximum par année civile et par bénéficiaire.

Ces interventions sont limitées au montant payé et octroyées sur présentation de l'attestation de fourniture (BVAC ou autre reçu) délivrée par le pharmacien. Dans le cas des demandes de remboursement introduites pour les stérilets, implants contraceptifs et injections, le bénéficiaire fournira soit une attestation médicale soit une attestation de fourniture (BVAC ou autre reçu).

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2016- A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

Service soins des jeunes

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53ter

La mutualité organise un service soins des jeunes en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le montant de l'intervention s'élève au remboursement du ticket modérateur légal des soins de santé ambulatoires limités aux :

- consultations et visites effectuées par des médecins généralistes ou spécialistes ;
- prestations effectuées par des dentistes ;
- prestations effectuées par les kinésithérapeutes, infirmiers et infirmières reconnus par l'INAMI ;
- produits pharmaceutiques délivrés en pharmacie et remboursables en assurance obligatoire.

Le service vise les bénéficiaires jusqu'au jour de leur dix-huitième anniversaire inclus inscrits auprès de la mutualité à la date de la prestation pour laquelle l'intervention est demandée - et qui ont un dossier médical global (D.M.G.) ouvert le jour de la dépense qui fait naître le droit à l'avantage.

L'ouverture du dossier médical global (D.M.G.) pour l'obtention de l'intervention n'est toutefois pas exigée pour les nouveau-nés avant leur premier anniversaire.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de celle du présent service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §1er, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2015 - A.G. du 16.06.2014- Accord O.C.M. du 23.10.2014)

Service diététique

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53quater

La mutualité organise un service diététique en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le montant de l'intervention en faveur des bénéficiaires dans le coût du traitement de l'anorexie, d'une surcharge pondérale ou d'une obésité auprès d'un diététicien diplômé ou d'un nutritionniste est de :

- 12,50 € par séance de suivi diététique avec un plafond de 8 séances par année civile et par bénéficiaire.

Les interventions dans le coût du traitement de l'anorexie, de l'obésité ou de la surcharge pondérale sont octroyées sur base d'un certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement ainsi que sur base de justificatifs reprenant les honoraires perçus par le diététicien ou le nutritionniste.

En cas d'obésité ou de surcharge pondérale, le certificat médical devra mentionner un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25 pour les adultes à partir de 18 ans ou un percentile supérieur ou égal à 85 pour les enfants de moins de 18 ans.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018- A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service psychologie

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53quinquies

La mutualité organise un service psychologie en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Sur base d'une prescription médicale circonstanciée justifiant le cas comme digne d'intérêt, le service psychologie accorde dans le coût du traitement psychologique auprès d'un licencié en psychologie ou dans un centre de planning familial une intervention maximale par année civile de :

- 10,00 euros par séance de suivi psychologique avec un maximum de 8 séances.

Les interventions sont octroyées sur base du certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement ainsi que les justificatifs reprenant les honoraires perçus par le licencié en psychologie ou le centre de planning familial.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service gynécologie

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53sexties

(Abrogé depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Prévention santé

(Code de classification : 15)

ARTICLE 53septies

La mutualité organise un service prévention santé en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le montant de l'intervention correspond au ticket modérateur légal pour les examens médicaux s'inscrivant dans le cadre d'un dépistage et est plafonné à 25,00 € par bénéficiaire par année civile :

Dépistage de certaines maladies graves :

Cancer du sein :	Consultation et mammographie
Cancer de la prostate :	Consultation et analyse de sang
Cancer du côlon et des intestins :	Consultation et coloscopie
Ostéoporose :	Consultation et ostéodensitométrie
Maladies cardio-vasculaires :	Consultation, analyse de sang et électrocardiogramme
Diabète de type II :	Consultation et analyse de sang
Cancer de la peau :	Consultation auprès d'un dermatologue

<u>Dépistage de la mort subite du nourrisson :</u>	Prestations liées à la polysomnographie (code 474563)
--	---

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de celle du présent service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §1er, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2015 - A.G. du 16.06.2014 - Accord O.C.M. du 23.10.2014)

Diabète

(Code de classification : 15)

ARTICLE 54 DIABETE

La mutualité organise un service diabète en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service intervient pour les diabétiques dans le coût des tiges utilisées pour l'usage d'un glucomètre ou des patchs destinés à mesurer le taux de glycémie et à attacher par un bandage sur la peau, à concurrence du montant restant à charge du bénéficiaire après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire soins de santé avec un maximum de 40 € par année civile. L'intervention est limitée au montant payé plafonné à 10 € par boîte de tiges ou par patch et est octroyée sur base de l'attestation de fourniture.

Une intervention de maximum 50 € est par ailleurs octroyée une fois toutes les trois années civiles pour l'achat d'un glucomètre ou de tout autre appareil de mesure du taux de glycémie.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2017 - A.G. du 13.12.2016 - Accord O.C.M. du 23.03.2017)

Service médicaments génériques

(Code de classification : 15)

ARTICLE 55

La mutualité organise un service médicaments génériques en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le montant de l'intervention s'élève au remboursement de 50 % du ticket modérateur légal pour les médicaments génériques délivrés en pharmacie et qui font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire. Toutefois, les moyens contraceptifs et les vaccins ne font pas l'objet d'un remboursement du service.

Ces interventions sont plafonnées à 75 € maximum par année civile et par bénéficiaire et sont octroyées sur présentation de l'attestation de fourniture BVAC délivrée par le pharmacien.

Le service vise les bénéficiaires inscrits auprès de la mutualité à la date de délivrance des médicaments pour laquelle l'intervention est demandée et qui ont un dossier médical global (D.M.G.) ouvert à la date de délivrance des médicaments.

L'ouverture du dossier médical global (D.M.G.) pour l'obtention de l'intervention n'est toutefois pas exigée pour les nouveau-nés avant leur premier anniversaire.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de celle du présent service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §1er, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 02.12.2014- A.G. 02.12.2014 Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Service lait nouveau-nés

(Code de classification : 15)

ARTICLE 56

La mutualité organise un service lait nouveau-nés en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service octroie à l'enfant nouveau-né :

- une prime unique de 30 € pour son allaitement au-delà de l'âge de deux mois, certifié soit par une attestation établie par un pédiatre, soit par une copie du carnet, au nom de l'enfant, de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ou de Kind en Gezin (K&G) ;
- une intervention plafonnée à 30 € par vie dans l'achat, avant que l'enfant ait atteint l'âge d'un an, de boîtes de lait vendues en pharmacie ; ceci sur présentation de l'attestation de fourniture (BVAC ou autre reçu) délivrée par le pharmacien.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service convalescence

(Code de classification : 15)

ARTICLE 57

La mutualité organise un service de convalescence en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Le service convalescence accorde une intervention de 20,00 € par nuitée pour toute cure de convalescence d'une durée de 7 à 21 nuitées.

La cure de convalescence doit répondre aux conditions suivantes :

- Faire suite :
 - o soit à une hospitalisation avec intervention dont la valeur relative est d'au moins K250 ou N400,
 - o soit à une hospitalisation résultant d'une des maladies graves suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique et diabète,
 - o soit à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
- Etre justifiée par un certificat médical circonstancié et motivé établi par un médecin ;
- Débuter dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation ou du traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
- Avoir lieu dans une maison de convalescence située en Belgique.

Les interventions sont octroyées, sur base d'une attestation de séjour émanant de la maison de convalescence, à concurrence d'une seule intervention par affection et par année civile.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2017- A.G. 13.12.2016- Accord O.C.M. du 23.03.2017)

Service aides familiales et aides aux personnes

(Code de classification : 15)

ARTICLE 58

La mutualité organise un service aides familiales et aides aux personnes en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde une intervention à raison de 1 € par heure prestée avec un maximum de 4 heures par jour dans le coût des prestations effectuées par des services d'aides familiales, aides ménagères et garde-malades agréés par l'administration publique compétente.

Les prestations doivent dès la première demande d'intervention être justifiées par un certificat médical précisant que l'état de santé du bénéficiaire ne lui permet plus d'accomplir ses tâches familiales et ménagères.

Les interventions cumulées offertes par le service aides familiales et aides aux personnes sont limitées à un plafond de 400 heures par année civile et par bénéficiaire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service prêt de matériel

(Code de classification : 15)

ARTICLE 59

(Abrogé au 01.01.2013 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

Service télévigilance

(Code de classification : 15)

ARTICLE 60

La mutualité organise un service télévigilance en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Ce service accorde en faveur des bénéficiaires une intervention mensuelle de 7 euros pour frais d'abonnement à une centrale de surveillance à distance.

L'intervention est remboursée sur base de la présentation de la facture établie par le prestataire de services.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 02.12.2014- A.G. 02.12.2014- Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Service ambulance

(Code de classification : 15)

ARTICLE 61

Le service est organisé en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Il octroie une intervention dans les frais de déplacement vers un milieu hospitalier.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

1. Transports en ambulance

1.1 Transporteurs conventionnés

Pour les transports non urgents assurés par certains transporteurs agréés par la Région Wallonne, qui ont passé convention avec la mutualité et dont la liste est reprise en annexe 2 aux présents statuts tout en en faisant partie intégrante, l'intervention est calculée comme suit, sous réserve du respect des clauses de ladite convention :

- a) Ambulance normalisée : 1,77 €/km;
- b) Ambulance para-médicalisée : 2,10 €/km, majorés le cas échéant de la prise en charge des 2/3 de la majoration pour les transports effectués de nuit, le dimanche ou un jour férié et 22,39 €/heure pour les prestations de l'équipe paramédicale ;
- c) Ambulance médicalisée : 2,67 €/km, majorés le cas échéant de la prise en charge des 2/3 de la majoration pour les transports effectués de nuit, le dimanche ou un jour férié et de 44,42 €/heure pour les prestations de l'équipe médicale.

Les tarifs visés à l'alinéa précédent sont d'application au 1^{er} janvier 2018 et sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année sur base de l'indice-santé du mois de septembre de l'année précédente.

L'indexation visée ci-dessus sera appliquée aussi bien en cas de hausse de l'indice santé qu'en cas de baisse de ce dernier.

A titre informatif, les conventions visées ci-dessus sont reprises en annexe 1 aux présents statuts. Elles n'en font pas partie intégrante.

L'intervention pour les transports non urgents en ambulance avec un transporteur conventionné peut faire l'objet de l'application du tiers-payant sur base de la facture du transporteur.

1.2 Transporteurs non conventionnés

En dehors des transports visés au point 1.1 ci-dessus, l'intervention est fixée à un maximum de 0,87 € par kilomètre ou à un forfait ville de 20,00 € et se voit appliquer un plafond journalier de 250,00 €; avec un seul aller et retour par jour ; aucune intervention n'est octroyée pour la prise en charge et les heures d'attente du véhicule.

L'intervention sera limitée au prix kilométrique facturé en prenant en considération le kilométrage du barème officiel des distances et sera octroyée sur base d'une quittance du transporteur reprenant le détail des kilomètres parcourus.

Elle fera l'objet des restrictions suivantes :

- Les déplacements: pour hospitalisations en sanatorium, préventorium, institut psychiatrique, pour séjour en cure de convalescence, cure hydrothérapique ou de physiothérapie ne donnent pas lieu à intervention ;
- L'intervention est limitée à 50 km en dehors du territoire belge.

2. Transports aériens urgents

Les transports aériens urgents, c'est-à-dire résultant d'un appel à la centrale d'alarme 100/112, donnent lieu à une intervention avec plafond de 650 € par jour, sur base de la facture du transporteur.

L'intervention pour les transports aériens urgents avec un transporteur conventionné peut faire l'objet de l'application du tiers-payant sur base de la facture du transporteur.

3. Restrictions relatives aux transports en ambulance

- Les déplacements pour hospitalisation en sanatorium, préventorium, institut psychiatrique, pour séjour en cure de convalescence, cure hydrothérapique ou de physiothérapie ne donnent pas lieu à intervention ;
- L'intervention est limitée à 50 km parcourus aller/retour en dehors du territoire belge pour les transports en ambulance non urgents visés au point 1.1.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M 29.03.2018)

Service frais de déplacement

(Code de classification : 15)

ARTICLE 62

La mutualité organise un service frais de déplacement en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Volet 1

Le service intervient dans les frais de déplacement en cas de consultation, de traitement de radiographie ou d'acte technique effectué dans un centre hospitalier, dans un centre médical ou chez un médecin spécialiste, à l'exclusion des déplacements en voiture privée pour un médecin spécialiste en gynécologie, en ophtalmologie et en pédiatrie.

Les interventions ne sont accordées que pour l'aller et le retour. Les heures d'attente ne sont jamais prises en considération et ne peuvent, en aucun cas, être assimilées au kilométrage.

Ne sont pas remboursés les transports résultant d'un accident pour lequel il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire (accident de travail, sur le chemin du travail).

L'intervention est limitée à 50 km en dehors du territoire belge.

Les plafonds suivants sont d'application par année civile et par bénéficiaire :

- 100,00 € pour les soins prodigués en dehors d'un centre hospitalier
- 200,00 € pour les soins prodigués en centre hospitalier.

Les modes de déplacement suivants sont couverts par une intervention :

1. En voiture privée :

- a. L'impossibilité du bénéficiaire à se déplacer par un moyen de transport en commun est établie par la remise d'un certificat médical :
 - 0,20 €/km dès le premier kilomètre
 - Plafond journalier : 35 €
 - Un seul aller et retour par jour
- b. L'impossibilité du bénéficiaire à se déplacer par un moyen de transport en commun n'est pas établie par la remise d'un certificat médical :
 - 0,15 €/km à partir du 30^{ème} kilomètre et au-delà
 - Plafond journalier : 35 €
 - Un seul aller et retour par jour

2. En taxi – taxi social communément appelé service de transport d'intérêt général – VSL – TPMR (transport de personnes à mobilité réduite) :

L'impossibilité du bénéficiaire à se déplacer par un moyen de transport en commun doit avoir été établie par la remise d'un certificat médical :

- 0,25 €/km dès le premier kilomètre
- Forfait minimum de 5 €
- Plafond journalier : 75 €
- Un seul aller et retour par jour

3. En transport en commun :

- Plafond journalier : 35 €
- Un seul aller et retour par jour sur la base du tarif du chemin de fer 2^{ème} classe (SNCB ou SRWT)

En cas de déplacement du bénéficiaire avec une société de transport pour un traitement de radiothérapie, de chimiothérapie ou de dialyse rénale, l'intervention est fixée à 0,25 €/km avec un plafond de 500,00 € par année civile et par bénéficiaire et ce, après intervention de l'assurance obligatoire, sachant qu'il n'y a pas de cumul possible avec les autres interventions prévues au volet 1.

Volet 2

La mutualité confie des missions de service au partenaire Patients Assistance ASBL avec lequel elle conclut un accord de collaboration.

Les dites missions de service consistent en :

1. Transport social communément appelé service de transport d'intérêt général :

Le partenaire assume le transport non urgent et non médicalisé des affiliés vers des établissements de soins ou les cabinets privés de prestataires médicaux au travers de son réseau de chauffeurs volontaires.

L'intervention personnelle du bénéficiaire est fixée à 0,34 €/km parcouru avec un forfait de 10,00 € pour les trajets inférieurs à 29 kms.

Le partenaire s'engage à respecter les dispositions prévues par le décret wallon et par la loi relative aux droits des volontaires du 3 juillet 2005.

2. Organisation (commande) de transports médicalisés spécialisés :

Le partenaire organise le transport médicalisé spécialisé des affiliés qui en font la demande.

3. Call Center :

Le partenaire prend en charge la gestion centralisée des appels des affiliés pour la réservation des transports.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service médecines alternatives

(Code de classification : 15)

ARTICLE 63

La mutualité organise un service médecines alternatives en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

1. Médicaments homéopathiques.

Le service accorde une intervention de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de 100 € par bénéficiaire et par année civile dans le prix des médicaments homéopathiques.

Pour pouvoir bénéficier d'intervention du service, les médicaments homéopathiques doivent être prescrits par un docteur en médecine agréé par l'INAMI, ou par un docteur en médecine des pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

Ces médicaments peuvent également être prescrits par un homéopathe qui soit a soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit a apporté la preuve de son affiliation à une affiliation à une organisation professionnelle d'homéopathie. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'Administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de Contrôle des Mutualités. La liste est reprise en annexe 4 de ces statuts et est également consultable sur le site web de la mutualité.

Ces médicaments doivent être délivrés par un pharmacien et répondre aux critères suivants : il doit s'agir d'une dilution de minimum 10.000 ou s'agir de préparations orales. Le remboursement est octroyé sur base du formulaire BVAC, sur lequel doivent être mentionnés la dénomination et le prix du produit à condition que le produit y soit marqué d'un astérisque ou, à défaut, soit repris dans une liste des produits homéopathiques remboursables.

Ce système vaut également pour les produits équivalents acquis à l'étranger.

La liste des produits homéopathiques remboursables est arrêtée par le Conseil d'Administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de Contrôle des Mutualités. La liste est reprise en annexe 5 de ces statuts et est également consultable sur le site web de la mutualité. La décision du Conseil d'Administration doit être transmise à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée Générale.

2. Visites et consultations des prestataires des pratiques non conventionnelles.

Le service accorde une intervention de 10 € par visite ou consultation et pour un maximum de 70 € par bénéficiaire et par année civile dans le coût des visites et consultations des prestataires des pratiques non conventionnelle suivantes :

- L'homéopathie,
- L'anthroposophie,
- La chiropraxie,
- L'ostéopathie,
- L'acupuncture,
- L'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur,
- La mésothérapie.

Les prestataires de pratiques non conventionnelles, à l'exception des mésothérapeutes, sont reconnus par la mutualité s'ils ont soit soumis une copie de leur diplôme et de leur assurance RC professionnelle, soit ont apporté la preuve de leur affiliation à une organisation professionnelle d'une des pratiques non conventionnelles faisant l'objet d'un remboursement par ledit service.

Les mésothérapeutes ayant la qualité de médecin reconnue par l'INAMI ou la qualité de médecin des pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnue par l'organisme compétent du pays concerné sont reconnus d'office par la mutualité pour la pratique de la mésothérapie :

- en Belgique lorsqu'ils figurent parmi les membres de la société scientifique belge de mésothérapie repris sur le site web <http://www.mesotherapie-ssbm.be>
- en Allemagne, lorsqu'ils figurent parmi les membres de 'Deutsche Gesellschaft für Mesotherapie' repris sur le site web <http://www.mesotherapie.org/>,
- en France, lorsqu'ils figurent parmi les membres de la société française de mésothérapie repris sur le site web <http://www.sfmesotherapie.com>.

Les mésothérapeutes ayant la qualité de médecin reconnue par l'INAMI et qui ne sont pas membres de la société scientifique belge de mésothérapie sont reconnus par la mutualité s'ils ont soumis une copie de leur diplôme de mésothérapie et de leur assurance RC professionnelle.

La liste des prestataires de pratiques non conventionnelles est arrêtée par le Conseil d'Administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de Contrôle des Mutualités et qui sont précisées ci-après. La décision du Conseil d'Administration en la matière doit être transmise à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée Générale.

La liste des prestataires de pratiques non conventionnelles est consultable sur le site web de la mutualité et est reprise en annexe 4 de ses statuts.

Lorsque le prestataire de pratiques non conventionnelles a également la qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI, ou la qualité de prestataire de soins des pays limitrophes (Grand-Duché du Luxembourg, France, Allemagne et Pays-Bas) reconnue par l'organisme compétent du pays concerné et lorsque la prestation donne droit à un remboursement en assurance obligatoire et en assurance complémentaire, le remboursement en assurance complémentaire ne peut se faire sur base de l'attestation de soins (ou d'une copie de celle-ci) émise par le prestataire en sa qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI mais sur base de la remise d'un document distinct.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

Dispositions transitoires.

Sous réserve d'approbation par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres qui se tiendra le 25 juin 2014 du transfert du service complémentaire national 'médecines alternatives' vers la mutualité, celle-ci s'engage à prendre à charge toutes les dépenses avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 30 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

(En vigueur depuis le 14.06.2017 - A.G. du 14.06.2017 - Accord O.C.M. du 14.09.2017)

Service orthodontie

(Code de classification : 15)

ARTICLE 63bis

La mutualité organise un service orthodontie en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service orthodontie accorde une seule intervention pour un seul traitement orthodontique, complémentaire à celle de l'assurance obligatoire prévue à l'article 5 de la nomenclature des soins de santé. Pour ce faire, une demande d'intervention pour traitement orthodontique doit être introduite pour l'enfant auprès du médecin-conseil avant que celui-ci ait atteint l'âge maximum fixé par la réglementation en assurance obligatoire.

Le remboursement peut atteindre 750 € au maximum payable comme suit :

- 150 € lors du placement de l'appareil (code 305631),
- 150 € après 6 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896),
- 150 € après 12 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896),
- 150 € après 30 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896),
- 150 € après 36 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896),
- Sans accord du médecin-conseil, une seule intervention de 150 € pour un seul traitement est garantie après 6 mois pour tous les bénéficiaires.

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

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

Dispositions transitoires.

Sous réserve d'approbation par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres qui se tiendra le 25 juin 2014 du transfert du service complémentaire national 'traitements orthodontiques' vers la mutualité, celle-ci s'engage à prendre à charge toutes les dépenses avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 31 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

(En vigueur depuis le 01.01.2015- A.G. du 16.06.2014 - Accord O.C.M. du 23.10.2014)

Service sports

(Code de classification : 15)

ARTICLE 63ter

La mutualité organise un service sports en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service sports intervient à concurrence d'un montant maximal de 30 € par bénéficiaire et par année civile dans les frais d'affiliation à un club sportif.

Dans tous les cas, le montant de l'intervention est limité au montant réellement payé pour l'affiliation au club sportif.

Les conditions d'intervention sont les suivantes :

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

L'Assemblée Générale se réserve le droit d'adapter la liste des disciplines sportives.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

Dispositions transitoires.

Sous réserve d'approbation par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres qui se tiendra le 25 juin 2014 du transfert du service complémentaire national 'affiliation à un club sportif' vers la mutualité, celle-ci s'engage à prendre à charge toutes les dépenses avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 35 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

(En vigueur depuis le 01.01.2015- A.G. du 02.12.2014 - Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Service garde d'enfants malades

(Code de classification : 15)

ARTICLE 63quater

La mutualité organise un service garde d'enfants malades en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Pour l'organisation de ce service, un accord de collaboration est conclu avec un partenaire.

Lorsque les deux parents possèdent leur propre statut au sens de l'assurance obligatoire, un gardiennage d'un enfant malade est assuré aux conditions suivantes :

- Age : enfants de moins de 12 ans
- Horaire : de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h)
- Durée : 5 jours consécutifs maximum pour l'intervention
- Maximum : 15 jours par an
- Justificatif : sur base d'un certificat médical
- Exception : week-ends et jours fériés.

En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par la mutualité, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention, les parents doivent s'adresser au partenaire via un numéro de téléphone gratuit. En cas d'appel avant 11 heures, le gardiennage aura lieu le jour qui suit. Si tel n'est pas le cas, le gardiennage débutera le 2ème jour qui suit l'appel.

Le gardiennage d'enfants malades est accessible aux frères et sœurs de moins de 12 ans d'un enfant gravement malade et hospitalisé aux conditions suivantes :

- Age : enfants de moins de 12 ans
- Horaire : de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h)
- Durée : 5 jours consécutifs maximum pour l'intervention
- Maximum : 15 jours par an
- Justificatif : sur base d'un certificat médical du médecin hospitalier traitant l'enfant gravement atteint, attestant que l'hospitalisation est prévue pour une durée supérieure à 15 jours
- Exception : week-ends et jours fériés.

En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par la mutualité, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

Dispositions transitoires.

Sous réserve d'approbation par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres qui se tiendra le 25 juin 2014 du transfert du service complémentaire national 'garde d'enfants' vers la mutualité, celle-ci s'engage à prendre à charge toutes les dépenses avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 36 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

(En vigueur depuis le 01.01.2017- A.G. du 13.12.2016 - Accord O.C.M. du 23.03.2017)

Service posturopodie

(Code de classification : 15)

ARTICLE 63quinquies

La mutualité organise un service posturopodie en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Une intervention maximale de 35 € est accordée une fois toutes les deux années civiles pour le placement d'une paire de semelles de posturopodie, sur prescription d'un médecin.

L'intervention est accordée pour autant qu'il n'y ait pas d'intervention en assurance obligatoire et ce, sur base d'un reçu de fourniture établi par le prestataire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 14.06.2017 - A.G. du 14.06.2017- Accord O.C.M. du 14.09.2017)

Service naissance - adoption

(Code de classification : 15)

ARTICLE 64

La mutualité organise un service naissance - adoption en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Ce service consiste en l'octroi d'une prime de 350 euros au bénéfice d'un enfant à l'occasion de sa naissance pour autant que l'enfant soit membre de la mutualité dès le jour de sa naissance.

Le service prévoit également d'accorder une prime de 350 euros à un enfant n'ayant pas atteint l'âge de 12 ans à l'occasion de son adoption pour autant que l'enfant soit membre de la mutualité dès le jour de son adoption.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 02.12.2014 - A.G. du 02.12.2014 - Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Premiers secours

(Code de classification : 15)

ARTICLE 65

La mutualité organise un service 'premiers secours' en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Ce service rembourse en faveur des bénéficiaires le coût des formations de premiers secours dispensées par la Croix-Rouge de Belgique et qu'ils ont suivies, à concurrence de :

- 45 € pour le brevet européen de premiers secours (BEPS),
- 70 € pour le brevet de secouriste,
- 25 € pour la formation réanimation pédiatrique,
- 35 € pour la formation 'bosses et bobos',
- 25 € pour la formation '3 minutes pour sauver une vie'.

L'intervention est octroyée une fois par vie pour chaque formation et ce, sur présentation du reçu attestant du montant des frais encourus et de la preuve de l'obtention du diplôme délivré à l'issue de la formation par la Croix-Rouge de Belgique.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Sevrage tabagique

(Code de classification : 15)

ARTICLE 66

La mutualité organise un service sevrage tabagique en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Ce service accorde une intervention de 30 € par année civile et par bénéficiaire dans le coût d'un traitement médicamenteux anti-tabac délivré en pharmacie et non remboursable par l'assurance obligatoire.

L'intervention est remboursée sur base d'une prescription médicale et sur présentation de l'attestation de fourniture délivrée par le pharmacien.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

En vigueur depuis le 01.01.2015 - A.G. du 16.06.2014 - Accord O.C.M. du 23.10.2014)

Intégration des personnes handicapées

(Code de classification : 15)

ARTICLE 67

La mutualité organise un service intégration sociale des personnes handicapées en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Ce service prévoit une intervention dans les frais d'inscription à un module de formation en langue des signes ou en langage parlé complété (LPC) plafonnée à 150 € par vie et par bénéficiaire.

L'intervention est accordée sur présentation du reçu attestant du montant des frais encourus.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2016- A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

Service fonds social

(Code de classification : 15)

ARTICLE 68

La mutualité organise un service Fonds social en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Le service Fonds social a pour but d'accorder un prêt, éventuellement complété d'une intervention financière, aux bénéficiaires qui sont confrontés à des frais exceptionnels et élevés dépassant 150 € suite à leur état de santé, un traitement médical ou des soins.

L'intervention est accordée sur présentation :

- d'une demande signée par le bénéficiaire au plus tard 5 mois après les prestations ;
- d'un rapport social ou d'une enquête de revenus, établi par le service social de la mutualité ;
- des factures et des notes de frais originales qui démontrent les frais exceptionnels et élevés à charge du membre.

En vue d'une intervention sont seuls considérés les frais de santé après déduction :

- de l'intervention déterminée ou encore à déterminer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, y compris l'intervention accordée dans le cadre de la loi sur le maximum à facturer ;
- de l'assurance pour accidents du travail ;
- de l'intervention du fonds des maladies professionnelles ;
- de toute autre indemnisation d'une assurance, d'une caisse, d'un fonds, d'un organisme ou d'une institution où l'affiliation est obligée par la loi ;
- de l'intervention de l'assurance dépendance.

Les frais de soins ou de traitements médicaux sont uniquement pris en compte si la nécessité médicale du traitement ou des soins est démontrée au moyen d'un certificat médical d'un médecin.

En cas d'hospitalisation, les suppléments qui résultent du choix d'une chambre individuelle ne sont pas pris en compte.

Forme 1

Le bénéficiaire peut justifier un prêt sans intérêt remboursable en 24 mensualités maximum pour un montant prêté n'excédant pas 750 €.

Forme 2

Sur la tranche de frais de santé comprise entre 750 € et 4.500 €, une intervention non remboursable s'élevant à 1/3 desdits frais est octroyée en complément de la forme 1 ; un plafond triennal de 1.250 euros est appliqué sur cette intervention non remboursable.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de celle du présent service complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §1^{er}, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le service Fonds social a également pour mission d'accorder un prêt équivalant à la garantie locative correspondant à 2 mois de loyer :

- aux étudiants poursuivant des études supérieures en dehors de leur lieu de résidence habituel et s'installant dans un kot pour étudiant;
- aux bénéficiaires s'installant dans un premier logement en tant que locataire à condition d'y être officiellement domicilié en tant que chef de ménage.

Le bénéficiaire peut justifier de ce prêt sans intérêt remboursable en 12 mensualités maximum pour un montant prêté n'excédant pas 1.000 € et ce, sur base de :

- pour un kot étudiant, une copie du bail du kot d'étudiant établi au nom des parents de l'étudiant ou de l'étudiant lui-même ;
- pour un premier logement locatif, une copie du bail du logement établi au nom du bénéficiaire seul ou du bénéficiaire ainsi qu'une ou plusieurs autres personnes physiques.

La demande d'intervention pour l'obtention d'un prêt 'garantie locative' doit être introduite à la mutualité dans les 30 jours du début du bail du kot ou du premier logement.

Le prêt 'garantie locative' n'est octroyé que deux fois par vie et par bénéficiaire.

L'obtention par le bénéficiaire d'un nouveau prêt 'garantie locative' est toujours subordonnée au remboursement intégral du prêt précédent.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2016 - A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

Service jeunesse

(Code de classification : 15)

ARTICLE 69

La mutualité organise un service jeunesse en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde une intervention cumulée maximale de 40 € par année civile et par bénéficiaire pour les voyages scolaires organisés en période scolaire et comportant au minimum une nuitée.

Le service accorde également une intervention de 6,00 € par jour avec un plafond de 20 jours par année civile et par bénéficiaire pour la participation à des activités durant les vacances scolaires : voyages scolaires, stages, camps de mouvements de jeunesse et plaines de jeux.

Bénéficient de ces interventions, les bénéficiaires âgés de 3 ans au moins au 31 décembre de l'année du début du séjour et de 18 ans au plus pendant l'année du séjour.

Le service accorde une intervention maximale de 250 € par année civile et par bénéficiaire pour les séjours de vacances spécialement organisés en faveur des personnes handicapées par des structures spécialisées en matière d'handicap et disposant d'un encadrement adéquat.

Est considérée comme handicapée toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société civile.

Les interventions du service sont octroyées sur base d'un reçu émanant de l'organisateur des activités en précisant la période du séjour ainsi que le montant payé par le bénéficiaire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2016 - A.G. du 15.06.2015 - Accord O.C.M. du 10.09.2015)

Service sécurité routière

(Code de classification : 15)

ARTICLE 69bis

La mutualité organise un service sécurité routière en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Le service accorde une intervention unique de 50 € dans le coût d'un stage de maîtrise d'un véhicule pour les conducteurs en possession du permis de conduire :

- stage de maîtrise d'un véhicule vélomoteur pour un conducteur en possession du permis de conduire de catégorie A3 ou supérieur,
- stage de maîtrise d'un véhicule motocyclette pour un conducteur en possession du permis de conduire de catégorie A, B ou supérieur,
- stage de maîtrise d'un véhicule automobile pour un conducteur en possession du permis de conduire de catégorie B ou supérieur.

Les interventions sont octroyées sur base d'un reçu émanant de l'organisateur du stage de maîtrise en précisant la date du stage et le montant payé par le bénéficiaire. Une copie du permis de conduire devra y être jointe.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 02.12.2014 - A.G. du 02.12.2014 - Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Service information aux membres

(Code classification : 37)

ARTICLE 70

La mutualité organise un service information en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

Ce service prend en charge les frais de conception, de réalisation, d'impression et de distribution d'un magazine gratuit d'information et de toute publicité gratuite destinés aux membres.

Ce service est considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'article 1^{er}, 1° de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 02.12.2014 - A.G. du 02.12.2014 - Accord O.C.M. du 26.03.2015)

Service Jeunesse

(Code de classification : 15)

ARTICLE 70bis

Le service jeunesse organise à l'attention des jeunes bénéficiant d'allocations familiales des activités sportives et culturelles, des loisirs éducatifs et des vacances visant à développer leur bien-être physique et moral et à les éveiller à la citoyenneté. Le prix de ces activités, loisirs et vacances est à charge des participants.

Le service accorde aux membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi qu'à leurs personnes à charge une réduction de maximum 350 € sur chaque activité qu'il organise.

Les programmes de 2017 de ces activités ainsi que la réduction octroyée aux membres de la mutualité sont repris en annexe 3 aux présents statuts, qui est à considérer comme en faisant partie intégrante.

Pour l'organisation de ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL Horizons Jeunesse.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2017 - A.G. du 13.12.2016 - Accord O.C.M. du 23.03.2017)

Service Propagande et information (I)

(Code classification : 37)

ARTICLE 70ter/I1

(Abrogé depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service Patrimonial (I)

(Code de classification : 93)

ARTICLE 70ter/I2

(Abrogé depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service Bien-Être et Santé (I)

(Code de classification : 15)

ARTICLE 70ter/I3

(Abrogé depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)

Service Propagande et information (II)

(Code de classification : 37)

ARTICLE 70quater/II1

Le service Propagande et Information (II) organise, rédige et diffuse l'information aux membres concernant les services complémentaires et de la publicité en faveur de la mutualité.

Pour l'organisation de ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL MN SUPPORT.

Ce service est considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'article 1^{er}, 1° de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'assurance maladie complémentaire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

Service Patrimonial (II)

(Code de classification : 93)

ARTICLE 70quater/II2

Le service Patrimonial (II) met à disposition de la mutualité tous biens mobiliers et immobiliers destinés à ses services administratifs, sociaux ou médicaux.

Pour l'organisation de ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL MN SUPPORT.

Ce service est considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'article 1^{er}, 5° de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

Un financement de 118.567,35 € a été alloué pour ce service en 2017 et un montant maximum de 240.641,54 € est prévu pour 2018.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

Service Bien-Être et Santé (II)

(Code de classification : 15)

ARTICLE 70quater/II3

Le service Bien-Être et Santé II développe le tourisme social en faveur des affiliés et leurs personnes à charge en organisant des voyages d'un ou plusieurs jours, en Belgique ou à l'étranger, à orientation culturelle ou récréative. Les affiliés et leurs personnes à charge, à l'occasion de ces voyages, peuvent se faire accompagner par une ou plusieurs personnes de leur choix, non affiliées à la mutualité et qui se verront appliquer le tarif dévolu aux affiliés, majoré de 20%.

Ce service organise en faveur des affiliés et de leurs personnes à charge des conférences et des ateliers portant sur des thèmes en rapport direct avec le bien-être et la santé.

Il défend également les intérêts des affiliés et leurs personnes à charge.

Pour l'organisation de ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL MN SUPPORT.

La cotisation et le stage requis sont fixés à l'article 42 des présents statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

Service social

(Code de classification : 37)

ARTICLE 70quinquies

La mutualité organise un service social en faveur des membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1, 2 et 3 ainsi que des personnes à leur charge.

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

Le service octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils.

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Pour la réalisation des avantages qui ne relèvent pas de l'exécution de l'assurance obligatoire, le service est intégralement financé par une cotisation des membres.

Ce service est considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'article 1^{er}, 1° de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et aux directives fixés dans la réglementation applicable de l'autorité compétente, dont les références sont reprises à l'annexe 6 des statuts, pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités ainsi qu'à la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 09.12.2015 - Accord O.C.M. du 24.03.2016)

Service administratif (98/2)

(Code de classification : 98/2)

ARTICLE 71bis

Le service administratif 98/2 a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195 §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service.

Les produits et charges déterminés par l'Office de Contrôle des Mutualités sont également attribués au service administratif (code 98/2).

(En vigueur depuis le 01.01.2013 - A.G. 12.11.2013 - Accord O.C.M. du 06.02.2014)

Chapitre VI - Fonds, emploi et gestion de ces fonds

ARTICLE 72

Les fonds de la mutualité sont répartis comme suit :

- * 15 Opérations
- * 37 Information
- * 37 Propagande et information (II)
- * 93 Patrimonial (II)
- * 98/2 Service administratif

(En vigueur depuis 01.01.2018 - A.G. du 13.06.2018 - Accord O.C.M. du 25.10.2018)

ARTICLE 73

Chaque service, à l'exception du service 98/1, est alimentée par :

- les cotisations, les dons, legs, recettes et produits divers qui lui sont destinés;
- les produits financiers répartis entre différents services et groupes de services sur base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces services ou groupes de services et ce, en application de l'article 78 de arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1er et 5 ainsi que de la loi du 6 août 1990.

Chaque service doit supporter ses frais d'administration ainsi que les charges afférentes au service assuré.

(En vigueur depuis le 01.01.2013 - A.G. du 19.06.2013 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 74

(Abrogé au 01.01.2012 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

ARTICLE 75

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

Les pièces comptables peuvent être consultées par les administrateurs au siège de la mutualité sur rendez-vous fixé en accord avec le Secrétaire Général. Lors de la consultation de ces pièces comptables par un administrateur, aucune pièce comptable ou document ne pourra être emporté ou faire l'objet d'une copie ou de quelque autre moyen de reproduction.

(En vigueur depuis le 17.06.2009 - A.G. du 17.06.2009 - Accord O.C.M. du 14.09.2009)

ARTICLE 76

La mutualité en sa qualité de mandataire de l'union nationale dispose en outre des fonds en sa qualité d'organisme assureur dans le régime légal de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(En vigueur depuis le 01.07.2007 - A.G. du 19.06.2007 - Accord O.C.M. du 15.10.2007)

ARTICLE 77

Les fonds, tant des services complémentaires qu'en assurance obligatoire, sont gérés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les fonds ne peuvent en aucun cas être distraits du but que leur assignent expressément les statuts.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 15.06.2011 - Accord O.C.M. du 12.12.2011)

Chapitre VII - Collaboration

ARTICLE 78

En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.

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

L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'assemblée générale et transmis à l'Office de contrôle. Le conseil d'administration fait annuellement rapport à l'assemblée générale sur l'exécution des accords conclus ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 79

(Abrogé depuis le 01.01.2008 - A.G. du 12.12.2007 - Accord O.C.M. du 17.03.2008)

Chapitre VIII - Dissolution

ARTICLE 80

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

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

La convocation mentionne;

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

(En vigueur depuis le 01.07.2007 - A.G. du 19.06.2007 - Accord O.C.M. du 15.10.2007)

ARTICLE 81 - DISSOLUTION

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

(En vigueur depuis le 00.00.0000 - A.G. du 00.00.0000 - Accord O.C.M. du 00.00.0000)

ARTICLE 82

En cas de dissolution de la mutualité, les actifs résiduels de ses services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire et à son article 67, alinéa 5 sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

En cas de cessation et de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 7 § 2 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale décide de l'affectation des fonds de ces services.

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

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

Chapitre IX - Modification des statuts

ARTICLE 83

Les statuts peuvent être initiés par le conseil d'administration mais doivent être approuvés par l'assemblée générale, soit annuelle si les modifications sont reprises à la convocation, soit convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la loi et les statuts. Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres sont présents et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises.

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

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

ARTICLE 84

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

Les membres de l'assemblée générale peuvent présenter des amendements aux propositions de modifications statutaires, le cas échéant en séance.

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

ARTICLE 85

Les services sont organisés de la manière décrite dans les présents statuts. La mutualité agit dans le respect de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales des mutualités et la loi du 26 avril 2010 portant exécution des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

(En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 13.06.2012 - Accord O.C.M. du 06.11.2012)

ARTICLE 86

(En vigueur depuis le 01.07.2007 - A.G. du 19.06.2007 - Accord O.C.M. du 15.10.2007)

Annexes

Annexe 1 : [Convention transport](#)

Annexe 2 : [Liste des transporteurs agréés par la Région Wallonne](#)

Annexe 3 : [Liste des activités 2018](#)

Annexe 4 : [Liste des prestataires des pratiques non conventionnelles](#)

Annexe 5 : [Liste des produits homéopathiques](#)

(En vigueur depuis le 01.01.2018 - A.G. du 08.11.2017 - Accord O.C.M. du 29.03.2018)