LA MUTUALITÉ NEUTRE

Avenue de Waterloo 23
6000 Charleroi
+32 (0)71 20 52 11

Rue de Chestret 4-6
4000 Liège
+32 (0)4 254 58 11

Rue des Dames Blanches 24
5000 Namur
+32 (0)81 25 07 60

Siège social
lamn.be @ info@lamn.be mymn.be BCE : 0411 872 094

# Statuts

*Version coordonnée en vigueur au 1er juillet 2021*

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

- décidées par l'assemblée générale de La Mutualité Neutre le 19/06/2021 ;
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 19/11/2021.

L'Office de contrôle a approuvé les dispositions statutaires suivantes sous réserve d'une ou plusieurs modifications à apporter aux articles 8 et 62.

Les dispositions concernées par une réserve de l'Office de contrôle apparaissent sous la forme d'un texte en caractères gras et italiques.

*La MUTUALITE NEUTRE (216) est affiliée :*

- *à l'Union Nationale des Mutualités Neutres, dont les statuts sont disponibles à l'adresse www.mutualites-neutres.be/status/public*
- *à la Société Mutualiste d'Assurances Neutra, dont les statuts sont disponibles à l'adresse www.neutrahospi.be*
- *à la Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région Wallonne, dont les statuts sont disponibles à l'adresse www.unmn-wallonie.be/fr*
- *à la Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région Bruxelloise, dont les statuts sont disponibles à l'adresse www.unmn-bruxelles.be/fr*
- *à la Société d'Assistance Mutuelle Neutrale Zorgkas Vlaanderen, dont les statuts sont disponibles à l'adresse https://www.nzvl.be/statuten*

**Mutualité – LA MUTUALITE NEUTRE**
**établie à 5000 Namur**

_____

Reconnue par arrêté royal du 30 décembre 1898

_____

**STATUTS**

_____

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

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

Vu la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance complémentaire et ses arrêtés d'exécution ;

Après délibération, les assemblées générales des mutualités neutres du Hainaut, de la Santé et de Namur-Luxembourg, réunies le 19 avril 2018 ont décidé, au quorum de présence et de majorité exigés par la loi du 6 août 1990, de fixer les statuts de la mutualité comme suit :

## CHAPITRE I

**Constitution - Dénomination - Buts**
**Siège social et champ d'activité de la mutualité**

*Article 1*. a) Une fédération mutualiste (O.A. 216) a été établie à Charleroi, le 29 décembre 1889, sous la dénomination « Fédération des sociétés de secours mutuels reconnue du bassin de Charleroi ». La dénomination : « Fédération des sociétés de secours mutuels reconnue du bassin de Charleroi » a été homologuée par arrêté royal du 16 novembre 1926.

Une nouvelle dénomination : « Fédération neutre des sociétés de secours mutuels du bassin de Charleroi » a été homologuée par arrêté royal du 22 novembre 1929.

En date du 28 décembre 1990 la dénomination suivante : « Mutualité neutre du Hainaut (O.A. 216) » a été homologuée par arrêté royal.

b) Une mutualité (O.A. 226) a été établie à Liège le 28 février 1891 sous la dénomination « Fédération neutre des sociétés de secours mutuels reconnues de l'arrondissement de Liège »'.

A partir du 1er janvier 1992, cette mutualité a pris la dénomination de ''Mutualité neutre de la Santé'' et utilisait, dans ses relations avec les tiers, l'abréviation ''Mutualité de la Santé'' et le sigle M.N. Le siège social de la Mutualité de la Santé (O.A. 226) était situé rue de Chestret, 4-6 à Liège.

c) Une mutualité (O.A. 232) 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.

Une mutualité (O.A. 231) 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".

Suite à la fusion des organismes assureurs (O.A 231) et (O.A 232), 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 a adopté, au 1er janvier 1998, la dénomination ''Mutualité Neutre Namur – Luxembourg''.

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité pouvait utiliser les abréviations suivantes : ''Munalux'', ''Mutualité Neutre Munalux'' ainsi que ''Munalux Mutualité Neutre ''.

Les activités administratives et financières de la Mutualité Neutre MUNALUX (O.A. 232) étaient réparties sur deux sites principaux, à savoir :
- 5000 Namur - rue des Dames Blanches, 24, siège social
- 6830 Bouillon - rue de la Poste, 6.

Suite à la fusion effective au 1er janvier 2019 de la Mutualité Neutre du Hainaut (O.A. 216) avec la Mutualité Neutre de La Santé (O.A.226) et la Mutualité Neutre « Munalux » (O.A. 232), la nouvelle entité adopte au 1er janvier 2019 la dénomination LA MUTUALITE NEUTRE (O.A.216).

*Article 2.*

Les buts de la mutualité sont :

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

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

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 à ce que chacun ait accès à ces soins.

D'autre part, la mutualité se portera aussi garante du paiement des indemnités ainsi que de l'information, de la guidance et de l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de 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 contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'Union Nationale. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'Union Nationale.

b) Dans le cadre de l'article 3, b) et c), de la même loi et de l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 : l'organisation de services et opérations dans le cadre des services complémentaires pour l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses membres et à leurs personnes à charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

| Services et opérations obligatoires pour les assurés : | Code O.C.M. |
|---|---|
| service promotion et information (ce service n'est ni une opération, ni une assurance) | 37 |
| service social agréé par la Région Wallonne (ce service n'est ni une opération, ni une assurance) | 37 |
| service administratif 98/2 | 98/2 |
| opérations diverses : | |
| - service transport en ambulance | 15 |
| - service transport frais de déplacement | 15 |
| - service juridique | 15 |
| - service diététique | 15 |
| - service cours de premiers soins | 15 |
| - service affiliation à un club sportif | 15 |
| - service sevrage tabagique | 15 |
| - service naissance et adoption | 15 |
| - service vacances | 15 |
| - service convalescence | 15 |
| - service pédicure | 15 |
| - service posturopodie | 15 |
| - service logopédie | 15 |
| - service fonds social | 15 |
| - service de traitement de psychologie | 15 |
| - service greffe | 15 |
| - service prêt et achat matériel sanitaire et réadaptation | 15 |
| - service aides familiales,aides ménagères et gardes–malades | 15 |
| - service de biotélévigilance | 15 |
| - service alimentation et soins pour bébés | 15 |
| - service alimentation fécondation in vitro | 15 |
| - service garde d'enfants malades | 15 |
| - service garderie d'enfants | 15 |
| - service crèches | 15 |
| - service optique | 15 |
| - service contraception | 15 |
| - service bilan santé | 15 |
| - service vaccin | 15 |
| - service remboursement des tickets modérateurs | 15 |

| | |
|---|---|
| - service matériel de soins pour diabétique | 15 |
| - service prothèses | 15 |
| - service médecines alternatives | 15 |
| - service traitements orthodontiques | 15 |
| - service psychomotricité | 15 |
| - service intégration des personnes handicapées | 15 |
| - service kinésithérapie | 15 |
| - service médicaments génériques | 15 |
| - service prêt garantie locative | 15 |
| - service médecine spécialisée et soins paramédicaux | 15 |
| - service soins aux malades | 15 |
| - service aide mutualiste, bénévolat, rencontre et voyages | 15 |
| - service tourisme social, bien-être et santé | 15 |
| - service patrimonial (ce service n'est ni une opération, ni une assurance) | 93 |

Les membres doivent s'affilier à l'ensemble des services et opérations repris ci-dessus.

La mutualité permet à ses membres et à leurs personnes à charge de bénéficier des avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée (article 7 § 2 de la loi du 6 août 1990).

c) La mutualité, en tant qu'intermédiaire d'assurances auprès de la S.M.A. NEUTRA, se charge de la promotion et de la vente des produits proposés par ladite S.M.A.

*Article 3*.

Le siège social de la mutualité est établi à Namur, rue des Dames Blanches, 24 et son champ d'activité s'étend sur tout le territoire national.

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

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

*Article 4*.

La mutualité est affiliée auprès de l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES, ci-avant et ci-après dénommée Union Nationale, établie à BRUXELLES.

## CHAPITRE II

**Prise de cours de l'affiliation et perte de droit**

*Article 5*

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

1° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1er, a), de la loi du 6 août 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services:
- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- de l'Union Nationale des Mutualités Neutres auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- de la société mutualiste régionale "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" ou de la " Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise" ou de la "Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne", auprès desquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la règlementation régionale dont elle relève.

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

2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.
Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes:
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI);

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

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer;
- elle a droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur;

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

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

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

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

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

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

*Article 6. Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire*

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

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

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

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

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

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

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

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

*Article 7*

Peuvent être exclus comme membre des services visés à l'article 2 b, les membres qui se rendent coupables d'une infraction au sens de la loi du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution.

La mutualité peut refuser l'affiliation à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à la personne qui refuse de se soumettre à ses statuts et à ceux de l'Union Nationale des Mutualités Neutres à laquelle la mutualité adhère.

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 ne répond pas aux jour et heure proposés, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense, sauf excuse valable ou cas de force majeure.

## CHAPITRE III

### Catégories de membres

*Article 8*

a)

§ 1. Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° pour la période de 23 mois qui précède.
Si la personne s'est affiliée pour la première fois en qualité de titulaire auprès d'une mutualité belge moins de 23 mois avant le mois de l'événement visé au 1°, elle doit y avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, pour l'entièreté de la période d'affiliation qui précède l'événement visé sous 1°.

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

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

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

i° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;
b) se trouve dans une des situations suivantes :
- le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;
- le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

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

Dans le calcul de la période de référence visée au présent point 2°, les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.
Le membre qui était affilié en qualité de personne à charge pendant une partie de la période de référence visée au présent point 2° et qui, depuis qu'il est devenu titulaire durant cette période de référence, est en ordre de cotisations, est présumé être en ordre de cotisations pour l'entièreté de cette période de référence et, jusqu'à preuve du contraire, pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.
Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1er janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1er janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23ème mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.
Pour l'application de l'alinéa précédent:
1° les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne a perdu sa qualité de titulaire au sens précité et est devenue personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées;
2° les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

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

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1er, la personne n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :
1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5;

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

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

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

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

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

Pour l'application de l'alinéa précédent :
1° les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne perd sa qualité de titulaire au sens précité et devient personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées.

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

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée a été, durant la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5, affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire, les 24 mois se comptent à partir du 1er jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

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

b) REMBOURSEMENT DES AVANTAGES DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE PERÇUS INDUMENT

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

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

## CHAPITRE IV - ORGANES DE LA MUTUALITE

Conformément à l'article 44, § 4 de la loi du 6 août 1990, les instances statutaires issues de la fusion seront composées, jusqu'aux prochaines élections mutualistes, des membres des instances statutaires de chacune des entités ayant fusionné.

### SECTION 1 - L'assemblée générale

**Disposition transitoire jusqu'aux élections mutualistes de 2022 :**

Conformément à l'article 44,§4 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale est composée des membres des assemblées générales des 3 entités fusionnées.

***Dispositions Générales***

*Article 9*

Pour les prochaines élections, la mutualité comprend quatre circonscriptions électorales :

1) la province du Brabant Wallon
2) la province du Hainaut
3) la province de Liège
4) les provinces de Namur et de Luxembourg.

Une circonscription comprend l'ensemble des membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote.

Les assurés domiciliés en dehors des provinces précitées et à l'étranger sont rattachés à la 1ère circonscription.

**Composition**

*Article 10*

L'assemblée générale se compose des délégués élus dans chaque circonscription.

Il y a par circonscription un délégué par tranche complète de 1.000 titulaires visés à l'article 2, §3 de la loi du 6 août 1990 qui, pour l'assurance obligatoire fédérale soins de santé et indemnités, sont affiliés à la mutualité et qui y sont en ordre de paiement pour les cotisations de l'assurance obligatoire.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge de leur circonscription pour la durée fixée par l'article 14 de la loi du 6 août 1990, renouvelable.

**Conditions de droit de vote et d'éligibi**lité.

*Article 11*

1° Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'assemblée générale :
   a. il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci ;
   b. il faut être majeur ou émancipé ;
   c. le droit de vote ne peut s'exercer que dans la circonscription à laquelle le membre est rattaché par son domicile.

2° Pour être élu à l'assemblée générale,

A. les membres ou les personnes à charge doivent :

a. avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent ;
b. être de bonne conduite, vie et mœurs, ne pas être privés de leurs droits civils ;
c. être affiliés depuis au moins 3 années avant la date d'élection ;
d. être en ordre de cotisation aux services complémentaires ou être personne à charge d'un titulaire en ordre de cotisation aux services complémentaires.

B. les membres ne peuvent être :

a) membres du personnel :

de La Mutualité Neutre ;
d'une ASBL ayant ou ayant eu un accord de collaboration avec les entités précitées ;

b) travailleurs indépendants bénéficiant de commissions octroyées par la mutualité.

C. les membres ne peuvent avoir été :

a) membres du personnel :

de la Mutualité Neutre du Hainaut,
de la Mutualité Neutre La Santé,
de la Mutualité Neutre Munalux ;

b) travailleurs indépendants bénéficiant de commissions octroyées par la mutualité ;

à l'exception :

des directeurs retraités ayant siégé au conseil d'administration de l'Union Nationale et des personnes retraitées ayant siégé en qualité d'administrateur ou de conseiller dans l'un des organes statutaires de la mutualité et /ou de l'Union Nationale.

des membres du personnel de direction siégeant ou ayant siégé en qualité d'administrateur ou de conseiller dans une des ASBL précitées ou à la SMA Neutra.

des membres du personnel et du personnel retraité qui, à la date du 31 décembre 2018, avaient déjà la qualité de membre de l'assemblée générale d'une des mutualités précitées.

des travailleurs indépendants bénéficiant de commissions octroyées par la mutualité qui, à la date du 31 décembre 2018, avaient déjà la qualité de membre de l'assemblée générale d'une des mutualités précitées.

**Procédure électorale.**

*Article 12*

Les membres et leurs personnes à charge, majeurs ou émancipés, sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité :

1. de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat ;
2. de la date limite pour soumettre les candidatures ;
3. du nombre de mandats à pourvoir ;
4. des dates qui découlent de la procédure électorale.

Les membres et leurs personnes à charge ne peuvent se porter candidat que dans leur circonscription. Ils disposent d'une période, si celle-ci n'est pas fixée par une disposition légale ou une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités, de quinze jours calendrier à partir de la fin du mois au cours duquel les publications ont été diffusées.

*Article 13*

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

Le président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 11 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai, si celui-ci n'est pas fixé par une disposition légale ou une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités, de quinze jours calendrier à dater du lendemain de la date d'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de Contrôle des Mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 et ce sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux telle que précisé dans le code judiciaire**.**

*Article 14*

Le conseil d'administration de la mutualité, sur base de critères communiqués lors de l'appel à candidatures, détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur les listes.

*Article 15*

La date des élections ainsi que les listes des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être portées à la connaissance des membres et des personnes ayant droit de vote par publication dans un délai maximum de nonante jours calendrier suivant la date d'appel aux candidatures ; ceci à moins que ce délai soit fixé par une disposition légale ou une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités.

L'élection a lieu au plus tard dans les trente jours suivant cette communication ; ceci à moins d'une disposition légale ou d'une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités contradictoire.

**Bureaux électoraux**.

*Article 16*

L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à quatre bureaux électoraux installés dans chacune des quatre circonscriptions prévues à l'article 9 et composés d'un président, d'un secrétaire et de deux assesseurs. Les bureaux électoraux sont composés au plus tard trente jours avant l'élection.

Les présidents, les secrétaires et les assesseurs sont désignés par le conseil d'administration.

Les candidats à l'élection ne peuvent pas faire partie d'un des bureaux électoraux.

Les bureaux électoraux prennent les mesures nécessaires afin de garantir le déroulement régulier des élections.

**Etablissement des listes électorales.**

*Article 17*

Il existe quatre listes électorales.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Ces listes mentionnent le nom, les prénoms, le numéro de membre et l'adresse de chaque électeur.

A moins d'une disposition légale ou d'une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités contradictoire, les listes d'électeurs sont définitivement clôturées à la fin du trimestre civil qui précède le trimestre civil au cours duquel commence la procédure électorale visée aux articles 12 et suivants.

**Le vote.**

*Article 18*

Le vote est libre.

Il se déroule dans les bureaux choisis par le conseil d'administration.

Les bulletins sont déposés dans une urne scellée.

Le vote ayant lieu dans les bureaux choisis par le conseil d'administration, l'électeur doit être informé par les publications de la mutualité de l'endroit et des date et heure auxquels il est possible de voter.

Les personnes ayant droit de vote doivent voter dans le bureau électoral de leur circonscription. Elles peuvent toutefois également voter par correspondance si elles demandent par écrit un bulletin de vote.

Les personnes n'habitant pas une des provinces citées à l'article 9 doivent obligatoirement avoir la possibilité de voter par correspondance. A cette fin, la convocation et le bulletin de vote doivent être envoyés à toutes les personnes ayant droit de vote, à savoir les assurés et leurs personnes majeures à charge.

Dans le bureau de vote, le secrétaire note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur la liste d'électeurs.

Le conseil d'administration fixe les modalités pratiques du vote qui ne seraient pas précisées par la loi du 6 août 1990, ses arrêtés d'exécution ou les présents statuts.

L'ensemble des modalités pratiques du vote sont communiquées lors de l'appel à candidatures.

*Article 19*

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.

L'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste dont les critères ont été communiqués lors de l'appel aux candidats, a été déterminé par le conseil d'administration conformément à l'article 14 des présents statuts.

**Dépouillement des bulletins de vote**.

*Article 20*

Après la fermeture des bureaux de vote, les membres du bureau électoral procèdent immédiatement au dépouillement et transmettent le résultat du scrutin au président de la mutualité.

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

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, celui-ci est accordé selon les deux critères suivants, dans l'ordre :

1) au candidat qui cotise, sans interruption, aux services complémentaires de la mutualité depuis le plus longtemps ; sont également prises en compte les années d'affiliation aux services complémentaires de la mutualité neutre du Hainaut, de la mutualité neutre La Santé et de la mutualité neutre Munalux totalisées à la date du 31 décembre 2018, tant en qualité de titulaire qu'en qualité de personne à charge ;
2) au candidat le plus âgé.

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 18.

Chaque 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.

*Article 21. Exemption de l'obligation d'organiser des élections*

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

*Article 22*

A moins d'une disposition légale ou d'une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités contradictoire, les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par publication destinée aux affiliés de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours calendrier après celui-ci.

Le candidat qui conteste le résultat peut saisir l'Office de Contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, et ce sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux telle que précisé dans le code judiciaire**.**

*Article 23*

Conformément à l'article 35 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, un exemplaire des publications visées aux articles 12, 15, 18 et 22 de ces statuts, ainsi que la composition des bureaux électoraux et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis, en même temps, aux membres , à l'Union Nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ainsi qu'à l'Office de Contrôle des mutualités, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

*Article 24*

Conformément à l'article 18 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, la nouvelle assemblée générale est installée, à moins d'une disposition légale ou d'une instruction de l'Office de Contrôle des Mutualités contradictoire, dans un délai de trente jours civils maximum après la date d'élection telle qu'elle est fixée à l'article 12, alinéa 2 du même arrêté royal.

Si le nombre de candidats est inférieur aux nombre de mandats à pouvoir, il n'y a pas d'élection et la nouvelle assemblée générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la constatation du fait qu'il n'y a pas d'élection.

Les directeurs assistent à l'assemblée générale avec voix consultative.

Peuvent être révoqués par l'assemblée générale à la majorité des deux-tiers des membres présents ou représentés 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 générale, 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 d'office 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 ainsi que les personnes qui ne satisfont plus aux conditions d'éligibilité prévues pour ce mandat.

**Compétence de l'assemblée générale**.

*Article 25*

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 17, 18 et 19 de cette même loi à savoir :

- Les modifications des statuts ;
- L'élection et la révocation des administrateurs ;
- L'approbation des budgets et comptes annuels ;
- La désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises ;
- La collaboration avec des personnes de droit public ou de droit privé visées à l'article 43 de la loi du 6 août 1990 ;
- La fusion avec une autre mutualité ;
- L'adhésion à une Union Nationale ;
- La mutation vers une autre Union Nationale ;
- La dissolution de la mutualité ;
- L'organisation et le groupement de services dans une société mutualiste visée à l'article 43 bis §1er de la loi du 6 août 1990.

Elle fixe le montant du jeton de présence des organes statutaires.

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

Les décisions de l'assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la présente loi ou les statuts le stipulent autrement. De plus jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'article 44 de la loi du 6 août 1990 il est exigé le même quorum de présence et les mêmes majorités dans chacun des groupes formés par les membres des assemblées générales des entités qui ont fusionné. Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième assemblée générale est convoquée au plus tard dans les huit jours. 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.

Dans des cas exceptionnels, lorsque l'urgence ou des circonstances exceptionnelles le requièrent, les réunions peuvent se tenir par vidéo-conférence, par tout autre moyen de télécommunication ou par écrit. On entend par urgence ou circonstances exceptionnelles des situations qui présentent un risque immédiat de préjudice grave pour la santé, la vie, les biens ou l'environnement. Lorsque la réunion est remplacée par une consultation écrite :

- Les membres de l'assemblée générale auront la possibilité :
  - de formuler des remarques et de poser des questions sur les différents points de l'ordre du jour ;
  - de prendre connaissance des remarques et des questions posées par les autres membres, ainsi que des réponses apportées à ces dernières ;
- Un formulaire les invitant à se prononcer sur chacun des points de l'ordre du jour sera remis aux membres de l'assemblée qui seront invités à le rentrer à la mutualité complété et dûment signé pour une date précise.

Le mandat de membre de l'assemblée générale n'est pas rémunéré. Toutefois il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence.

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

L'assemblée générale est convoquée par le conseil d'Administration, dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'assemblée générale en fait la demande. La convocation se fait par 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 calendrier avant la date de l'assemblée générale et contient, notamment, l'ordre du jour de cette assemblée.

Une 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 :

- Le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services ;
- Le produit des cotisations des membres et leur affectation, ventilés entre les différents services ;
- Le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'annexe, ainsi que le rapport du réviseur ;
- Le projet de budget de l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services ;
- 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.

*Article 26*

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi de 6 août 1990 et sur avis de l'Union Nationale, l'assemblée générale désigne le réviseur d'entreprises agréé, membre de l'institut des réviseurs d'entreprises. Le réviseur fait rapport à l'assemblée générale annuelle qui a, à son ordre du jour, l'approbation des comptes annuels de l'exercice.

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

Le réviseur assiste à l'assemblée générale lorsqu'elle délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même. Le réviseur a le droit de prendre la parole à l'assemblée générale concernant les points se rapportant à ses tâches.

**SECTION 2 - Election des représentants pour l'assemblée générale de l'Union Nationale**.

**Disposition transitoire jusqu'aux élections mutualistes de 2022**

Les représentants à l'assemblée générale de l'Union Nationale sont les délégués élus des 3 entités fusionnées.

**Dispositions générales**

*Article 27*

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'Union Nationale comprend un nombre de délégués communiqué par l'Union Nationale sur base de ses statuts.

*Article 28*

Les délégués sont élus par l'assemblée générale.

Ils doivent être membres de l'assemblée générale de la mutualité.

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

*Article 29*

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 procèdera à l'élection.

*Article 30*

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, ce mandat est attribué au candidat qui est affilié sans interruption, aux services complémentaires de la mutualité depuis le plus longtemps tant en qualité de titulaire qu'en qualité de personne à charge.

**SECTION 3 - Conseil d'administration**

**Disposition transitoire jusqu'aux élections mutualistes de 2022**

Le conseil d'administration est composé des membres des conseils d'administration des 3 entités fusionnées.

**Dispositions générales**

*Article 31*

Conformément à l'article 27 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 le conseil d'administration de la mutualité est composé d'au moins 10 administrateurs et au maximum de 39 membres ; le nombre d'administrateurs ne peut en aucun cas être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'assemblée générale ; les administrateurs sont élus pour une durée maximale de 6 ans, et rééligibles. La totalité des mandats ne peut être octroyée à des personnes d'un même sexe, chacun devant compter trois personnes minimum.

Pour être membre du conseil d'administration, il faut être majeur, de bonnes conduite, vie et mœurs, ne pas être privé de ses droits civils, et être affilié à la mutualité depuis au moins 3 années avant la date d'élection.

A l'exception :
- des directeurs siégeant au conseil d'administration de la mutualité et de l'Union Nationale ;
- des directeurs de la mutualité, retraités ;
- des membres du personnel de direction siégeant en qualité d'administrateur ou de conseiller dans une des ASBL reprises à l'article 11.2°.B.a. ou de la SMA Neutra ;
- des membres du personnel et du personnel retraité qui, à la date du 31 décembre 2018, avaient déjà la qualité d'administrateur ou de conseiller dans une des mutualités reprises à l'article 11.2°.B.a. ;
- des travailleurs indépendants bénéficiant de commissions octroyées par la mutualité qui, à la date du 31 décembre 2018, avaient déjà la qualité d'administrateur ou de conseiller dans une des mutualités reprises à l'article 11.2°B.a.,

ces administrateurs ne peuvent être ou avoir été :

- membres du personnel rémunéré d'une des mutualités, ni d'une des ASBL reprises à l'article 11.2°B.a. ni, à moins d'une disposition légale contradictoire, de la SMA Neutra ;
- travailleurs indépendants bénéficiant de commissions octroyées par une des mutualités et/ou par une des ASBL reprises à l'article 11.2°B.a. et/ou par la SMA Neutra ;
- fournisseurs ou prestataires de services de la mutualité en tant que personnes physiques ;
- gérants ou administrateurs d'une personne morale ayant qualité de fournisseur ou de prestataire de services de la mutualité, à moins que ladite personne morale, de par son but et ses objets, ait mission de servir les intérêts de la mutualité et de ses membres.

Le conseil d'administration de la mutualité se réunit au moins trois fois l'an.

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

La fonction de membre du conseil d'administration n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence.

*Article 32*

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 au sens de l'article 31.

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.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, ce dernier est attribué au candidat qui est affilié sans interruption, aux services complémentaires de la mutualité depuis le plus longtemps tant en qualité de titulaire qu'en qualité de personne à charge. Sont également prises en compte les années d'affiliation aux services complémentaires de la mutualité neutre du Hainaut, de la mutualité neutre La Santé et de la mutualité neutre Munalux totalisées à la date du 31 décembre 2018.

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

Les directeurs généraux membres du comité de direction visé à l'article 40 participent au conseil d'administration avec voix délibérative. Les directeurs, s'ils n'ont pas la qualité d'administrateur, participent au conseil avec voix consultative.

*Article 33*

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.

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

Le conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié au moins de ses membres sont présents.

Dans des cas exceptionnels, lorsque l'urgence ou des circonstances exceptionnelles le requièrent, les réunions peuvent se tenir par vidéo-conférence, par tout autre moyen de télécommunication ou par écrit. On entend par urgence ou circonstances exceptionnelles des situations qui présentent un risque immédiat de préjudice grave pour la santé, la vie, les biens ou l'environnement. Lorsque la réunion est remplacée par une consultation écrite :

- Les administrateurs auront la possibilité :
  - de formuler des remarques et de poser des questions sur les différents points de l'ordre du jour ;
  - de prendre connaissance des remarques et des questions posées par les autres membres, ainsi que des réponses apportées à ces dernières ;
- Un formulaire les invitant à se prononcer sur chacun des points de l'ordre du jour sera remis aux administrateurs qui seront invités à le rentrer à la mutualité complété et dûment signé pour une date précise.

Les décisions sont prises à la majorité des votes exprimés. En cas de parité de voix, celle du président de séance est prépondérante.

Sont révoqués par l'assemblée générale, 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 générale, 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 ;
- Se sont rendus coupables de fautes graves.

Perd sa qualité de membre du conseil d'administration celui qui ne répond plus aux conditions d'éligibilité au conseil d'administration prévues à l'article 31.

Le conseil d'administration élit en son sein un président, un vice-président-secrétaire et un vice-président-trésorier.

Le Conseil d'Administration peut désigner 5 conseillers maximum. Ces conseillers assistent aux réunions du conseil d'administration et ont voix consultative.

*Article 34*

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

Il exerce toutes les compétences que la loi, les statuts, ou une délégation particulière n'ont pas attribuées à d'autres organes de la mutualité.

Il établit les règlements d'ordre intérieur régissant son fonctionnement ainsi que ceux prévus par les statuts.

Il nomme et révoque les directeurs généraux membres du comité de direction défini à l'article 40 des présents statuts ainsi que les directeurs.

Les membres du conseil d'administration ne participent pas aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris, sont directement concernés. Le cas échéant, les administrateurs doivent signaler tout lien de parenté tel que visé ci-avant.

**SECTION 4 - Comité de gestion**

*Article 35. Composition*

**Disposition transitoire jusqu'aux élections mutualistes de 2022**

Le comité de gestion est composé des membres des comités de gestion de la Mutualité Neutre du Hainaut et de la Mutualité Neutre La Santé et du comité de direction de la Mutualité Neutre Munalux.

Le comité de gestion se réunit au moins une fois par mois.

Aucune décision n'est valable si elle ne réunit l'adhésion de la majorité des membres présents. Le comité de gestion délibère de façon valable lors d'une réunion régulièrement convoquée, pour autant qu'au moins 3/5ème des membres soient présents.

**Dispositions générales**

Le comité de gestion est composé de quinze membres maximum, tous administrateurs, dont font partie le président, le vice-président-secrétaire et le vice-président-trésorier élus et les directeurs généraux administrateurs, membres du comité de direction visé à l'article 40.

Ces quinze membres, dont les directeurs qui ont été élus administrateurs, constituent le comité de gestion.

Elections :

Les membres du comité de gestion sont élus par le conseil d'administration à la majorité absolue des suffrages valables des administrateurs présents. Les abstentions ne sont pas prises en considération pour la détermination de cette majorité absolue. Pour le ou les candidats qui n'auraient pas atteint cette majorité absolue, un second scrutin a lieu et est ou sont élus le ou les candidats qui ont obtenu le plus de voix.

Mandats :

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de perte de la qualité d'administrateur, de décès ou de démission, il est pourvu au remplacement du ou des mandats vacants, avant leur échéance statutaire, par une élection au sein du conseil d'administration lors de sa plus prochaine réunion suivant immédiatement celle de l'assemblée générale. Le membre ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

Procédure :

Le comité de gestion se réunit au moins une fois par mois.

Aucune décision n'est valable si elle ne réunit l'adhésion de la majorité des membres présents. Le comité de gestion délibère de façon valable lors d'une réunion régulièrement convoquée, pour autant qu'au moins 3/5ème des membres soient présents.

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

Compétence :

Le comité de gestion est chargé de l'exécution des décisions prises par le conseil d'administration, de l'élaboration de la politique générale et de la stratégie de la mutualité.

Il peut prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Il prépare les séances du conseil d'administration et de l'assemblée générale. Au cours de ces réunions, il fait rapport sur son activité et sur la situation de la mutualité.

Il soumet au conseil d'administration toutes propositions qu'il juge utiles et lui présente, après examen préalable, les comptes annuels.

Il prend connaissance des règlements inhérents à l'organisation administrative et comptable des mutualités (statuts, loi, arrêtés royaux d'application, circulaires,…).

La fonction de membre du comité de gestion n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence.

**SECTION 5 - Comité de rémunération**

*Article 36*

Composition :

Le président, le vice-président-secrétaire, le vice-président-trésorier, ainsi que les directeurs généraux administrateurs, membres du comité de direction visé à l'article 40 constituent le Comité de rémunération.

Procédure

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

Aucune décision n'est valable si elle ne réunit l'adhésion de la majorité des membres présents. Le comité de rémunération délibère de façon valable lors d'une réunion régulièrement convoquée, pour autant qu'au moins quatre membres soient présents : 2 personnes parmi le président, le vice-président-secrétaire et le vice-président-trésorier et deux personnes parmi les directeurs généraux membres du comité de direction.

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

Compétence

Le comité de rémunération a, de manière générale, la mission de veiller à la politique de rémunération de La Mutualité Neutre et de soumettre au conseil d'administration toutes les propositions qu'il juge utiles. Il élabore la philosophie en matière de rémunération.

Il nomme et révoque les cadres et décide du changement, si nécessaire, des attributions de ceux-ci.

Sur propositions du comité ade direction, il décide les promotions internes pour ce qui concerne les directeurs et les cadres. Il décide le statut barémique et les éléments de rémunération des directeurs et des cadres.

Il approuve les barèmes applicables au personnel de la mutualité.

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

Il approuve les conventions collectives d'entreprise.

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

La fonction de membre du comité de rémunération n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence.

**SECTION 6 - Président – Vice-Président-Secrétaire – Vice- Président-Trésorier**

*Article 37. Le Président*

Le président est chargé de diriger l'assemblée générale, le conseil d'administration, le comité de gestion et le comité de rémunération, il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

Conjointement ou individuellement, sur mandat du conseil d'administration, le Président, le directeur général membre du comité de direction visé à l'article 40 comptant le plus d'années d'ancienneté dans la fonction représentent la mutualité, y compris dans tous ses rapports avec les autorités publiques ; ils décident d'introduire toutes actions en justice au nom de la mutualité et les soutiennent, soit en demandant soit en défendant, devant toutes juridictions ; ils décident d'introduire tous recours qui relèvent de la compétence du Conseil d'Etat et de la Cour d'Arbitrage et les soutiennent, ils exécutent et font exécuter tous jugements et arrêts ; ils accomplissent toutes les formalités nécessaires auprès de B.POST pour le retrait des documents destinés à la mutualité. Ils accomplissent tous actes et diligences nécessaires et utiles à ces fins.

En l'absence du directeur général précité, le directeur général membre du comité de direction comptant le plus d'années d'ancienneté dans la fonction, présent, le remplace.

Le président peut cependant donner procuration générale ou particulière à l'un des vice-présidents ou à un membre du conseil d'administration, pour traiter avec les autorités publiques et soutenir toutes actions au nom de la mutualité.

Le président a le droit de convoquer extraordinairement l'assemblée générale d'autorité ; de plus il a le devoir de la convoquer à la demande d'un cinquième au moins des délégués.

Le président a également le droit de convoquer le conseil d'administration d'autorité.

En outre, il est tenu de le convoquer à la demande d'au moins quatre administrateurs.

En cas d'absence, il est remplacé par le plus âgé des vice-présidents présents.

*Article 38. Le Vice-Président-Secrétaire*

Le vice-président-secrétaire est élu par le Conseil d'administration.

Le président et le vice-président-secrétaire signent les convocations, les procès-verbaux de l'assemblée générale, du conseil d'administration, du comité de gestion et du comité de rémunération.

Le vice-président-secrétaire établit les directives générales en vue de la rédaction des procès-verbaux.

*Article 39. Le Vice-Président-Trésorier*

Le vice-président-trésorier est élu par le conseil d'administration.

Le vice-président-trésorier vérifie les recettes et les dépenses de la mutualité de même que les placements des avoirs sociaux. Il fait rapport au Comité de gestion et au Conseil d'administration.

**SECTION 7 - Comité de direction**

*Article 40*

Le Comité de Direction est composé de trois directeurs généraux.

La gestion journalière de la mutualité est confiée au Comité de direction nommé par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de gestion, à condition que les membres de ce Comité de direction aient la qualité d'administrateur.

Le Conseil d'administration délègue sous sa responsabilité les actes relevant de la gestion journalière aux directeurs généraux membres du Comité de direction pour autant qu'ils aient la qualité d'administrateurs.

Les directeurs généraux administrateurs dirigent et veillent à l'organisation des services de la mutualité ainsi qu'à leur bonne marche et prennent, à cet effet, toutes mesures nécessaires et utiles.

Les directeurs généraux membres du Comité de direction engagent et licencient le personnel et déterminent son statut barémique, à l'exception des directeurs et des cadres.

Ils ont la direction technique, comptable et administrative de la mutualité dont ils font régulièrement rapport au président, au vice-président-secrétaire, au vice-président-trésorier ainsi qu'au Comité de gestion et au Conseil d'administration.

## CHAPITRE V - SERVICES ET OPERATIONS DE LA MUTUALITE : AVANTAGES

### SECTION 1 – Généralités

*Article 41*

Pour les membres effectifs et leurs personnes à charge, la mutualité organise les services et opérations et réalise les buts visés à l'article 2 des présents statuts en instituant des services selon les modalités déterminées ci-après.

Les services et opérations de la mutualité visés à l'art. 2,b des statuts sont réservés aux membres titulaires cotisants visés à l'article 8, catégories 1,2 et 3 ainsi qu'aux personnes à leur charge.

Toutefois, l'intervention accordée ne pourra pas dépasser les frais réels portés à charge du membre sauf en ce qui concerne l'octroi d'une indemnité unique en cas de naissance et adoption.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de l'intervention de l'assurance complémentaire ne peut donc pas être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §§ 1e, 2, ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 par rapport à celle des autres membres.

Tout litige qui en résulterait est soumis en conseil d'administration qui tranche souverainement sans préjudice de la compétence du Tribunal du Travail.

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

La somme de l'intervention d'un service complémentaire et d'une intervention en assurance obligatoire ne peut jamais être supérieure au montant réellement payé par le membre.

Tous les services et opérations repris aux statuts sont offerts dans la mesure où les ressources sont disponibles.

*Article 42*

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, bio-télévigilance et aide-familiales, aide-ménagères et garde-malades. Les autres services ne peuvent faire l'objet de l'application du tiers-payant.

Pour les services, aide-familiales, aide-ménagères et garde-malades, convalescence, fonds social, garde d'enfants malades, médicaments homéopathiques, médicaments génériques, cours de premiers soins, bilan santé, tickets modérateurs, bio-télévigilance et prêt garantie locative, l'intervention ou le service ne peut être octroyé si la dépense qui la justifie a été consentie par le bénéficiaire en dehors du territoire belge.

Pour les autres services que ceux évoqués précédemment, l'intervention ou le service est également octroyé 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.

Les prestations sont offertes dans la mesure des ressources disponibles.

**SECTION 2 – Services de l'assurance maladie complémentaire et Opérations**.

*Article 43. Service transport en ambulance et aérien urgent*

La mutualité intervient dans les frais de transport des membres effectifs et de leurs personnes à charge pour les catégories de bénéficiaires visés à l'article 8 ,1, 2, 3.

1. Ambulance – transporteurs non conventionnés

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 et sera octroyée sur base d'une quittance du transporteur reprenant le détail des kilomètres parcourus.

L'intervention est limitée à 50 km (aller et retour) en dehors du territoire belge.

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).

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.

a) En cas de transport non urgent :

- forfait pour les 20 premiers kms : 20 €
- à partir du 21ème km : 1 € supplémentaire par km
- plafond journalier avec un seul aller et retour par jour : 250 €
- plafond annuel : 500 €.

b) En cas de transport urgent : forfait de 20 €

2. Ambulance – 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 1 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 : 1,82 €/km ;
b) Ambulance paramédicalisée : 2,16 €/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 23,04 €/heure pour les prestations de l'équipe paramédicale ;
c) Ambulance médicalisée : 2,75 €/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 45,72 €/heure pour les prestations de l'équipe médicale.

Les tarifs visés à l'alinéa précédent sont d'application au 1er janvier 2019 et sont indexés au 1er 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 2 aux présents statuts. Elles n'en font pas partie intégrante.

3. 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 intervention, sur base de la facture du transporteur. Les interventions d'un hélicoptère pour aide médicale urgente sans transport effectif d'un malade/accidenté font l'objet d'une intervention plafonnée à 250 €.

*Article 44. Service "Frais de déplacement"*

1. Le service intervient dans les frais de déplacement en cas d'hospitalisation (avec ou sans nuitée) ou en cas de vaccination dans un centre de vaccination contre le coronavirus. Il intervient également en cas de consultation, ou d'acte technique par un médecin spécialiste, à l'exclusion des médecins spécialistes en gynécologie 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.

L'intervention est limitée à 50 km (aller et retour) en dehors du territoire belge.

Les plafonds suivants sont d'application, par année civile et par bénéficiaire :
- 100 € pour les soins prodigués en dehors d'un centre hospitalier ;
- 200 € pour les soins prodigués en centre hospitalier, auquel est assimilé tout centre de vaccination contre le coronavirus.

1.1 Taxi / Service de transport adapté (VSL, TPMR) / Service de transport bénévole organisé

Le service octroie un remboursement des frais de déplacement à concurrence de 0,25 €/km sur base de la distance calculée la plus courte entre le lieu de prise en charge et le lieu de destination. Un seul aller-retour par jour est remboursable avec un minimum de 5 € par trajet et avec un plafond journalier de 75 €.

1.2 Véhicule privé, transport en commun et transport Uber

Le service octroie un remboursement des frais de déplacement à concurrence de 0,12 €/km sur base de la distance calculée la plus courte entre le lieu de prise en charge et le lieu de destination. Un seul aller-retour par jour est remboursable avec un plafond journalier de 35 €.

2. Le service intervient dans les frais de déplacement en cas de traitement de radiothérapie, de chimiothérapie et de dialyse rénale.

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.

L'intervention est limitée à 50 km (aller et retour) en dehors du territoire belge.

Le plafond suivant est d'application, par année civile et par bénéficiaire :
- 500 € pour les soins prodigués en centre hospitalier.

2.1 Taxi / Service de transport adapté (VSL, TPMR) / Service de transport bénévole organisé

L'intervention au km est de 0,25 € sur base de la distance calculée la plus courte entre le lieu de prise en charge et le lieu de destination.

*Article 45. Service Diététique*

En cas d'obésité, de surcharge pondérale ou d'anorexie, une intervention dans le coût du traitement auprès d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e) ou d'un(e) nutritionniste est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge.

Le montant de l'intervention maximale par année civile est de 12,50 € par séance de suivi diététique avec un maximum de huit séances.

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 par année civile établi par un médecin justifiant le traitement ainsi que sur base de justificatifs reprenant les honoraires perçus par le (la) diététicien(ne) ou le (la) 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 du jour du 18ème anniversaire ou un percentile supérieur ou égal à 85 pour les enfants jusqu'au jour de la veille du 18ème anniversaire.

*Article 46. Service Cours de premiers soins*

Ce service rembourse aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge le coût des formations de premiers secours dispensées par la Croix-Rouge de Belgique ou de tout autre organisme agréé par celle-ci et qu'ils ont suivies :

- 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'.

Pour chaque formation, l'intervention n'est accordée qu'une seule fois 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.

*Article 47. Service  affiliation à un club sportif*

Montant et conditions de l'intervention :

Le service accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention maximale de € 40 par année civile pour les frais d'affiliation à un club sportif. Dans tous les cas, le montant de l'intervention devra être limité au montant réellement payé pour l'affiliation à un club sportif.

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 padel, 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, l'école du cirque, 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 ;
  - à un centre de fitness reconnu par une des fédérations officielles qu'elle soit nationale, régionale, provinciale ou communale ;
  - auprès d'une organisation reconnue, qu'elle soit nationale, régionale, provinciale ou communale,  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 ; le sport doit être pratiqué sous les conseils d'un moniteur, un conseiller ou entraîneur.

L'intervention est octroyée sur base d'une attestation établie par le club sportif.

L'assemblée générale se réserve le droit d'adapter la liste des disciplines sportives.

*Article 48. Service "Sevrage tabagique"*

Montant et conditions d'intervention :

Sur base d'une prescription médicale, une intervention dans le coût d'un traitement médicamenteux anti-tabac est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge :

- montant de l'intervention maximale par année civile : 30 € ;
- documents à remettre :
  - prescription médicale ;
  - attestation de fourniture délivrée par le pharmacien.

*Article 49. Service naissance et adoption*

Le service alloue une indemnité fixée à 350 € en cas de naissance ou en cas d'adoption d'un enfant depuis sa naissance jusqu'au jour de la veille de son 19ème anniversaire ou bénéficiant d'allocations familiales.

L'intervention est  la même pour chaque nouveau-né ou enfant adopté.

L'intervention est octroyée sur présentation de l'acte de naissance ou d'un acte d'adoption.

Les avantages précités sont accordés pour autant que le nouveau-né ou l'enfant adopté soit inscrit au moment de la naissance ou de l'adoption à charge du père, du père adoptif, de la mère ou de la mère adoptive affilié(e) en qualité de titulaire à  La Mutualité Neutre.

*Article 50. Service vacances*

1) La Mutualité organise un service « Classes de neige, classes vertes, classes de mer, classes d'éveil, voyages scolaires, stages, camps de mouvements de jeunesse et plaines de jeux ».

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 maximale de 6 € 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 jeunes âgés de 2 ans au moins qui atteignent leur 3ème anniversaire dans l'année du début du séjour et qui n'atteignent pas leur 19ème anniversaire dans l'année du dernier jour de 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 reprises aux alinéas 1, 2 et 4 ne sont chaque fois accordées que pour une période au cours de laquelle les personnes concernées sont inscrites comme membres de la mutualité. Celles-ci sont accordées sur base d'un reçu émanant du service organisateur de ces activités précisant la somme payée et la période.

2) Le service vacances organise, dans le cadre d'un accord de collaboration conclu avec l'ASBL Horizons Jeunesse, 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 intervient à raison de € 400,00 maximum, par activité organisée en faveur des membres qui participent à l'une ou plusieurs activités sur base d'un programme annuel repris en annexe et organisé dans le cadre de l'accord de collaboration précité. Cette intervention est limitée à maximum deux activités par bénéficiaire et par année civile.

Le détail des séjours est repris à l'annexe 4 des présents statuts.

*Article 51. Service convalescence*

La Mutualité organise un service « Convalescence ».

Le but de ce service est d'accorder aux malades répondant aux conditions suivantes, un séjour de convalescence si :

- Il fait suite :
  - ✓ Soit à une hospitalisation ;
  - ✓ Soit à 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 ;
  - ✓ Soit à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
- Il est justifié par un certificat médical ;
- Il débute dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation ou du traitement visé au 1er tiret.

Un séjour de convalescence peut également être accordé aux personnes ayant le statut d'aidant proche ou étant considérées comme personnes aidées au sens de l'arrêté royal du 16 juin 2020 portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche.

Le montant de l'intervention est limité à € 20 par nuitée.

Conditions d'intervention :

- les établissements de cures, les maisons de repos, et les maisons de repos et de soins doivent être agréés par l'INAMI ;
- les séjours peuvent avoir lieu également dans les établissements gérés par l'A.S.B.L. MN Vacances : Mont-des-Dunes à Oostduinkerke et Mont-des-Pins à Bomal S/Ourthe ;
- durée du séjour : minimum 7 nuitées, maximum 28 nuitées ;
- fréquence : un seul séjour par an ;
- versement direct de l'intervention à l'établissement de cures, à la maison de repos, à la maison de repos et de soins après séjour si le tiers payant est d'application.

*Article 52. Service d'hospitalisation (supprimé au 1/01/2019)*

*Article 53. Service pédicurie*

Une indemnité maximale de 5 € par séance, auprès d'un(e)praticien(ne) agréée(e), avec un maximum de quatre remboursements par année civile, est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge.

Pour les bénéficiaires de moins de 65 ans, les interventions sont octroyées sur base d'un certificat médical par année civile, établi par un médecin.

*Article 54. Service posturopodie*

Montant et conditions d'intervention :

- Une intervention maximale de 50 €, renouvelable tous les 24 mois à partir de la date de la fourniture, est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge pour le placement d'une paire de semelles de posturopodie.

L'intervention est accordée sur base d'un reçu de fourniture établi par le prestataire.

*Article 55. Service logopédie*

Une intervention est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge pour tout traitement de logopédie prescrit par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI.

a) Ce service accorde une intervention de € 5 maximum par séance**,** limité à 75 séances par année civile**,** si un accord n'est pas délivré, soit par le Collège des Médecins-Directeurs de l'I.N.A.M.I, soit par le Médecin Conseil.

b) En cas d'intervention de l'assurance obligatoire, l'avantage est limité au ticket modérateur légal réclamé au bénéficiaire limité à € 3 maximum par séance limité à 75 séances par année civile.

Les interventions du service reprises aux alinéas 1a et 1b sont accordées sur base d'un reçu établi par le prestataire et pour des traitements suivis auprès de logopèdes conventionnés.

La méthode « TOMATIS » est assimilée à un traitement de logopédie.

*Article 56. Fonds social*

Ce service accorde une aide financière aux membres effectifs et à leurs personnes à charge, confrontés à des pertes de revenus, en raison de leur état de santé, de soins médicaux ou de traitement médical, à qui une intervention personnelle fort coûteuse dans le domaine de la santé est réclamée.

Sont admissibles à une intervention :

- les titulaires avec un statut social au sens de l'article 37 § § 1, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; pour les bénéficiaires avec un statut social au sens de l'article 37, §§ 1, 2 et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le montant total de l'intervention (l'addition de l'intervention de l'entité mutualiste et d'une autre intervention éventuellement octroyée en vertu d'une disposition légale ou réglementaire) ne peut pas être inférieur à celui octroyé aux autres membres ;
- les titulaires dont le revenu est inférieur au minimum social vital, ou qui, en raison de coûts exceptionnels et importants en raison de leur état de santé, de soins médicaux ou de traitement médical voient leurs revenus réduits au minimum social vital ; cette condition de revenus est reprise à l'annexe 3 des présents statuts.

Conditions

Pour l'intervention peuvent être pris en compte :

- les frais résultant de l'état de santé, de traitement médical ou de soins médicaux :
  - qui ne sont pas pris en compte dans le cadre de l'assurance soin ou du maximum à facturer dans l'assurance soins de santé ;
  - après déduction de l'intervention payée ou payable par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accident du travail, le Fonds des maladies professionnelles et toute autre forme d'indemnisation de caisse, fonds, organisme ou institution où l'affiliation est obligatoire ;
  - qui ont été encourus pendant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention ;
- le coût de la cotisation personnelle à la mutualité pour l'année civile complète au cours de laquelle la demande a lieu.

En cas d'hospitalisation, les suppléments qui résultent du choix d'une chambre individuelle ne sont pas pris en compte. Il en est de même pour les traitements et soins de médecines alternatives.

Avantage

L'indemnisation :

- ne sera accordée qu'à la condition que le montant total des frais soit au moins de € 250 ;
- est de 50% des coûts admissibles à charge du titulaire ; de plus, sur ces 50%, une franchise de € 125 est appliquée, à charge du titulaire ;
- est limitée à un maximum de € 500 par dossier ;
- est limitée à un maximum de € 1000 euros par année civile.

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

Modalités

L'intervention est accordée sur présentation de :

- une demande du titulaire ;
- une enquête sociale sur les revenus, établie par un service public ou un service social pour les personnes bénéficiant d'un revenu social vital ou qui menacent d'y tomber ;
- les factures originales et les notes de frais restant à charge du membre.

Le membre doit être en règle de cotisation aux services complémentaires.

*Article 57. Service de traitement de psychologie*

Le service accorde, lorsqu'il n'y a pas d'intervention possible en assurance obligatoire et sur base d'une prescription médicale, une intervention dans le coût d'un traitement psychologique auprès d'un(e) licencié(e) en psychologie aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge de € 15 maximum par séance du suivi psychologique avec un maximum de 12 séances par année civile.

Documents à remettre :

- le certificat médical par année civile, établi par un médecin
- les justificatifs reprenant les honoraires perçus par le(a) licencié(e) en psychologie.

*Article 58. Service greffes d'organes*

Ce service accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge :
- une intervention de 1.000,00 € pour une greffe du cœur ;
- une intervention de 1 000,00 € pour une greffe de rein ;
- une intervention de 1 000,00 € pour des greffes de moelle ;
- une intervention de 1 000,00 € pour une greffe de foie ;
- une intervention de 1 000,00 € pour une greffe de poumon ;
- une intervention de 1 000,00 € pour une greffe de pancréas.

*Article 59. Service prêt et achat de matériel sanitaire et de réadaptation*

Le service intervient dans le coût de la location ou de l'achat de matériel sanitaire et de réadaptation en faveur des membres effectifs et de leurs personnes à charge, sur présentation des pièces justificatives à concurrence du prix demandé, sans toutefois dépasser un plafond annuel de 40 €.

La liste de ce matériel sanitaire et de réadaptation est établie par l'Assemblée générale. Cette liste est reprise à l'annexe 8 des présents statuts. Celle-ci peut être modifiée par le Conseil d'administration. La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée. Cette lettre doit mentionner l'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Une intervention spéciale de 75 € par année civile est octroyée pour la location ou l'achat, soit d'un lit destiné au maintien à domicile des cas lourds ou aux soins palliatifs, soit d'un lit anti-reflux pour bébé.

Une intervention spéciale, équivalant à 75% du prix d'achat limité à 75 € sur la durée de vie entière du bénéficiaire, est accordée en cas d'achat d'un aérosol, sur base d'une prescription médicale et de la facture du fournisseur.

Une intervention spéciale de 75 € par année civile, est accordée pour des vêtements adaptés pour les patients atteints d'un cancer, sur base d'une attestation de fourniture ou d'une facture y référant.

*Article 60. Service d'aides familiales, aides ménagères et garde-malades*

- Une intervention de 1 € par heure avec un maximum de 400 heures par année civile est accordée par ménage pour des prestations effectuées par des services d'aides familiales, aides ménagères, garde-malades agréés par la fédération Wallonie-Bruxelles, la région germanophone ou la communauté flamande.

- Les membres bénéficient à charge de la mutualité d'une intervention sur le tarif horaire pratiqué par les services d'aide aux familles et personnes âgées qui ont été agréés, suivant les normes de l'arrêté de l'exécutif de la Communauté française du 16 décembre 1988. Le montant de l'intervention est fixé conventionnellement avec chaque A.S.B.L. prestant auprès des titulaires et personnes à leur charge de la Mutualité, quel que soit leur âge. Les interventions octroyées dans le cadre du tiers-payant sont versées sur base d'un décompte reprenant les prestations effectuées par titulaire et personne à charge par les services d'aide aux familles et personnes âgées suivantes :

- l'A.S.B.L. Centre familial à Liège : 1 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide familiale Liège-Huy-Waremme : 1 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile Ougrée : 0,52 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile en milieu rural à Herve : 0,94 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile en milieu rural à Annevoie : 0,69 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile Amercoeur-Liège : 0,94 €/heure
- l'ASBL Aide à Domicile en Milieu Rural à Dinant : 1€/heure
- l'ASBL Aide à Domicile en Milieu Rural à Anderlues: 1€/heure
- l'ASBL Aide à Domicile en Milieu Rural à Chimay: 1€/heure
- l'ASBL Service Familial de Charleroi: 1€/heure
- L'ASBL service Aide Familiale de Mons Borinage : 1€/heure
- l'ASBL Service Provincial d'AIDE Familiale à Denée : 1€/heure
- l'ASBL Aide et soins à Domicile de la Province de Namur : 1€/heure
- Centre de Coordination Service d'Aides aux Familles et Aux Ainés de Charleroi : 1€/heure.

- Les membres bénéficient à charge de la mutualité d'une intervention pour les prestations effectuées par l'A.S.B.L. de coordination de soins à domicile « Vivre à Domicile Province de Liège » auprès de prestataires de soins et de services en vue de leur maintien à domicile.

Cette intervention, révisable de commun accord, est fixée par titulaire et personne à charge, quel que soit leur âge. Cette intervention est fixée comme suit par prestation :

- 19 € par demande d'aide simple
- 80 € par demande d'aide complexe
- 80 € en cas de visite
- 80 € en cas de réunion pluridisciplinaire.

Les interventions octroyées dans le cadre du système du tiers-payant sont versées sur base d'un décompte reprenant les prestations effectuées par titulaire et par personne à charge.

Il y a lieu d'entendre par :
- prestataires de soins : les médecins, les infirmier(ière)s, les kinésithérapeutes ;
- prestataires de service : les services d'aides ménagères, d'aides familiales, de garde-malades, de repas à domicile, de prêt de matériel, de bio-télévigilance, de bénévolat ;
- aide simple : information relative aux modalités d'organisation du maintien à domicile et coordination pour la mise en place de deux prestataires de services ;
- aide complexe : mise en place de plusieurs prestataires de services ;
- visite : déplacement à l'hôpital ou chez la personne pour organiser son maintien à domicile ;
- réunion pluridisciplinaire : organisation d'une réunion de concertation avec différents prestataires de services en vue d'évaluer et améliorer les conditions de maintien à domicile d'une personne.

*Article 61. Service de « bio-télévigilance »*

Sur présentation de la facture d'achat ou de location de l'appareil une intervention mensuelle de 9,00 € est octroyée en faveur d'un membre dont l'état de santé requiert qu'il soit relié à un système de bio-télévigilance à domicile ou mobile.

Plafond annuel de l'intervention : € 108,00.

*Article 62. Service Alimentation et soins pour bébés*

Le service octroie à l'enfant nouveau-né membre de la mutualité :

1. Une intervention dans le coût d'achat de langes pour bébé sur présentation de pièces justificatives :
1.1 Soit, en cas d'achat de langes jetables pour nouveau-né : une intervention maximale de 50 € par année civile et de 150 € par vie jusqu'au jour de la veille de son 3e anniversaire ;
1.2 Soit, en cas d'achat de langes réutilisables pour nouveau-né : une intervention maximale de 100 € par année civile et de 300 € par vie jusqu'au jour de la veille de son 3e anniversaire.
Sur une même année civile, ces deux interventions ne sont cumulables entre elles qu'à concurrence de ***50 €***.

2. Une intervention plafonnée à 30 € dans le coût du lait infantile, jusqu'au jour de la veille de son 1er anniversaire~~,~~ de boîtes de lait vendues en pharmacie ; ceci sur présentation de l'attestation de fourniture (BVAC ou autre reçu) délivrée par le pharmacien.

3. Dans le cas où l'enfant est allaité au-delà du jour de la veille de son 3ème mois, une prime unique de 30 € ; ceci sur base d'une attestation établie par un pédiatre, ou bien d'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).

*Article 63. Service fécondation in vitro*

Montant et conditions d'intervention :

Une intervention maximale de 500,00 € sur la durée de vie entière du bénéficiaire est accordée en cas de fécondation in vitro pour autant qu'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ait été octroyée.

*Article 64. Service garde enfants malades*

Montant et conditions de l'intervention :

Le service accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge, un gardiennage des enfants malades aux conditions suivantes :

| | |
|---|---|
| Age : | enfants 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 cotisations. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

Pour pourvoir bénéficier de l'intervention, les parents doivent s'adresser à Tempo-Team 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 est accessible aux frères et sœurs de moins de 12 ans d'un enfant gravement malade et hospitalisé, aux conditions suivantes :

| | |
|---|---|
| Age : | enfants 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 cotisations. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

*Article 65. Service "Garderie d'enfants"*

Sur base de l'attestation fiscale délivrée par l'organisme d'accueil, une intervention par année civile de 50 € dans les frais de garderie est accordée aux enfants à partir du jour de leur 3ème anniversaire jusqu'au jour de la veille de leur 6ème anniversaire. Au cours de cette période, le montant total des interventions est limité à 150 €.

*Article 66. Service "Crèches"*

Sur base de tout document probant, une intervention par année civile de 50,00 € dans les frais de crèches ou d'accueillantes, agréées O.N.E., ou par « Kind en Gezin » est accordée aux enfants de leur naissance au jour de la veille de leur 3ème anniversaire. Au cours de cette période, le montant total des interventions est limité à 150 €.

Pour les prestations effectuées en dehors du territoire national, l'organisme doit être agréé par l'organisme compétent dont dépend l'organisme.

*Article 67. Service  Optique*

Montant et conditions de l'intervention :

Le service accorde aux membres effectifs  ainsi que leurs personnes à charge, une intervention en optique.

1) MONTURES, VERRES ET LENTILLES DE CONTACT

Le service accorde une intervention sur les montures de lunettes, verres correcteurs et lentilles de contact correctrices, plafonnée à € 100 tous les 48 mois, de date à date et plafonnée au prix payé, par bénéficiaire sans limite d'âge.

L'intervention a lieu :
- sur remise du formulaire annexe 15, ou à défaut, d'un reçu détaillé des fournitures, délivré par un opticien, 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 (ophtalmologue) des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ;
- s'il n'y a pas d'intervention possible en assurance obligatoire.
- la prescription doit être antérieure de moins de 6 mois à la date de fourniture.

Pour les montures de lunettes, la prescription n'est pas nécessaire mais les montures de lunettes  doivent être adaptées à des verres correcteurs prescrits.

2) METHODE LASER OU ULTRASON

Le service accorde une intervention unique de € 250 (€ 125 maximum par œil) en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons, pour tous les bénéficiaires sans limite d'âge  et plafonnée au prix payé et déduction faite du remboursement effectué en assurance obligatoire.

Le remboursement aura lieu sur présentation des justificatifs, délivrés par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI, ou par un médecin spécialiste des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ou encore par un établissement de soins.

3) APPAREIL DE CONFORT POUR LA LECTURE

Le service accorde une intervention de € 150 maximum, par année civile, pour l'achat d'appareils de confort pour la lecture.

Types d'appareils : vidéos loupes, loupes optiques, synthèse vocale, logiciels d'agrandissement.

L'intervention est accordée :
- À la condition que la nécessité d'utilisation soit établie par un médecin spécialiste (ophtalmologue)
- Sur présentation d'une facture originale.

*Article 68. Service contraception*

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, de date à date, 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 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).

*Article 69. Service prothèses*

Montant et conditions d'intervention :

1) Prothèse capillaire : une intervention maximale de 50,00 €, tous les 24 mois, de date à date, pour une prothèse capillaire pourra être octroyée, sur présentation des pièces justificatives, aux membres effectifs et à leurs personnes à charge qui suivent un traitement chimiothérapique.

2) Prothèse orthopédique : une intervention maximale de 50,00 € par prothèse orthopédique implantée est octroyée aux membres effectifs et à leurs personnes à charge ; l'intervention est octroyée sur base de la facture de l'hôpital, détaillée et reprenant le montant du ticket modérateur porté à charge de l'assuré.

3) Lentille intraoculaire : une intervention maximale de 50,00 €, par prothèse**,** est octroyée aux membres effectifs et à leurs personnes à charge pour le placement d'une lentille intraoculaire lors d'une opération de la cataracte.
L'intervention est octroyée 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 de l'ophtalmologue, reprenant le montant du ticket modérateur réclamé.

4) Prothèse dentaire : une intervention maximale de 50 € par prothèse dentaire amovible est octroyée tous les 48 mois sur base d'un justificatif établi par le prestataire aux membres effectifs et à leurs personnes à charge.

5) Prothèse acoustique : une intervention maximale de 50 € par prothèse acoustique implantée est octroyée par année civile sur base d'un justificatif établi par le prestataire aux membres effectifs et à leurs personnes à charge.

*Article 70. Service Bilan Santé*

La Mutualité organise un service "Bilan Santé".

Une intervention dans la prise en charge du ticket modérateur légal est octroyée en faveur des membres effectifs ainsi qu'aux personnes inscrites à leur charge pour les examens médicaux effectués dans le cadre du dépistage :

- du cancer du côlon et des intestins :
  - examens médicaux : consultation d'un médecin spécialiste et/ou coloscopie :
- du cancer du sein :
  - examens médicaux : prestations de radiologie du sein ;
- du cancer de la prostate
  - examens médicaux : consultation d'un médecin spécialiste et taux PSA
- de l'ostéoporose :
  - examens médicaux : consultation d'un médecin spécialiste et/ou ostéodensitométrie ;
- des maladies cardio-vasculaires :
  - examens médicaux : consultation du cardiologue ;
- du diabète de type II :
  - examens médicaux : consultation d'un médecin spécialiste ;
- du cancer de la peau :
  - examens médicaux : consultation du dermatologue ;
- du test de la mort subite du nourrisson : prestations liées à la polysomnographie en milieu hospitalier :
  - examens médicaux : consultation.

L'intervention pour un examen médical préventif est limitée à 25,00 € par séance et est accordée sur base d'une attestation médicale circonstanciée précisant le dépistage. Deux séances au maximum sont remboursées par année civile et par bénéficiaire.

Une intervention dans les frais d'abonnement à une app médicale (e-santé), approuvée par mHealth Belgium, limitée à 25,00 € maximum par bénéficiaire et par année civile, est octroyée en faveur des membres effectifs ainsi qu'aux personnes inscrites à leur charge.

Une intervention dans les frais liés aux tests de détection du coronavirus non pris en charge par l'assurance obligatoire limitée à 20 € par bénéficiaire et par année civile est octroyée. L'intervention sera de maximum 10 € par test.

*Article 71. Service enfants cancéreux et autres affections. (Supprimé au 1er janvier 2019)*

*Article 72. Service vaccins*

Le service accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge :

- une intervention pour la fourniture de vaccin de 35 € maximum par année civile. Cette intervention est accordée sur base du document BVAC ou tout autre document de fourniture.

- une intervention à concurrence de 60 % du prix d'achat, plafonné à 300,00 € par année, de date à date, pendant une période de 36 mois dans les frais de l'immunothérapie allergénique (ITA) pour autant que l'allergie ait été attestée par un médecin formé en allergologie, spécialiste ORL, pneumologie, dermatologie ou pédiatrie.

*Article 73. Service  remboursement des tickets modérateurs*

La mutualité prend en charge les tickets modérateurs légaux des soins ambulatoires dispensés :

a) aux enfants depuis la naissance jusqu' à la veille du jour de leur 18e 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 :

- pour les consultations et les visites effectuées par des médecins généralistes ou spécialistes ;
- pour les prestations effectuées par les dentistes ;
- pour les prestations réalisées par les paramédicaux, kinésithérapeutes et infirmières reconnus par l'INAMI.

Aucune franchise n'est appliquée.

b) aux  adultes, titulaires et personnes à charge, à partir du jour de leur 18ème 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 :

- pour les consultations effectuées par les médecins généralistes, les gynécologues et les ophtalmologues.

Aucune franchise n'est appliquée.

*Article 74.  Service matériel de soins pour diabétique*

Le service accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge :

- une intervention de € 10 par boîte de tigettes, de lancettes ou des patches  avec un maximum 40 € par année civile ;
- une intervention de € 50 pour l'achat de l'appareil de mesure 1 fois tous les 36 mois.

L'intervention est octroyée sur présentation de l'attestation de fournitures.

*Article 75. Service médecines alternatives*

1) MEDICAMENTS HOMEOPATHIQUES

Montant et conditions de l'intervention :

Le service accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention de l'ordre de 50% du prix d'achat et pour un maximum de € 100 par année civile et par bénéficiaire dans le prix des médicaments homéopathiques.

Pour pouvoir bénéficier d'une 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 (France, Luxembourg, 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 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 et des unions nationales de mutualités qui sont reprises ci-après. La liste des prestataires est reprise en annexe de ces statuts. La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Les médicaments doivent être délivrés en pharmacie et sont remboursables sur base du document BVAC ou tout autre reçu délivré par le pharmacien, sur lequel doivent être mentionnés la dénomination et le prix du produit, ainsi qu'une étoile (*), indicatrice de son caractère remboursable.

2) VISITES ET CONSULTATIONS DES PRESTATAIRES DES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES

Montant et conditions de l'intervention :

Le service accorde aux membres effectifs ainsi que leurs personnes à charge, une intervention de € 10 par visite ou consultation et pour un maximum de € 70 par année civile et par bénéficiaire pour des prestataires des pratiques non conventionnelles, à savoir : l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur et la mésothérapie.

Lorsque le prestataire de pratiques non conventionnelles a également la qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI, ou la qualité de prestataires de soins des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu 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 la base de la remise d'un document distinct.

Le prestataire sera également reconnu s'il a soit soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit apporté la preuve de son affiliation à une organisation professionnelle d'une des pratiques reprises ci-dessus. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités qui sont reprises ci-après. La liste est reprise en annexe de ces statuts.

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

*Article 76. Service traitements orthodontiques*

Montant et conditions de l'intervention :

Le service accorde une seule intervention pour un seul traitement, 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 0305631) ;
- € 150 après 6 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896) ;
- € 150 après 12 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896) ;
- € 150 après 30 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896) ;
- € 150 après 36 séances (code 0305616 ou 0305653 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.

*Article 77. Service "psychomotricité"*

Une intervention de 12 €, par séance et pour un maximum de 120 € par année civile, est octroyée aux enfants jusqu'à la veille du jour de leur 6ème anniversaire pour des séances de psychomotricité spécifiées comme telles, sur base

- d'un reçu établi par le psychomotricien ;
- d'une prescription par année civile établie par un médecin généraliste, un pédiatre, un pédopsychiatre ou un neuropédiatre.

*Article 78. Service intégration des personnes handicapées*

La mutualité organise un service intégration sociale des personnes handicapées en faveur des membres titulaires 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 € sur la durée de vie entière du bénéficiaire.

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

*Article 79. Service kinésithérapie*

Une indemnité de 0,65 € maximum par séance de traitement de kinésithérapie ambulatoire pour les pathologies lourdes (liste E) ou aigues et chroniques (liste F) avec un maximum de 50 séances par année civile est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge à partir du jour de leur 18ème anniversaire, sur base d'une prescription médicale.

Les listes E et F concernent les pathologies lourdes, aigues ou chroniques reprises dans la nomenclature des soins de santé et pour lesquelles le patient peut bénéficier d'un remboursement plus élevé de sa kinésithérapie de l'assurance soins de santé obligatoire.

Une indemnité de 5 € maximum par séance est également octroyée à l'affiliée à partir du jour de son 18ème anniversaire pour 9 séances maximales de kinésithérapie périnatale hors hospitalisation.

*Article 80. Service "Médicaments génériques"*

La mutualité organise un service médicaments génériques en faveur des membres effectifs ainsi que des personnes inscrites à leur charge.

L'intervention est limitée au 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 100 € 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.

*Article 81. Service « Médecine spécialisée et soins paramédicaux »*

Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec La Polyclinique Neutre de Charleroi, les membres effectifs et les personnes inscrites à leur charge bénéficient :
- des soins de qualité proposés par l'institution de soins La Polyclinique Neutre de Charleroi ;
- du système du tiers payant dans les limites réglementaires prévues par l'INAMI ;
- de la garantie de l'application des honoraires officiels avec une limitation au ticket modérateur légal.

*Article 82. Service "Soins aux malades"*

Dans le cadre de l'accord de collaboration avec l'A.S.B.L. Centre de Médecine Spécialisée de Liège, celle-ci organise des services médicaux, dentaires, paramédicaux et d'ostéopathie.

L'A.S.B.L Centre de Médecine Spécialisée s'engage à prodiguer des soins de qualité, à respecter les barèmes et règlement des soins de santé fixés par l'I.N.A.M.I, à pratiquer le tiers-payant dans les limites réglementaires prévues par l'I.N.A.M.I., à percevoir le ticket modérateur, à octroyer une intervention correspondant au montant de la quote-part supportée par les membres et personnes à charge cotisant aux services complémentaires après remboursement de l'assurance maladie-invalidité en cas :
- -de consultation et d'actes techniques dans les services médicaux ;
- -de consultation dans le service de dentisterie ;
- -de prestations du service "soins infirmiers" à l'exclusion des facturations des prestations forfaitaires A, B, C.

Les membres effectifs et les personnes inscrites à leur charge de La Mutualité Neutre ont accès aux consultations et soins dispensés par les services médicaux, dentaires, paramédicaux et d'ostéopathie.

*Article 83. Service social*

Objet

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.

Bénéficiaires

Ce service s'adresse à tout le monde.

Avantage

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

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Moyens

Pour la réalisation des avantages qui ne relèvent pas de l'exécution de l'assurance obligatoire, le service est intégralement financé par des moyens mis à disposition par l'autorité compétente.

Ce service ne constitue ni une opération ni une assurance au sens du point 1° de l'article 1er de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Modalités

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 10 des présents statuts, pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010.

*Article 84. Service aide mutualiste, bénévolat, rencontre et voyages*

Ce service est organisé dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité.

A. Les membres effectifs et leurs personnes à charge peuvent, en fonction des disponibilités des bénévoles, bénéficier de l'assistance de l'un de ceux-ci soit pour leur tenir compagnie pendant la journée soit pour les déplacements suivants :

- Rendre visite à une personne séjournant à l'hôpital, dans une maison de repos ;
- Participer à une activité ;
- Se rendre auprès d'un organisme ;
- Se rendre à la pharmacie ;
- Rendre visite à la famille ;
- Se promener dans son quartier.

B. Des journées ou après-midi de détente sont proposés aux membres effectifs et à leurs personnes à charge.

- Après-midi récréatifs : aucune participation financière n'est réclamée à l'exception du paiement de la cotisation relative à ce service.
- Voyages : les participants aux voyages bénéficient d'une réduction sur le coût du voyage s'ils sont en règle de paiement de cotisations aux services complémentaires conformément à l'article 8 des présents statuts. Cette réduction s'élève à € 7 par voyage.

*Article 85. Service Tourisme social, bien être et santé*

a) Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité, les membres effectifs et leurs personnes à charge peuvent bénéficier de conditions tarifaires avantageuses octroyées par les centres de délassement repris à l'annexe 9 des présents statuts.

b) Dans le cadre d'un accord de collaboration conclu avec l'ASBL MN Support, le service :

- Développe le tourisme social en faveur des membres effectifs 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 membres effectifs 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% ;

- Organise en faveur des membres effectifs 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 ;

- Défend également les intérêts des membres effectifs et leurs personnes à charge.

*Article 86. Service « Patrimonial »*

Ce service acquiert, gère, possède, loue, prête et met à disposition de la Mutualité, selon un contrat de bail ou gratuitement, tout bien immobilier et mobilier nécessaire ou utile à la réalisation de son but, y compris l'hébergement des services administratifs et médicaux de la Mutualité.

Pour ce service, un accord de collaboration est conclu avec :

- l'ASBL La Sécurité :

Un financement de 117.673,83 € a été accordé pour 2020 et un montant maximum de 119.051,90 € est prévu pour 2021 ;

- l'ASBL MN Support :

Un financement de 179.491,06 € a été accordé pour 2020 et un montant maximum de 180.995,88 € est prévu pour 2021 ;

- L'ASBL NEUTRACONFORT :

Un financement de 115.041,78 € a été accordé pour 2020 et un montant maximum de 118.449,22 € est prévu pour 2021.

Ce service est considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'article 1er, 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.

*Article 87. Service promotion et information*

De première part, ce service finance :
- les frais d'impression, de distribution du journal de la mutualité ;
- des activités destinées à informer les membres sur l'éducation et la promotion de la santé sont proposées. Aucun droit d'entrée ne leur est réclamé.

De seconde part, sur base d'un accord de collaboration conclu avec l'A.S.B.L. MN Support, ce service rédige et diffuse l'information aux membres concernant les services complémentaires à l'exception de ce qui est visé à l'alinéa précédent et de la publicité en faveur de la mutualité.

Ce service est considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'article 1er, 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**.**

*Article 88. Service administratif*

a) Centre administratif (classification 98/1) : est destiné à recevoir et à répartir les flux financiers afférents aux charges et produits de fonctionnement communs aux services visés aux articles 3, alinéa 1er, b) et c), et 7, §§ 2 et 4, de la loi du 6 août 1990, qu'il n'est pas possible de mettre directement à la charge d'un ou de plusieurs services précités.

Les charges imputées au centre administratif seront, à chaque exercice, intégralement réparties entre les différents services sur la base de clés objectives.

b) Service administratif (classification 98/2)

Conformément à l'article 1, 4° de l'arrêté Royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant diverses dispositions en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, la mutualité prévoit un service administratif qui vise la perception des cotisations destinées à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités visé à l'article 195, §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce, dans la mesure des cotisations perçues.
Le service administratif gère les réserves administratives citées ci-dessus dans le cadre réglementaire imposé par l'Office de Contrôle des Mutualités.
Toute cotisation administrative perçue sera exclusivement destinée à ce service administratif (98/2).

Sont également imputés au centre administratif (code 98/2) les charges et produits déterminés par l'Office de contrôle des mutualités.

*Article 89. Service juridique*

Ce service a pour but l'établissement de tout dossier et de défense en justice pour les problèmes relatifs aux relations de travail et de sécurité sociale. Aucune participation financière n'est réclamée au membre.

En outre, le membre effectif et les personnes inscrites à sa charge peuvent bénéficier d'un conseil ou avis auprès de l'un des avocats désignés par la mutualité et dont la liste est reprise à l'annexe 7 des présents statuts. Pour cette consultation, conseil ou avis, aucune intervention financière ne sera réclamée.

*Article 90. Service "Prêt garantie locative"*

Le service accorde 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 dans* sa vie et *à chaque* bénéficiaire.

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

*Article 91. Admission réciproque*

Les personnes à charge qui, sans interruption, deviennent membres effectifs conservent par leur nouvelle situation, les avantages dont elles jouissaient antérieurement.

En cas de décès, les cotisations des services complémentaires pour les périodes non encore courues doivent être remboursées aux ayants droit du membre décédé dans les trois mois de la fin d'affiliation.

**SECTION 3 - Cotisation**.

*Article 92*

Les membres effectifs s'engagent à payer une cotisation annuelle par ménage mutualiste dont le montant est fixé au tableau repris à l'annexe 11 des présents statuts.

Les membres effectifs réunissant toutes les conditions suivantes bénéficient d'une cotisation réduite à € 0,00 :
1- être inscrit en qualité de titulaire à l'assurance obligatoire,
2- bénéficier de l'intervention majorée en application de l'article 8 5° 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 coordonnée du 14 juillet 1994.

*Article 93*

Les cotisations sont versées par les assurés par anticipation, par trimestre ou par année. En cas de domiciliation, un paiement mensuel est autorisé.

## CHAPITRE VI

### Recettes, dépenses et placements

*Article 94*

Les recettes de chacun des services sont constituées par :
1- les cotisations mentionnées à l'article 92 ;
2- les dons et les legs ;
3- les recettes et produits divers qui lui sont destinés ;
4- les intérêts des fonds placés.

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

*Article 95*

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

*Article 96*

Les fonds des services complémentaires sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

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

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

## CHAPITRE VII

### Collaboration

*Article 97*

1- 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;
2- A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres effectifs et leurs personnes à charge.
3- L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'assemblée générale et transmis à l'Office de contrôle des Mutualités.

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

## CHAPITRE VIII

### Dissolution

*Article 98*

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 applicables dans ce cas.

La convocation mentionne :
1- les motifs de la dissolution ;
2- la situation financière de la mutualité ;
3- l'affectation des fonds sociaux ;
4- les formes et les conditions de la liquidation ;
5- le rapport du réviseur relatif à la situation financière de la mutualité.

*Article 99*

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

*Article 100*

En cas de cessation et de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3 b) ou 7 § 2 et 4 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale décide de l'affectation des fonds de ces services.

Les actifs résiduels seront en priorité affectés au paiement des avantages des membres conformément à l'article 48 § 1er de la loi du 6 août 1990 tel que modifié par la loi du 26 avril 2010 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 de plusieurs services.

## CHAPITRE IX

### Modifications des statuts

*Article 101*

L'Assemblée Générale est compétente pour décider des modifications statutaires.

Les statuts peuvent être modifiés, soit à l'initiative du Comité de gestion, soit à l'initiative du Conseil d'administration, soit à l'initiative d'un membre de l'assemblée générale.

Les propositions sont soumises au Conseil d'administration qui les soumet à son tour à la décision de l'assemblée générale suivante.

Dans ce cadre même en séance, les membres de l'Assemblée Générale peuvent aussi proposer des modifications statutaires.

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

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

*Article 102*

Les services sont organisés de la manière décrite dans les présents statuts.

La Mutualité Neutre agit dans le respect de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales et de la loi du 26 avril 2010 portant dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire concernant les mutualités et les arrêtés d'exécution subséquents.

*Article.103*

La condition d'approbation visée à l'article 11, § 1er, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités étant remplie, les modifications entrent en vigueur à la date fixée par l'assemblée générale.

# ANNEXES

Annexe 1 : liste des transporteurs

Annexe 2 : convention de transport

Annexe 3 : fonds social – montants

Annexe 4 : séjours organisés par Horizons Jeunesse en 2021

Annexe 5 : prestataires de médecines alternatives

Annexe 6 : service juridique – avocats

Annexe 7 : matériel sanitaire

Annexe 8 : centres de délassement

Annexe 9 : service social – base légale

Annexe 10 : cotisations