



-
STATUTS
-

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités et ses arrêtés d'exécution;
Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;
Vu la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.
Après délibération, l'Assemblée Générale tenue ~~par consultation écrite le 15 juin~~ **12 octobre** 2021, a décidé, aux quorums de participants et de majorité exigés par la loi du 6 août 1990, de fixer les statuts de la mutualité comme suit :

Chapitre Ier. Constitution - dénomination - buts - siège social et champ d'activité de la mutualité

article 1.

1. Une fédération mutualiste a été établie à Bruxelles le 1er juillet 1863 sous la dénomination : "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles et ses faubourgs". Elle a adopté successivement les dénominations suivantes : "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles, ses faubourgs et les communes limitrophes" homologuée par arrêté royal du 26 février 1931; "Fédération Libre des Mutualités Neutres de Bruxelles et environs" homologuée par arrêté royal du 26 juin 1959; "Fédération Libre des Mutualités Neutres" homologuée par arrêté royal du 25 février 1965; "Fédération Libre des Mutualités Neutres - Vrij Verbond der Neutrale Mutualiteiten" homologuée par arrêté royal du 1er juillet 1969.

2. Une fédération mutualiste a été établie à Verviers, le 24 juillet 1864, sous la dénomination "Fédération neutre des sociétés de secours mutuels de l'arrondissement de Verviers". Sa dénomination "Fédération royale des sociétés neutres de secours mutuels de l'arrondissement de Verviers" a été homologuée par arrêté royal du 19 septembre 1939. Elle a adopté la dénomination "Société royale "La Mutualité Neutre de Verviers et arrondissement" lors de son Assemblée Générale de septembre 1939.

3. Une mutualité a été établie à Liège le 3 août 1913 sous la dénomination "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés et voyageurs". Par arrêté royal du 18 juillet 1927 et par arrêtés du Régent des 15 décembre 1947 et 24 août 1949, elle a adopté successivement les dénominations suivantes :

- "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés, voyageurs de commerce et professions libérales";
- "Fédération provinciale liégeoise d'employés, voyageurs de commerce et professions similaires";
- "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés, voyageurs de commerce et professions similaires".

Par arrêté royal du 10 mai 1965, elle a adopté la dénomination "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés, représentants et indépendants".

Par décision de l'Assemblée Générale extraordinaire du 20 juin 1991, elle a adopté, à partir du 1^{er} janvier 1992, la dénomination "M U T U A L I A - Mutualité Neutre". Dans ses relations avec des tiers, la mutualité utilisait l'abréviation "Mutualia".

4. A partir du 1^{er} janvier 2007, la mutualité issue de la fusion des mutualités reprises sous les points 2. et 3. portera le nom de "M U T U A L I A - Mutualité Neutre", en abrégé "MUTUALIA".

5. A partir du 1^{er} janvier 2021, la mutualité issue de la fusion des mutualités reprises sous les points 1 et 4 portera le nom de "Mutualia".

Elle est fondée en dehors de toute idée politique, philosophique ou religieuse; elle se défend de toute immixtion dans la politique des partis.

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité peut utiliser les abréviations suivantes : "Mutualité Neutre", "Neutraal Ziekenfonds", "Symbio", "Mutualia", "Mutualia-Symbio". Ces dénominations pourront être maintenues pendant le temps nécessaire et au plus tard jusqu'aux prochaines élections mutualistes.

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 maladie obligatoire, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée depuis 1886 et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance aux membres ou à leurs personnes à charge lors de l'accomplissement de cette mission afin de veiller à ce que des soins de qualité soient assurés et de veiller à ce que chacun ait accès à ces soins.

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.

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

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

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'Union Nationale. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'Union Nationale.

b) Dans le cadre de l'article 3 b) et c) de la même loi : l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à leurs affiliés 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 de la mutualité obligatoires pour tous les assurés :

- Transports; - art. 41
- Naissance - adoption; - art. 42
- Bébé; - art. 43
- Futures mamans; - art. 44
- Enfants - Jeunesse; - art. 45
- Logopédie; - art. 46
- Montures - Optique; - art. 47
- Pédicure; - art. 48
- Posturologie ; - art. 49
- Prévention-soins; - art. 50
- Orthodontie; - art. 51
- Soins dentaires; - art. 52
- Interventions malades; - art. 53
- Psychologie; - art. 54
- Assistance juridique ; - art. 55
- Aides familiales, aides ménagères et gardes malades; - art. 56
- Vacances handicapés; - art. 57
- Médecines alternatives; - art. 58
- **Traitement migraine ; - art. 59**
- Affiliation à un club sportif; - art. ~~59~~ **60**
- Prêts / avances; - art. ~~60~~ **61**
- Centre service social. - art. ~~61~~ **62**

Services organisés en collaboration avec l'Asbl "Solidarité Neutre"

- Fonds social; - art. ~~62~~ **63-1**
- Service jeunesse; - art. ~~62~~ **63-2**
- Prestations médicales diverses; - art. ~~62~~ **63-3**
- Soins infirmiers à domicile; - art. ~~62~~ **63-4**
- Service éducation sanitaire; - art. ~~62~~ **63-5**
- Service seniors actifs; - art. ~~62~~ **63-6**
- Dépistage. - art. ~~62~~ **63-7**

Services organisés en collaboration avec l'Asbl "Multi-care"

- Aides au domicile; - art. ~~64~~ **65-1**
- Service psychologie. - art. ~~64~~ **65-2**

Dans le cadre de l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 des services qui ne sont ni des opérations, ni des assurances sont organisés :

Mutualité

- Centre de répartition (98/1); - art. ~~65~~ **66**
- Centre administratif (98/2). - art. ~~66~~ **67**

Subventionnement de structures socio-sanitaires

- Asbl "Calyps'autre" - art. ~~63~~ **64**

Union Nationale des Mutualités Neutres

En ce qui concerne les services organisés par l'Union Nationale, il y a lieu de se référer à l'article "2" des statuts de ladite entité mutualiste et ce, tenant compte que les services organisés pour notre Mutualité sont obligatoires pour tous les membres effectifs.

Tous les services précités, à l'exception de ceux de l'Union Nationale, sont organisés par la mutualité.

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. et offre, à ses membres la possibilité de souscrire à une assurance hospitalisation. La mutualité est, pour cette activité, inscrite au registre de l'Office de contrôle des Mutualités des intermédiaires d'assurances des sociétés mutualistes en qualité d'agent, sous le n° 2004 C.

L'affiliation aux services de la S.M.A. "Neutra" est facultative.

L'affiliation au service "Epargne prénuptiale" organisée par l'Union Nationale, est toujours facultative.

D'une manière générale lorsqu'une intervention d'une autorité publique sur la base d'une disposition légale ou réglementaire existe, comme en l'occurrence sur la base d'un arrêté royal dans le cadre de l'assurance obligatoire, elle est portée en diminution de ce qui est octroyé pour ce service sur la base des statuts. La mutualité a également pour but d'offrir à ses affiliés et à leurs personnes à charge, les avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale et par les sociétés mutualistes auprès desquelles elle est affiliée. L'affiliation en tant que membre ouvre la possibilité de bénéficier des avantages des services prévus à l'article 2, b), des présents statuts pour autant que les conditions pour en bénéficier soient remplies. La possibilité de bénéficier de ces avantages dépend des moyens disponibles. L'affiliation à l'assurance complémentaire est obligatoire. En vue d'une imputation totale et une répartition correcte des frais d'administration communs des services repris sous l'article 2, b), la mutualité crée un centre de répartition administratif (art. 65 des statuts, code OCM 98/1).

article 3. Le siège de la mutualité est établi à 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Boulevard Brand Whitlock 87-93 / bte 4 et son champ d'activité comprend 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 ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujettis à l'assurance obligatoire belge.

article 4. La mutualité est affiliée auprès de l'Union Nationale des Mutualités Neutres, établie à Saint-Gilles (Bruxelles).

§ 1 - Elle est autorisée à exécuter les dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Elle doit respecter les dispositions de la loi, ainsi que les dispositions statutaires et les décisions, directives et instructions émanant des organes compétents de l'Union nationale des mutualités neutres ; sont considérées entre autres comme telles les circulaires et instructions diverses de l'Union nationale, les décisions du conseil d'administration et des Comités du conseil d'administration, les circulaires de l'O.C.M. et de l'I.N.A.M.I., le code déontologique de concurrence adopté par le conseil d'administration de l'Union nationale, l'Engagement de bonne gestion de l'Union nationale des mutualités neutres adopté par le conseil d'administration de l'Union nationale des mutualités neutres et signé par les responsables des mutualités neutres.

Cette autorisation doit satisfaire à certaines conditions, fixées par la charte de gouvernance, qui peuvent être modifiées.

Le conseil d'administration de l'Union nationale adopte un code déontologique, ainsi qu'une charte de gouvernance, qui sont applicables à l'Union nationale et aux mutualités qui en font partie.

§ 2 - Le conseil d'administration peut retirer une autorisation donnée sur proposition du comité de direction si la mutualité n'en respecte pas les conditions. La décision par laquelle l'autorisation est refusée ou retirée doit être motivée.

La mutualité peut interjeter appel de cette décision auprès du Ministre ayant la Prévoyance sociale dans ses attributions dans les quinze jours civils de la notification de la décision.

§ 3 - Lorsqu'une autorisation donnée est retirée, la mutualité ne répond plus aux dispositions de l'article 3 de la loi du 6 août 1990 et est dès lors d'office dissoute entraînant par conséquent l'application de l'article 47 de cette loi.

§ 4 - Sans préjudice des dispositions du § 1er du présent article, lorsque le conseil d'administration de l'Union nationale constate qu'une mutualité affiliée n'agit pas suivant ses objectifs statutaires ou ne respecte pas les obligations imposées par la

loi du 6 août 1990 et ses arrêtés d'exécutions, en ce compris les conditions de l'autorisation visée au § 1^{er}, ou ne respecte pas les dispositions du code déontologique ou de la charte de gouvernance :

1° le conseil d'administration de l'Union nationale dispose du droit contraignant et exigible d'expliquer directement sa position aux organes statutaires de la mutualité. Cette explication peut avoir lieu par écrit et/ou oralement lors d'une séance de l'assemblée générale et/ou du conseil d'administration ou de toute autre commission visée à l'article 23, alinéa 2 de ces statuts;

2° le conseil d'administration de l'Union nationale peut ordonner à la mutualité de régulariser la situation dans un délai qu'elle détermine et, à défaut de régularisation dans le délai imparti, le conseil d'administration de l'Union nationale peut décider de prendre une ou plusieurs mesures suivantes:

- suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité concernée et s'y substituer pendant une période déterminée et renouvelable;

- suspendre ou annuler une décision litigieuse.

Le conseil d'administration de l'Union nationale informe sans délai l'Office de contrôle de sa constatation et de l'adoption d'une ou plusieurs mesures susvisées. Elle peut solliciter l'avis de l'Office avant d'adopter l'une de ces mesures.

La mutualité qui conteste la décision du conseil d'administration de l'Union nationale peut :

1° solliciter, en l'absence de recours devant le tribunal du travail compétent visé au point 2 ci-dessous, l'avis de l'Office de contrôle à ce propos dans le mois de la notification de la décision. Dans ce cas, l'Office de contrôle communique son avis aux deux parties dans les deux mois de la réception de la demande d'avis, après avoir entendu les deux parties ;

2° introduire, à peine de déchéance, un recours par voie de requête devant le tribunal du travail compétent dans les deux mois de la notification de la décision.

En cas de sollicitation de l'avis de l'Office visé au point 1°, ce délai est prolongé de deux mois. L'action introduite devant le tribunal du travail n'est pas suspensive.

La mutualité avertit sans délai l'Office de contrôle de l'introduction de ce recours.

En cas d'introduction d'un recours devant le tribunal du travail compétent après avoir sollicité l'avis de l'Office de contrôle conformément au point 1° et avant que cet avis ait été communiqué aux deux parties, l'avis de l'Office de contrôle est censé ne jamais avoir été sollicité.

A défaut de régularisation dans le délai imparti, le conseil d'administration peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité et peut s'y substituer pendant une période déterminée, soit directement, soit par

délégation à un membre du comité de direction ou du secrétariat national et reprendre ainsi complètement ou en partie la gestion de la mutualité.

Chapitre II - Affiliation - démission et exclusion

article 5.

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

1° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, a), de la loi du 6 aout 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services :

- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- de l'Union Nationale des Mutualités Neutres auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 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 "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" ou de la "Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise" ou de la "Société Mutualiste régionale 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 réglementation 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 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

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 aout 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 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 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 § 1^{er}, 1°, comme n'étant pas affiliée à la mutualité, sauf manifestation expresse de la volonté de rester affiliée aux services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

§ 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 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire, 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 aout 1990, organisée par l'Union Nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée;
- de s'affilier à la société mutualiste "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" ou de la "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise" ou de la "Société Mutualiste régionale 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 réglementation 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.

§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 A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

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 aout 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 de la mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de celle-ci, 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 de la 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 de la 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 de la 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 de la 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.

TYPES DE MEMBRES

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 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.

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

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire 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.

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.

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

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

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de "recouvrement du droit" 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 1^{er}, la personne a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, les mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaires durant l'affiliation en qualité de titulaire dans une mutualité précédente sont pris en considération pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

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

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de "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 5 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 1^{er} jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

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.

Aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée, avant le 1^{er} janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue, tel que définie à l'article 2ter de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa 2 s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2ter, alinéa 2, de l'arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2ter. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa 2.

Par dérogation à l'article 2bis, § 1er, alinéa 1^{er}, 2^o, de l'arrêté royal du 7 mars 1991, il faut par conséquent, pour pouvoir bénéficier d'un avantage des services concernés pour un événement qui se produit en 2021, être en ordre de cotisations pour la période du 1er janvier 2019 au mois y compris durant lequel cet événement s'est produit.

article 8.

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 5, 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 III - Organes de la mutualité

Dispositions transitoires

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 telles que composées au jour de la signature des présents statuts.

Section 1 - L'Assemblée Générale

Composition

article 9.

L'Assemblée Générale se compose des délégués élus dans chaque circonscription.

Il y a par circonscription un délégué par 1000 membres tels que définis à l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, avec un minimum de 20 délégués pour l'ensemble des circonscriptions.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge, majeurs ou émancipés en Belgique, pour une période *maximale* de six ans renouvelable.

Circonscriptions

article 10. En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale, la mutualité est répartie en deux circonscriptions électorales :

1. la première recouvre les territoires de la Région de Bruxelles-Capitale et de la Région flamande;
2. la deuxième recouvre le territoire de la Région wallonne.

Font partie de ces circonscriptions électorales, les membres et leurs personnes à charge qui relèvent de ces circonscriptions par leur domicile.

article 11. Au sein de chaque circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote élisent le nombre de représentants proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale selon les quotas de l'article 9, alinéa 2.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

article 12. 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) il faut être en ordre de cotisation;
 - d) s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité.
 - e) le droit de vote ne peut s'exercer que dans la circonscription à laquelle le membre est rattaché par son domicile.
- Pour pouvoir être élus et rester délégués à l'Assemblée Générale, les membres ou les personnes à charge doivent :
- a) ~~avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent;~~ **la personne doit être membre de la mutualité et pouvoir bénéficier d'un avantage de ces services, ou doit avoir la qualité de personne à charge d'un membre de la mutualité, pouvant bénéficier d'un avantage de ces services.**
 - b) ~~être de bonne conduite et ne pas être privés des droits civils;~~ **la personne doit être majeure et émancipée et pouvoir présenter, sur simple demande, un extrait de casier judiciaire qui ne contient pas de mention d'une condamnation criminelle ou correctionnelle.**
 - c) être affiliés depuis au moins ~~six~~ **deux** années à l'assurance complémentaire de la mutualité avant la date d'élection et être en ordre de cotisation;
 - d) s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être affilié depuis au moins ~~six~~ **deux** années à l'assurance complémentaire de la mutualité avant la date d'élection et être en ordre de cotisation auprès de la mutualité;
 - e) ne pas occuper un emploi rétribué auprès d'une mutualité. ~~ou d'une Union Nationale ou d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée.~~
 - f) ne pas être ou avoir été licencié comme membre du personnel de la mutualité. ~~ou de l'union nationale ou d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée.~~

Procédure électorale

article 13. Les membres et leurs personnes à charge majeures ou émancipées sont informés ~~par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité~~ **d'une part via le site web de la mutualité et, d'autre part, via e-mail, ou dans des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité ou dans des brochures destinées aux membres et placées à un endroit clairement visible.**

- 1) de l'appel aux candidatures, **accompagnée d'une motivation** et de la façon de se porter candidat;
- 2) de la date limite pour soumettre les candidatures;
- 3) du nombre de mandats à pourvoir dans chaque circonscription eut égard au quota de l'article 9, alinéa 2;
- 4) des dates qui découlent de la procédure électorale.

Cet appel a au plus tard lieu le 31 octobre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

~~Les membres et leurs personnes à charge qui souhaitent se porter candidats disposent d'une période de 15 jours civils après la fin du mois au cours duquel les publications ont été envoyées.~~

article 14. Les candidatures doivent être adressées au président de la mutualité par lettre recommandée **au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.**

Le Président qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 12 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste ~~dans un délai de quinze jours~~

civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature **au plus tard le 31 décembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.**

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.

Tout litige découlant de la contestation de la recevabilité des candidatures introduites peut être soumis à l'Office de contrôle des mutualités.

Ces plaintes doivent être introduites par lettre recommandée dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle ce refus a été communiqué au candidat concerné.

L'Office de contrôle des mutualités dispose de trente jours civils pour notifier sa décision aux parties concernées.

L'Office de contrôle des mutualités se réserve le droit de convoquer ces parties afin d'entendre leurs moyens de défense.

Les parties concernées peuvent également demander à être entendues par l'Office de contrôle.

article 15. Une liste des candidats effectifs **tenant compte des décisions de l'Office de contrôle concernant les plaintes introduites à la suite d'un refus de candidature par le Président** est établie et communiquée aux membres et aux personnes ayant droit de vote par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité **au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.** Le Conseil d'Administration de la mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur les listes.

~~article 16. La date des élections ainsi que la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être communiquées aux membres et aux personnes ayant droit de vote par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité dans un délai maximum de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.~~

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

Les convocations pour le vote sur la base des listes définitives des candidats et la date d'élection communiquée aux membres et aux personnes ayant droit de vote par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les élections auront lieu au plus tôt 8 jours calendrier après l'envoi des convocations.

Bureaux électoraux

article 17. L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un Président, d'un Secrétaire et de deux assesseurs. Le bureau électoral est composé au plus tard 30 jours avant le début des élections.

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

Le Secrétaire est désigné par le Président parmi les membres du personnel de la mutualité. Les candidats à l'élection ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.

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

Le Président désigne, en outre, un Secrétaire parmi les membres du personnel de la mutualité afin de contrôler les procédures électorales dans le bureau électoral.

Etablissement des listes électorales

article 18. Les listes électorales sont établies par circonscription.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Des listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral. L'inscription sur les listes est effectuée de manière systématique par la mutualité en respectant les dispositions de l'article 10 des présents statuts et mentionnent le nom, les prénoms, les numéros de membre et l'adresse de chaque électeur, .

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

L e v o t e

article 19. Le vote est libre. Le vote se déroule par correspondance.

Dix jours au moins avant le début de la période électorale, le Président du bureau électoral envoie, par courrier simple, à tous les membres et personnes à charge ayant droit de vote un bulletin de vote accompagné des instructions aux électeurs.

Le bulletin de vote plié fera également, au verso, office d'enveloppe. Cette enveloppe pré imprimée portera les mentions suivantes : "Elections mutualistes - Au Président du bureau électoral de la mutualité".

Le tout est enfermé dans une deuxième enveloppe fermée, adressée à l'électeur.

L'électeur, une fois son vote exprimé, referme l'enveloppe adressée au Président du bureau électoral, la colle et remplit les mentions prévues.

Cette enveloppe doit être envoyée par la poste et arriver au siège de la mutualité avant la date de clôture du scrutin mentionnée sur le bulletin de vote.

Les bulletins arrivés après cette date seront considérés comme nuls. Les listes établies par le bureau électoral feront foi de la réception par la mutualité des bulletins de vote.

article 20. **Le vote peut avoir lieu par voie électronique sur place ou à distance, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle des mutualités.**

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote. **Une personne qui dispose du droit de vote peut donner procuration à une autre personne disposant du droit de vote en vue de voter.** Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

Si l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste a été déterminé par le Conseil d'Administration, conformément à l'article 15 et si l'électeur est d'accord au sujet de l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en tête de liste.

Dépouillement des bulletins de vote

article 21. Le bureau de vote procède au dépouillement des bulletins de vote dans les sept jours ouvrables suivant la période d'élection.

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

Les voix de têtes de listes sont réparties parmi les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis. Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale.

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

Sont nuls :

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

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin.

Exemption de procéder à un vote

article 22. ~~Dans chaque circonscription, lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus (voir articles 14 et 15 de l'arrêté royal du 7 mars 1991).~~

Il est procédé à un vote dans une circonscription électorale si le nombre de candidats pour cette circonscription électorale est supérieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription électorale ;

Les candidats d'une circonscription électorale qui satisfont aux conditions d'éligibilité sont automatiquement élus si le nombre de candidats pour cette circonscription électorale est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription électorale.

article 23. ~~Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après la clôture de la période d'élection.~~

Les résultats des élections sont communiqués via les mêmes canaux que ceux visés à l'article 13 au plus tard lieu quinze jours civils après le jour du vote ou après la constatation qu'il n'y a pas lieu de procéder à un vote étant donné que le nombre de candidats, pour l'ensemble de la mutualité, est inférieur ou égal au nombre de mandats effectifs à pourvoir.

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

article 24. Un exemplaire du règlement électoral et des publications visées aux articles 13, 16 et 23 des présents statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de Contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

article 25. ~~La nouvelle Assemblée Générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale. Un recours auprès de l'Office de Contrôle suspend la période de trente jours.~~

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

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

Les personnes suivantes peuvent assister aux assemblées générales avec voix consultative :

- les personnes qui au sein de la mutualité, soit sont chargées de la responsabilité globale de la gestion journalière, soit exercent une autre fonction dirigeante ou une fonction de direction;
- une personne désignée par l'union nationale à laquelle est affiliée une mutualité pour représenter l'union nationale à l'assemblée générale de cette mutualité.

L'élection de suppléants est organisée lorsqu'il est satisfait aux conditions suivantes :

- le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, peu importe si les statuts prévoient une circonscription électorale pour le vote;
- les candidats satisfont aux conditions d'éligibilité et ne sont pas élus en tant que représentants effectifs.

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

Les membres de la direction de la mutualité peuvent assister à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

article 26. L'Assemblée Générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 de la loi du 6 août 1990 et suivant les modalités fixées aux articles 16,17 et 18 de cette même loi.

1° les modifications des statuts;

2° l'élection et la révocation des administrateurs;

3° l'approbation des budgets et comptes annuels;

4° la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises;

5° la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 43;

5bis° l'organisation et le groupement de services dans une société mutualiste visée à l'article 43bis;)

6° la fusion avec une autre mutualité;

7° l'adhésion à une union nationale;

8° la mutation vers une autre union nationale;

9° la dissolution de la mutualité (et les opérations relatives à la liquidation de la mutualité.) ;

10° l'octroi de jetons de présence ou du remboursement de frais aux administrateurs et aux membres de l'assemblée générale ;

11° la collaboration avec des tiers, visée à l'article 43 de la loi, sauf pour les formes de collaboration définies par l'OCM, après avis du Comité technique visé à l'article 54 de la loi.

Chaque membre de l'Assemblée Générale peut se faire représenter par un autre membre de l'Assemblée Générale. Toutefois, un membre de l'Assemblée Générale ne pourra être porteur que d'une seule procuration.

Les décisions de l'Assemblée Générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents et représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi ou les statuts le stipulent autrement.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée. Ne peuvent être repris à l'ordre du jour de cette assemblée que des points qui étaient déjà inscrits à l'ordre du jour de la première assemblée. Cette deuxième Assemblée Générale délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Pour les décisions suivantes :

- Modifications des statuts;
- Election et révocation des membres du Conseil d'Administration et des membres du Comité Permanent;
- Fusion avec une autre mutualité;
- Adhésion à une Union Nationale;
- Dissolution de la Mutualité.

Le quorum de présence et une majorité, tels que visés par les articles 10, alinéa 2, 18 § 1^{er}, 19, alinéa 2 de la loi du 6 août 1990 sont exigés tant au niveau de l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale, que des membres issus des deux circonscriptions définies à l'article 10.

Les documents suivants doivent être transmis à l'Union Nationale à laquelle la mutualité est affiliée au plus tard un mois après leur approbation :

- **les rapports ou procès-verbaux des réunions de l'assemblée générale;**
 - **le budget et les comptes annuels de l'assurance complémentaire (y compris le rapport des réviseurs sur ces comptes annuels).**
- Toute communication écrite entre la mutualité et l'OCM doit également être transmise à l'Union Nationale à laquelle la mutualité est affiliée.**

Cette Union Nationale a en outre accès de plein droit, sur simple demande et sans devoir se déplacer, aux documents de l'assemblée générale de la mutualité.

Disposition transitoire : jusqu'à la dernière Assemblée Générale précédant les élections de 2022, le quorum de présence et une majorité, tels que visés par les articles 18 § 1^{er}, 19, alinéa 2 de la loi du 6 août 1990 sont exigés tant au niveau de l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale issue de la fusion au 1^{er} janvier 2021, que des membres des anciennes Assemblées Générales qui ont approuvé ladite fusion.

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.

Section 2 - Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'Union Nationale

Dispositions transitoires

Jusqu'aux élections mutualistes de 2022, les représentants à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale sont les délégués élus des deux entités fusionnées.

article 27. La délégation de la mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale comprend 1 délégué par tranche commencée de ~~4000~~ **4500** membres avec un minimum de 2 et un maximum de 20.

article 28. Les délégués et leurs suppléants sont élus par l'Assemblée Générale. L'appel aux candidatures est lancé lors de la convocation de l'Assemblée Générale qui délibère de cette élection. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au Président de la mutualité au plus tard 8 jours calendrier avant la tenue de ladite Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration peut proposer une liste de candidats.

article 29. Le vote est secret. Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint à la date fixée par la tenue de l'Assemblée Générale, il est convoqué une deuxième Assemblée Générale qui délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents.

Section 3 - Conseil d'Administration

Dispositions transitoires

Jusqu'aux élections mutualistes de 2022, le Conseil d'Administration est composé des membres des Conseil d'Administrations des deux entités fusionnées.

article 30. Le Conseil d'Administration de la mutualité est composé d'au moins 10 membres et au maximum, d'un nombre d'administrateurs qui ne peut être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'Assemblée Générale. **Les Administrateurs indépendants éventuellement désignés ne sont pas comptabilisés.** Au moins trois mandats sont occupés par des personnes de sexe féminin et au moins trois mandats sont occupés par des personnes de sexe masculin. Il ne peut y avoir au maximum qu'un quart de personnes rémunérées par la mutualité ou l'Union Nationale.

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut :

- a) être majeur et ~~de bonne conduite vie et mœurs~~ **pouvoir présenter sur demande, un extrait de casier judiciaire qui ne contient pas de mention d'une condamnation criminelle ou correctionnelle;**
- b) être affilié depuis au moins ~~six~~ **deux** ans avant la date d'élection à l'assurance complémentaire de la mutualité et être en règle de cotisation.

Il ne faut toutefois pas faire partie de l'Assemblée Générale.

Il y a incompatibilité d'une part entre l'exercice dans une mutualité et dans une union nationale d'une fonction par laquelle la personne qui occupe la fonction est soit chargée de la gestion journalière, soit occupe une fonction dirigeante, et d'autre part une fonction identique dans une institution médico-sociale dont une partie ou la totalité des prestations fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. L'office de contrôle des mutualités décrit cette fonction.

Le mandat des membres du Conseil d'Administration est honorifique, des jetons de présence ou remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus.

article 31. **Les membres du Conseil d'Administration est sont** élus par les membres de l'Assemblée Générale pour une durée maximale de 6 ans, durée maximale de 6 ans, **conformément aux conditions prévues l'article 18 de la loi du 6 août 1990 et après prise de connaissance de la motivation qui, le cas échéant, accompagne la candidature.**

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration **soit de manière spontanée soit suite à un appel à candidature par la mutualité.** Le Président établit la liste de candidatures valablement introduites.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin. Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus. Chaque membre de l'Assemblée Générale, qui dispose d'une voix, peut voter pour autant de candidats qu'il y a de mandats à pourvoir.

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

Sans préjudice au droit des membres de l'Assemblée Générale de la mutualité de se porter candidat à un ~~poste~~ **autre mandat que celui** d'administrateur **indépendant**, le Conseil d'Administration de la mutualité peut présenter à l'Assemblée Générale sa propre liste de candidats. Toutes les candidatures (tant celles présentées spontanément par un membre de l'assemblée générale que celles présentées par le Conseil d'Administration) doivent figurer sur une liste unique. Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions. Ils seront amenés à assumer le mandat d'un administrateur décédé ou démissionnaire jusqu'à l'élection d'un remplaçant.

Le Conseil d'Administration peut élire au maximum cinq conseillers. Ils ont une voix consultative.

~~Les membres de la direction de la mutualité peuvent participer au Conseil d'Administration avec voix consultative.~~

Les personnes suivantes peuvent assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative :

- **les personnes qui au sein de la mutualité, soit sont chargées de la responsabilité globale pour la gestion journalière, soit exercent une autre fonction dirigeante ou une fonction de direction ;**
- **une personne désignée par l'union nationale à laquelle une mutualité est affiliée afin de représenter l'union nationale au conseil d'administration de cette mutualité.**

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

Le conseil d'administration d'une mutualité peut compter un ou plusieurs administrateurs indépendants.

Un "administrateur indépendant" remplit et continue à remplir les conditions cumulatives suivantes:

- a) **Il est administrateur dans le domaine de la santé et/ou financier et/ou actuariel ;**

- b) Il n'est pas un membre du personnel de la mutualité, de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, d'une SM visée à l'article 43bis, § 1er, de la loi précitée du 6 août 1990 à laquelle la mutualité est affiliée ni d'une SM visée à l'article 70, § 1er, alinéa 1er, b), de cette loi, qui est affiliée à la mutualité, ou d'une SMA visée à l'article 43, § 5, ou à l'article 70, § 6, de cette loi, à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section ;*
- c) Il n'exerce pas de mandat en tant que membre de l'assemblée générale de la mutualité, de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, d'une SM visée à l'article 43bis, § 1er, de la loi précitée du 6 août 1990 à laquelle la mutualité est affiliée ou d'une SM visée à l'article 70, § 1er, alinéa 1er, b), de cette loi, qui est affiliée à la mutualité, ou d'une SMA visée à l'article 43, § 5, ou à l'article 70, § 6, de cette loi, à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section ;*
- d) Il n'exerce pas de mandat en tant qu'administrateur de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, d'une institution médico-sociale visée à l'article 20, § 3, de la loi du 6 août 1990 ou d'une personne morale ou physique avec laquelle une entité visée sous b) collabore en application de l'article 43 de cette loi ;*
- e) Il n'exerce pas de mandat en tant qu'administrateur indépendant de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, ni de mandat d'administrateur indépendant tel que visé à l'article 7:87 du Code des sociétés et des associations dans une SMA visée à l'article 43, § 5, ou à l'article 70, § 6, de la loi du 6 août 1990 à laquelle la mutualité est affiliée ou dont une mutualité affiliée constitue une section ;*
- f) Il ne se trouve pas dans une des situations de conflit d'intérêts reprises ci-après :*
- o avoir obtenu un avantage important de nature patrimonial d'une entité, d'une personne morale ou physique visée sous b) à e) inclus;*
 - o avoir ou avoir eu une relation commerciale significative, au sens de l'article 15, 94°, de la loi précitée du 13 mars 2016, avec une entité, une personne morale ou physique visée sous b) à e) inclus;*
 - o être un conjoint, un partenaire cohabitant légal ou un parent ou allié jusqu'au deuxième degré d'une personne qui se trouve dans une situation visée sous un des deux conflits d'intérêts précités.*

Le mandat d'un administrateur indépendant peut être renouvelé à l'occasion des suivantes élections mutualistes.

article 32. Le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine Assemblée Générale lorsqu'il n'y a pas d'administrateur suppléant disponible. L'administrateur ainsi élu termine le mandat de celui qu'il remplace.

La démission, la révocation, l'exclusion de la mutualité ou le décès ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée Générale pour autant que ce soit en raison de cette qualité qu'il ait été élu entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la mutualité.

Est révoqué et considéré comme démissionnaire par l'Assemblée Générale, si au moins les 2/3 des membres sont présents ou représentés et à la majorité des 2/3 des votes exprimés après avoir été entendu, l'administrateur :

- qui aura été absent cinq fois consécutives sans motif justifié;
- qui refuse de se soumettre aux statuts et règlements de la mutualité ;
- qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ou à ses instances.

La révocation d'un Administrateur doit se faire en respectant le prescrit de l'arrêté royal du 13 juin 2010 portant exécution de l'article 19, alinéa 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales.

article 33. Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée Générale. Il se réunit au moins deux fois par an. Le Conseil d'Administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié au moins de ses membres sont présents.

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

Disposition transitoire : jusqu'à la mise en place du nouveau Conseil d'Administration suivant les élections mutualistes de 2022, pour toute décision, le quorum de présence et la majorité précités sont exigés, tant au niveau de l'ensemble des membres du Conseil d'Administration que des groupes formés par les membres des Conseils d'Administration des entités qui ont fusionné.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant des missions particulières ou une partie de ses compétences au Président ou à un ou plusieurs administrateurs ou au Comité Permanent dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration en son sein au Comité de Direction et / ou au Directeur Général s'ils ont la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

Les rapports ou procès-verbaux des réunions du Conseil d'Administration doivent être transmis à l'Union Nationale à laquelle la mutualité est affiliée au plus tard un mois après leur approbation.

Cette Union Nationale a en outre accès de plein droit, sur simple demande et sans devoir se déplacer, aux documents du Conseil d'Administration de la mutualité.

Le conseil d'administration établit, au moins une fois par an, un rapport à l'assemblée générale sur la collaboration avec les tiers, quelle que soit sa forme. Ce rapport reprend également, le cas échéant, la manière dont ont été utilisés les moyens financiers qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

Le rapport doit mentionner que la collaboration concerne des entités liées à la mutualité ou à l'union nationale, si tel est le cas, ainsi que la nature des liens existant entre l'entité mutualiste et les tiers.

Le rapport et le procès-verbal de l'assemblée générale concernée sont transmis à l'OCM dans le délai que ce dernier détermine. Le réviseur d'entreprise fait spécialement rapport à l'assemblée générale ainsi qu'à l'OCM sur la conformité, l'exactitude et l'exhaustivité du rapport du conseil d'administration de la mutualité à son assemblée générale, et ce selon les modalités fixées par l'OCM.

article 34. Le Conseil d'Administration élit en son sein un Président et a décidé d'élire, sous sa responsabilité, un Comité Permanent composé de minimum 6 et de maximum 8 administrateurs, dont le Président et le Directeur Général, si celui-ci a la qualité d'administrateurs régulièrement élus. Les membres du Comité Permanent sont élus pour maximum 6 ans. Leur mandat est renouvelable.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration au moins six jours ouvrables avant la date du Conseil d'Administration. Le Président établit la liste des candidats dont la candidature a été valablement introduite.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin. Chaque membre du Conseil d'Administration dispose d'une voix et peut voter pour autant de candidats qu'il y a de mandats à pourvoir.

Les élections se déroulent en deux tours :

- Premier tour : les huit candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont retenus ;
- Deuxième tour : parmi les candidats retenus, seuls ceux qui obtiennent la majorité absolue de voix sont élus.

Dans l'hypothèse où, suite à ce deuxième tour, le nombre de candidats élus est inférieur au nombre minimum de mandats à pourvoir, le Conseil d'Administration peut décider de lancer un appel à candidature pour sa prochaine réunion pour le nombre de mandats restés vacants.

Un tiers des sièges devra être réservé aux personnes du sexe le moins représenté.

La perte de la qualité d'administrateur met fin au mandat en qualité de membre du Comité Permanent.

Le remplacement de membres du Comité Permanent décédés ou démissionnaires a lieu au prochain Conseil d'Administration dans l'hypothèse où le quota minimum de 6 membres ne serait plus atteint. Le membre du comité ainsi élu termine le mandat de celui qu'il remplace.

article 35. Le Conseil d'Administration désigne au sein du Comité Permanent un ou deux Vice-Président(s), un Secrétaire, ainsi qu'un Trésorier.

Le Président surveille et assure l'exécution des statuts et des règlements spéciaux. Il est chargé de la police des assemblées, il signe tous les actes, décisions ou délibérations. Conjointement ou individuellement, le Président et le Directeur Général représentent la mutualité, y compris dans ses rapports avec les autorités publiques. Ils accomplissent tout acte et diligences nécessaires et utiles à ces fins. Il donne les ordres pour les réunions du Conseil d'Administration et les convocations des Assemblées Générales.

Le Président est en outre chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à la mutualité. Pour cela, il peut cependant déléguer ses pouvoirs à toute autre personne membre du Conseil d'Administration ou du personnel administratif de la mutualité à qui il donnera procuration.

Le Vice-Président remplace éventuellement le Président absent ou empêché; il seconde le Président dans toutes ses fonctions.

Annuellement, le Comité Permanent fait rapport au Conseil d'Administration sur ses activités de l'année écoulée.

Le Président, le Vice-Président et le Directeur Général, à condition qu'il ait la qualité d'administrateur régulièrement élu, forment le Comité de Direction.

Le Directeur Général fait toutes les écritures requises, signe la correspondance et contresigne les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives. Il assume, en outre, la Direction Générale du secrétariat et des services.

Il est responsable devant le Comité de Direction, le Comité Permanent et le Conseil d'Administration de la gestion journalière de la mutualité.

En Comité Permanent et de Direction, les décisions sont prises à la majorité simple des présents.

Les rapports ou procès-verbaux des réunions des Comités Permanent et de Direction doivent être transmis à l'Union Nationale à laquelle la mutualité est affiliée au plus tard un mois après leur approbation.

Cette Union Nationale a en outre accès de plein droit, sur simple demande et sans devoir se déplacer, aux documents des Comités constitués au sein de la mutualité.

Disposition transitoire : jusqu'aux prochaines élections mutualistes prévues en 2022, le Comité Permanent est composé de 10 membres; dont un Président, un Vice-Président, un Secrétaire, un Secrétaire-Adjoint, un Trésorier et un Trésorier-Adjoint.

Article 36. Le Secrétaire fait toutes les écritures requises, il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives.

A l'exception de la signature des procès-verbaux, ces tâches peuvent être confiées par le Conseil d'Administration, au Directeur Général s'il a la qualité d'administrateur régulièrement élu.

article 37. Le Trésorier est responsable, vis-à-vis du Conseil d'Administration, des finances de la mutualité, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques, ainsi que de la situation financière.

A chaque Assemblée Générale, il fait rapport de la situation financière.

Le Trésorier est assisté par le Directeur Financier et, à défaut, par le responsable des services financiers.

Chapitre IV - Les services de la mutualité - Avantages garantis, conditions d'affiliation, cotisations.

article 38. Pour ses membres et leurs personnes à charge, la mutualité organise les services visés à l'article 2, b), alinéa 1^{er}, des présents statuts selon les modalités ci-après.

Sans préjudice de l'article 7 des présents statuts, les membres, ainsi que les personnes à leur charge peuvent bénéficier des avantages des services au plus tôt à partir de la prise de cours de leur affiliation conformément à l'article 3bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités. La possibilité de bénéficier de ces avantages dépend des moyens disponibles.

D'une manière générale, lorsqu'une intervention d'une autorité publique sur la base d'une disposition légale ou réglementaire existe dans le cadre de l'assurance obligatoire, elle est portée en diminution de ce qui est octroyé pour ce service sur la base des présents statuts. L'intervention de la mutualité ne pourra jamais être supérieure au montant payé par le bénéficiaire.

Les membres s'engagent à payer une cotisation, par ménage mutualiste, dont le montant est fixé aux tableaux repris en annexe des statuts.

La garantie est en principe égale pour chaque affilié. Certains services peuvent cependant concerner un public déterminé. En conformité avec l'article 67 alinéa 1^{er}, g) de la loi du 26 avril 2010, le montant total de l'intervention en cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire ne sera pas inférieur pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, § 1^{er}, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celle octroyée aux autres membres.

article 39. Les cotisations sont dues par mois. Si les cotisations ont été payées par un membre pour une période au cours de laquelle il n'est plus affilié auprès de ces services, les cotisations indues lui sont remboursées dans les trois mois de la fin d'affiliation.

Article 40. L'action en paiement des prestations prévues dans le présent chapitre se prescrit conformément aux dispositions de l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

La mutualité n'est pas autorisée à renoncer au bénéfice de la prescription.

Services de l'assurance complémentaire

article 41 - Transports.

La mutualité organise un service de transport des malades, en faveur des membres effectifs et des personnes à leur charge, visés à l'article 7§2, en vue d'intervenir dans les frais de transport des malades :

- à l'hôpital, à la clinique ou à la maternité et vice-versa, dans les limites suivantes et aux conditions mentionnées ci-après ;

1. Taxi ou via un service de chauffeurs bénévoles :

Sur présentation d'un justificatif des frais de taxi ou de la facture du transporteur, la mutualité accorde une intervention de € 0,25 par kilomètre dans le coût d'un transport de malade en taxi ou via un service de chauffeurs bénévoles (chauffeurs qui assurent un transport sans demander de rémunération en retour et sans en tirer de profit). L'intervention est limitée à € 30,00 par trajet aller-retour. Celle-ci ne peut être supérieure au coût du transport. Un plafond annuel de € 200,00 par année civile est fixé par bénéficiaire.

Ce service intervient pour les transports effectués :

- vers un milieu hospitalier;
- vers un centre de soins reconnus par l'INAMI, pour l'intervention d'un médecin spécialiste;
- vers le cabinet d'un médecin spécialiste.

sur présentation d'un justificatif de présence. Le malade doit être présent dans le véhicule pour chaque trajet.

L'intervention s'effectue après déduction de toute intervention légale découlant de l'assurance obligatoire ou de toute autre réglementation.

2. Ambulance.

2.1. Transports urgents

Sur présentation de la facture du transporteur, la mutualité prévoit une intervention de 50% dans le coût du transport urgent en ambulance pour autant qu'aucune intervention ne soit prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Le transport doit être effectué vers un milieu hospitalier et sur le territoire national.

Le plafond par bénéficiaire est fixé à € 250,00 par année civile.

En cas de transport urgent hors appel "112", un certificat médical circonstancié justifiant l'urgence du transport devra être produit.

2.2. Transports non urgents : ambulance ou véhicule médico-sanitaire léger.

Sur présentation de la facture du transporteur, la mutualité accorde une intervention dans le coût du transport non urgent de malades en ambulance ou véhicule médico-sanitaire léger, à raison de maximum € 17,50 pour les dix premiers kilomètres, augmenté de € 1,00 maximum par kilomètre à partir du 11^{ème} kilomètre. Celle-ci ne peut être supérieure au coût du transport et un montant minimal de € 7,50 reste à la charge du patient. Un plafond de € 250,00 par année civile est fixé par bénéficiaire.

Ce service intervient pour les transports effectués :

- vers un milieu hospitalier;
- vers un centre de soins reconnus par l'INAMI, pour l'intervention d'un médecin spécialiste;

- vers le cabinet d'un médecin spécialiste.

sur présentation d'un justificatif de présence. Le malade doit être présent dans le véhicule pour chaque trajet.

L'intervention s'effectue après déduction de toute intervention légale découlant de l'assurance obligatoire ou de toute autre réglementation.

3. Transport par hélicoptère.

Sur présentation de la facture du transporteur, la mutualité intervient à concurrence de 75% du prix payé, limité à € 500,00 par année civile.

Le transport du malade doit être effectué vers un milieu hospitalier et sur le territoire national.

L'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire dans les frais de transport en hélicoptère, dans le sens de l'article 1 de la loi du 8 juillet 1964, organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente sera portée en diminution de l'intervention octroyée pour ce service et ne peut dépasser le montant accordé aux membres qui ne bénéficient pas d'un statut social au sens de l'article 37§§1^{er}, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En cas de transport urgent hors appel "112", un certificat médical circonstancié justifiant l'urgence du transport devra être produit.

4. Transport par voiture privée.

- La mutualité accorde une intervention de € 0,15 par kilomètre (à partir du 26^e), parcouru pour le transport aller et pour le transport retour du malade, ou pour le cycle « aller-retour » lorsque les deux trajets sont effectués le même jour et ce, dans les limites du territoire belge;

- pour les transports effectués vers un milieu hospitalier;

- vers un centre de soins reconnus par l'INAMI, pour l'intervention d'un médecin spécialiste;

- vers le cabinet d'un médecin spécialiste.

sur présentation d'un justificatif de présence Le malade doit être présent dans le véhicule pour chaque trajet.

Le kilométrage dont il est tenu compte est celui du trajet le plus court calculé à partir du domicile du bénéficiaire via une plateforme internet (Mappy).

Plafond par course : € 30,00.

En outre, le plafond pour ce genre de transport, par bénéficiaire, est limité à € 90,00 par année civile.

article 42 - Naissance - Adoption.

1. Naissance.

Une intervention de € 350,00 est accordée lors d'une naissance d'un enfant affilié à la mutualité, sur la présentation de l'extrait d'acte de naissance.

2. Adoption.

A l'inscription d'un enfant adopté, inscrit à charge d'un titulaire affilié à la mutualité, une prime de € 350,00 est allouée pour l'adoption d'un enfant de moins de 18 ans.

article 43 - Bébé.

1) Une intervention de maximum € 75,00 par an pendant 3 ans (soit 3 intervention maximum) est octroyée pour l'enfant inscrit à charge du titulaire en assurance obligatoire et ce jusqu'au 3^{ème} anniversaire soit via un remboursement de € 75,00 maximum pour les frais de lait infantile acheté en pharmacie soit pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2016 via l'octroi d'un colis de linge d'une valeur de € 75,00 offert par la Mutualité. Le titulaire doit être affilié à notre assurance complémentaire au moment de la demande d'intervention.

Condition : présenter les preuves d'achats établies au nom de l'enfant.

2) Une intervention intégrale est accordée dans le coût du dépistage néonatal de la surdité du nourrisson réalisé à la maternité.

Condition : présenter la facture reprenant l'honoraire payé.

article 44 - Futures mamans.

1. Gynécologie.

Une intervention dans la prise en charge des tickets modérateurs légaux est octroyée à la femme enceinte, titulaire ou personne à charge pour les consultations médicales effectuées au cours de sa grossesse par un médecin spécialiste en gynécologie. L'intervention est limitée à € 50,00 par grossesse.

2. Fécondation in vitro.

Si une fécondation in vitro est pratiquée, une intervention unique et maximale de € 250,00 est octroyée par bénéficiaire, sur présentation de la facture reprenant les prestations liées au traitement.

3. Kiné périnatale.

Une intervention de € 3,00 par séance avec un maximum de 15 séances de kiné périnatale par grossesse est accordée.

article 45 - Enfants - Jeunesse.

1. Psychomotricité.

Une intervention limitée au prix payé et de maximum € 12,00 est octroyée par séance pour les enfants de moins de 14 ans avec un maximum de € 120,00 par an, sur présentation d'un justificatif établi par un psychomotricien repris sur la liste de l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones ou tout autre organisme équivalent en Flandres ou à Bruxelles.

2. Le service intervient à raison de €100,00 par année civile :

- a. pour les enfants âgés de 3 à 18 ans fréquentant, en dehors de la période de vacances scolaires, les excursions, les classes vertes, de neige, de mer et d'éveil.
- b. pour les enfants âgés de 3 à 18 ans participant pendant la période de vacances scolaires à des stages sportifs, à des camps de mouvement de jeunesse et à des activités de pleine de jeux.
- c. pour les enfants âgés de 3 à 18 ans participant pendant la période de vacances scolaires à des stages culturels, linguistiques ou informatiques.

Les interventions du service ne sont chaque fois accordées que pour une période au cours de laquelle les personnes concernées sont inscrites comme membres de la mutualité en ordre de cotisation et ce, sur base d'un reçu émanant du service organisateur de ces activités précisant la somme payée et la période ou du formulaire mis à disposition par la mutualité dûment complété par l'organisateur. Le participant doit être membre de la mutualité durant la totalité de la durée de l'activité concernée.

3. Pédiatrie.

La mutualité prend en charge les tickets modérateurs légaux des soins ambulatoires des enfants, depuis la naissance jusqu'au jour du 18^{ième} anniversaire pour autant qu'un dossier médical global (DMG) soit ouvert chez un médecin généraliste **au moment où la prestation est effectuée**, l'obligation d'un dossier médical global (DMG) n'étant toutefois pas nécessaire pour les enfants de moins de 3 ans.

- pour les consultations et les visites effectuées par des médecins généralistes ou spécialistes : codes de prestation : 101010 à 109734;
 - pour les prestations effectuées par les dentistes : codes de prestation : 301011 à 304964;
 - pour les prestations effectuées par les kinésithérapeutes : codes de prestation 560011 à ~~564255~~ **565013, 567055 à 567221, 567221 et 567276 à 567313**;
 - pour les prestations effectuées par les infirmières : codes de prestation : 425014 à 426414;
- Les prestataires doivent être agréés par l'INAMI.

article 46 - Logopédie.

Une intervention par séance est accordée au titulaire et à ses personnes à charge pour tout traitement de logopédie prescrit par un médecin agréé par l'INAMI ou par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI en cas de dysphasie.

- a. L'intervention est de € 5,00 par séance si un refus a été délivré, soit par le Collège des Médecins-Directeurs de l'I.N.A.M.I., soit par le Médecin-Conseil. Le total des interventions est limité à € 375,00 par année civile et par bénéficiaire.
- b. En cas d'intervention de l'assurance obligatoire, l'intervention est de € 3,00 par séance. L'intervention ne peut être supérieure au ticket modérateur légal réclamé au bénéficiaire. Le total des interventions est limité à € 225,00 par année civile et par bénéficiaire.
- c. Une intervention de € 10,00 est accordée pour le test QI effectué par un psychologue dans le cadre d'un traitement de logopédie.

Les interventions du service reprises aux alinéas a et b sont accordées sur base d'une attestation de soins donnés ou d'un reçu établi par le prestataire et pour des traitements suivis auprès de logopèdes reconnus par l'INAMI.

La méthode "TOMATIS" est assimilée à un traitement de logopédie.

article 47 - Montures - Optique.

Il est accordé, en faveur des membres tels que définis à l'article 7§2 ainsi que leurs personnes à charge, une intervention en optique, selon les modalités suivantes :

A) Fourniture optique

On entend par fourniture optique : monture et verres correcteurs, verres correcteurs seuls ou lentilles de contact correctrices.

1) Bénéficiaires jusqu'au 18^{ième} anniversaire :

- a) Monture : une intervention de maximum € 25,00 par monture de lunettes, limitée au prix payé et renouvelable tous les quatre ans; l'intervention est majorée de € 50,00 pour la première monture (une fois par vie).
- b) Fourniture optique : une intervention de maximum € 62,50 est accordée tous les deux ans.

2) Bénéficiaires à partir du 18^{ième} anniversaire :

- a) Monture : une intervention de maximum € 25,00 par monture de lunettes, limitée au prix payé et renouvelable tous les quatre ans.
- b) Fourniture optique : une intervention de maximum € 125,00 est accordée tous les quatre ans.

Pour les prestations visées aux points 1.a) et 2.a), le remboursement intervient sur la base de la facture d'un opticien agréé par l'INAMI ou d'un opticien des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné et pour autant que des verres correcteurs soient posés.

Pour les prestations visées aux points 1.b) et 2.b), le remboursement a lieu aux conditions suivantes :

- remise du formulaire 15, ou à défaut, d'un reçu détaillé des fournitures. Le reçu en question sera délivré par un opticien agréé par l'INAMI, un pharmacien ou un ophtalmologue ou par un opticien, un pharmacien ou un ophtalmologue des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ;
- remise 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 ; la prescription est valable 6 mois.

Dans tous les cas, l'intervention sera toujours limitée au montant réellement supporté par le bénéficiaire après déduction du remboursement éventuel de l'assurance obligatoire.

B) Méthode laser ou ultrasons

Avantage : intervention en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons :

- pour tous les bénéficiaires sans limite d'âge ;
- une intervention unique de € 250,00 (€ 125,00 par œil) ;
- plafonnée au prix payé et déduction faite du remboursement effectué en assurance obligatoire.

Condition : le remboursement aura lieu sur présentation des justificatifs originaux, 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.

article 48 - Pédicurie.

Sur production d'un reçu délivré par le prestataire, une intervention de € 5,00 par séance, avec un maximum de cinq séances par année civile, est accordée par personne du ménage mutualiste.

article 49 - Posturopodie.

Un remboursement annuel de € 10,00 est accordé pour une consultation chez un posturopodiste reconnu (www.posturopodie.be). Une intervention de € 25,00 est accordée à tous les membres pour le placement d'une paire de semelles par un posturopodiste reconnu (<http://posturologie-posturopodie.be/>). Cette intervention est renouvelable tous les deux ans à partir de la date de fourniture.

Pour les enfants de moins de quatorze ans, cette intervention est octroyée annuellement.

article 50 - Prévention - Soins.

1. Vaccins.

Ce service intervient à raison de € 35,00 maximum par an en faveur des membres effectifs ainsi que de leurs personnes à charge dans les frais de tous les vaccins reconnus en Belgique sachant que l'intervention envisagée ne peut toutefois être supérieure au montant qui reste effectivement à la charge du membre à la suite de l'intervention de l'assurance obligatoire.

L'intervention est octroyée sur base d'un reçu délivré par le pharmacien ou d'une preuve d'achat délivrée par un centre de vaccination agréé.

Ne sont pas visés par la présente disposition les vaccins pour lesquels un remboursement spécifique est organisé par une autre disposition des statuts.

2. Diététique.

En cas d'obésité ou d'anorexie :

Une intervention de € 25,00 est accordée par année civile pour un bilan d'un diététicien ou d'un nutritionniste.

Un remboursement maximum de € 12,50 est accordé par consultation de diététicien ou d'un nutritionniste avec un plafond de 6 consultations par année civile.

Conditions d'intervention :

L'intervention est accordée dans le cadre du traitement auprès d'un diététicien diplômé ou d'un nutritionniste, justifié par une prescription médicale mentionnant la pathologie (obésité/anorexie).

L'intervention est accordée sur la base d'une pièce justificative, reçu ou formulaire proposé par la mutualité.

3. Contraception et ménopause.

Une intervention dans le coût d'un traitement contraceptif ou d'un traitement hormonal de substitution (THS) pour traiter les symptômes de la ménopause est accordée aux membres de sexe féminin ayant la qualité de titulaire ou de personne à charge, après toute autre intervention.

Traitement 1 :

- montant de l'intervention maximale par année civile : € 40,00 pour pilule contraceptive, anneau vaginal, injection, patch contraceptif ou d'un traitement hormonal de substitution (THS) pour traiter les symptômes de la ménopause.
- documents à remettre : attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien.

Traitement 2 :

- montant de l'intervention maximale par période de 24 mois : € 120,00 pour stérilet, implant.
- documents à remettre : attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien.

Une intervention maximale de 40 € par année civile est accordée aux membres ayant la qualité de titulaire ou de personne à charge pour les préservatifs achetés en pharmacie.

article 51 - Orthodontie.

A. Le service "traitements orthodontiques" accorde une intervention unique, 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.

1. S'il y a un accord du médecin-conseil, le remboursement peut atteindre € 750,00 au maximum payable comme suit :

- € ~~150,00~~ **250,00** lors du placement de l'appareil (code 305631);
- € 150,00 après 6 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150,00 après 12 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896);
- **€ 200,00 après 24 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896);**
- € 150,00 après 30 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150,00 après 36 séances (code 305616 ou 305653 ou 305852 ou 305896);

2. Sans accord du médecin-conseil ou pour tout bénéficiaire ne rencontrant pas les conditions d'âge visées au 1^{er} alinéa, une intervention unique et maximale de € 150,00 est accordée après 6 mois de traitement.

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

B. La mutualité intervient à concurrence de 50% dans le coût du ticket modérateur légal pour les prestations attestées dans le cadre du traitement orthodontique de première intention chez les enfants de moins de 9 ans et accordées par le médecin-conseil (codes 305933 et 305955 de l'article 5 de la nomenclature des soins de santé).

Le remboursement a lieu sur base de la production des justificatifs de l'orthodontiste reconnu par l'INAMI.

article 52 - Soins dentaires.

Une intervention est octroyée pour les frais de prothèses dentaires, implants dentaires, pivots dentaires, couronnes et bridges dentaires à condition qu'aucune intervention légale ne soit prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire ou par toute autre réglementation. L'intervention est fixée à 15 % de la partie des frais qui dépasse € 250,00 et plafonnée à concurrence de € 500,00 par deux années civiles.

Bénéficiaires : le titulaire et ses personnes à charge.

Conditions : - les prestations doivent être prodiguées en Belgique par un dentiste reconnu par l'I.N.A.M.I.

- l'intervention est octroyée sur présentation d'un justificatif pouvant être le formulaire délivré par la Mutualité dûment complété et signé par un dentiste reconnu par l'I.N.A.M.I.
- le bénéficiaire doit avoir la qualité de membre effectif ou de personne à charge au moment du début du traitement.
- le bénéficiaire doit également rester membre de la mutualité pendant la suite du traitement dont il demande le remboursement. S'il venait à perdre la qualité de membre en cours de traitement, les remboursements seront effectués au prorata de la période de traitement pour laquelle le bénéficiaire était effectivement membre de la mutualité.

article 53 - Interventions Malades.

1. Présence d'un parent au chevet d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé ou d'un handicapé hospitalisé reconnu à plus de 66%. Une indemnité journalière de € 7,00 (maximum 20 jours par année civile) est accordée sur la présentation de la facture spéciale établissant le séjour du parent concerné dans la chambre de l'enfant.

2. Enfants gravement malades.

Une intervention unique de € 250,00 est accordée aux enfants de moins de 18 ans :

- souffrant d'une des maladies graves suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, affection rénale nécessitant dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, diabète type 1 et sclérose latérale amyotrophique.
- atteint d'une maladie orpheline reprise dans la liste établie par orphanet.
- ayant obtenu une reconnaissance d'handicap de 12 points par le SPF Sécurité Sociale.

3. Prothèse capillaire.

Une intervention unique de € 50,00 est accordée aux patients ayant subi une chimiothérapie ou une radiothérapie nécessitant le placement d'une prothèse capillaire prescrite par un médecin.

L'intervention est limitée au prix payé, déduction faite du remboursement de l'assurance obligatoire.

4. Convalescence.

L'intervention de € 15,00 par nuitée est accordée pour toute cure d'une durée de 7 à 14 jours, pouvant, sur base d'une justification médicale, être prolongée jusqu'à 21 jours.

Conditions d'octroi :

- a) La cure de convalescence doit faire suite à une hospitalisation;
- b) La nécessité de la cure de convalescence et la durée sont établies sur base du rapport médical prévu (annexe 4 des statuts);
- c) Le service médical de la Mutualité doit marquer son accord quant à la nécessité et à la durée de la cure de convalescence. L'accord est donné pour toutes maladies entraînant un degré de dépendance s'il y a présence de 3 critères d'aide partielle et ou 1 critère de dépendance complète;
- d) La cure doit débuter dans les 15 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation;
- e) Une seule cure par affection et par année civile est admise;
- f) Le bénéficiaire doit être en ordre de cotisation.

5. Soins palliatifs.

Une intervention de € 11,00 par jour est octroyée pendant maximum 30 jours pour les affiliés reconnus en soins palliatifs.

6. Cancer.

Une intervention de maximum € 100,00 par année civile est octroyée dans la quote-part du prix des médicaments liés au traitement d'un cancer restant à charge de l'affilié.

Conditions : - le médicament doit être reconnu par l'I.N.A.M.I.

- le justificatif doit être complété par le médecin traitant.
- seuls les médicaments prescrits en dehors du milieu hospitalier sont pris en considération.
- aucune limite d'âge n'est fixée, chaque bénéficiaire est considéré comme un ayant droit.

7. Alimentation médicale.

Une intervention de maximum € 75,00 par année civile est octroyée dans la quote-part du prix des produits de nutrition médicale prescrits par un médecin, restant à charge du patient après intervention de l'assurance obligatoire, sur présentation du BVAC ou de la facture délivré(e) par le pharmacien belge ou d'un pays limitrophe.

Conditions : - la nutrition médicale doit être reconnue par l'I.N.A.M.I.

- un remboursement est accordé par l'assurance obligatoire après accord du médecin conseil de la mutualité
- seuls les médicaments prescrits en dehors du milieu hospitalier sont pris en considération.
- aucune limite d'âge n'est fixée, chaque bénéficiaire est considéré comme un ayant droit.

8. Une intervention de € 20,00 par an est octroyée pour l'achat en pharmacie ou en bandagisterie d'une paire de bas de contention prescrits par un médecin reconnu par l'INAMI, sur présentation du BVAC de la pharmacie ou de la preuve d'achat de la bandagisterie.

article 54 - Psychologie.

Sur base d'une prescription médicale circonstanciée, **et en l'absence d'intervention de l'assurance obligatoire** une intervention dans le coût d'un traitement psychologique auprès d'un(e) licencié(e) en psychologie est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge.

Le montant maximal de l'intervention par année civile est de :

- ~~€ 20,00 pour le bilan psychologique;~~
- € ~~10,00~~ **20,00** par séance du suivi psychologique avec un maximum de 6 séances.

- documents à remettre :

- le certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement ;
- les justificatifs reprenant les honoraires perçus par le(a) licencié(e) en psychologie ou le formulaire proposé par la mutualité.

article 55 - Assistance juridique.

Tous les affiliés cotisant à l'assurance complémentaire disposent d'un accès gratuit à la consultation donnée deux fois par mois par l'avocat conseil de la mutualité dans les domaines suivants : santé, bien-être psychique, physique ou social.

article 56 - Aides familiales, aides ménagères et gardes malades.

1. Une intervention de € 0,50 par heure prestée est allouée au membre, avec un maximum de 250 heures par année civile et par ménage, lorsqu'il a été fait appel à un service d'aides familiales ou d'aides ménagères et sur la présentation d'un reçu établi par ce service, reprenant les dates et heures de prestations ainsi que la somme perçue. Les titres services sont exclus.

2. Une intervention de maximum € 5,00 par heure prestée est allouée au membre, avec un maximum de 100 heures par année civile et par ménage, lorsqu'il a été fait appel à un service de garde malade agréé par l'autorité régionale belge compétente intervenant pour une personne en perte d'autonomie modérée ou sévère (incapacité de faire sa toilette, s'habiller, de manger et/ou de se déplacer sans aide d'une tierce personne), temporaire ou définitive, due à une maladie ou un handicap, et attestée par un certificat médical délivré par un médecin reconnu par l'INAMI. L'intervention aura lieu sur présentation du reçu émanant du service agréé, reprenant le relevé des dates et des heures de prestation.

article 57 - Vacances handicapés.

Pour les séjours de vacances destinés aux personnes handicapées physiques ou mentales à plus de 66 % par un organisme spécialisé dans l'organisation de voyages destinés à des personnes présentant un handicap et disposant du personnel spécialisé permettant d'assurer aux participants un encadrement adéquat, une intervention annuelle égale au montant payé pour le séjour, avec un maximum de € 250,00 est accordée aux bénéficiaires.

Une attestation dûment complétée par l'organisateur du séjour doit être produite.

article 58 - Médecines alternatives.

1. Homéopathie.

Il est accordé une intervention de l'ordre de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de € 100,00 par an et par bénéficiaire dans le prix des médicaments homéopathiques achetés en Belgique ou dans pays limitrophe.

Ces médicaments doivent être délivrés par un pharmacien et être mentionnés comme "médicaments homéopathiques" soit sur le BVAC délivrés par le pharmacien (astérisque) soit sur une attestation délivrée par le pharmacien confirmant le caractère homéopathique du médicament.

2. Phytothérapie et Anthroposophie.

Il est accordé une intervention de l'ordre de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de € 50,00 par an et par bénéficiaire dans le prix des médicaments phytothérapeutiques et anthroposophiques délivrés par un pharmacien dans une officine en Belgique ou de l'un des pays limitrophes, sur production du BVAC pour la Belgique et sur présentation d'un document équivalant au BVAC pour un pays limitrophe.

Pour bénéficier d'une intervention du service, les médicaments phytothérapeutiques et anthroposophiques 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.

Les compléments alimentaires ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une intervention.

3. Intervention financière pour les visites et consultations des prestataires des pratiques non conventionnelles.

Il est accordé une intervention de € 10,00 par visite ou consultation et pour un maximum de € 70,00 par an et par bénéficiaire effectuée auprès des prestataires des pratiques non conventionnelles suivantes :

- l'homéopathie;
- l'anthroposophie;
- la chiropraxie;
- l'ostéopathie;
- l'acupuncture;
- l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur;
- la kinésiologie;
- la sophrologie;
- la mésothérapie;
- la réflexologie;
- la naturopathie;
- la micro kinésithérapie;

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 l'Assemblée Générale. Cette liste est reprise en annexe des statuts et en fait partie intégrante. Elle est également consultable sur le web à l'adresse suivante: <http://www.mutualia.mnb.be/Mutualia/media/documents/Liste-des-prestataires-CA.pdf>.

Le Conseil d'Administration peut amender cette liste selon les modalités suivantes arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités.

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 59 – Traitement de la migraine

La mutualité accorde aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge une intervention d'un montant de 100 € par traitement avec un maximum de 300 € par an dans le coût d'un traitement par neurostimulation.

Le traitement doit être prescrit par un neurologue reconnu par l'INAMI, dans les cas diagnostiqués :

- d'algie vasculaire de la face,
- de clusters headaches,

- ou de migraines sévères ou chroniques résistantes aux traitements médicamenteux classiques ou lorsque ces traitements sont contre-indiqués.

Le neurologue doit attester du type de pathologie et justifier de la nécessité du traitement par neurostimulation.

Article ~~59~~ **60** - Affiliation à un club sportif.

Il est accordé aux membres tels que définis à l'article 7§2 ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention annuelle de € 60,00 pour l'affiliation à un club sportif.

Le montant de l'intervention sera toutefois limité au montant réellement payé pour l'affiliation à un club sportif.

Conditions :

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

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

article ~~60~~ **61** - Prêts / Avances.

▪ Social A.M.I.

Un prêt de maximum € 750,00, sans intérêts, est accordé exclusivement dans le cadre de la "sécurité sociale" (soins de santé, acomptes aux hôpitaux et cliniques, incapacité de travail, veuves et veufs dans l'attente de la régularisation du dossier "pension").

Le prêt est remboursable en maximum 10 mensualités. Les frais de dossier fixés à 1% du montant emprunté seront facturés en supplément lors du premier remboursement.

Le demandeur doit compléter et signer un formulaire "demande de prêt". Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives.

Le montant du prêt sollicité par le demandeur est accordé systématiquement dans la limite des ressources disponibles et pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximum autorisé ou le montant effectivement payé par ce dernier.

Condition d'octroi : le revenu mensuel brut ne peut excéder le revenu minimum mensuel moyen énoncé dans la convention collective de travail n°43 du 2 mai 1988.

▪ Etudiants

Un prêt de maximum € 370,00, sans intérêts, est accordé aux étudiants de l'enseignement post-secondaire dans le cadre de la sécurité sociale (soins de santé, acomptes aux hôpitaux).

Le prêt est remboursable en maximum 10 mensualités. Les frais de dossier fixés à 1% du montant emprunté seront facturés en supplément lors du premier remboursement.

Le demandeur doit compléter et signer un formulaire "demande de prêt". Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives.

Le montant du prêt sollicité par le demandeur est accordé systématiquement dans la limite des ressources disponibles et pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximum autorisé ou le montant effectivement payé par ce dernier.

Condition d'octroi : le revenu mensuel brut ne peut excéder le revenu minimum mensuel moyen énoncé dans la convention collective de travail n°43 du 2 mai 1988. Le paiement est effectué exclusivement au titulaire cotisant.

▪ Invalidité

Une avance de maximum € 370,00, sans intérêts, est accordée aux personnes reconnues invalides.

L'avance est remboursable en maximum 10 mensualités.

L'avance sera récupérée sur le paiement des indemnités d'invalidité. Les frais de dossier fixés à 1% du montant avancé seront facturés en supplément lors du premier remboursement.

Le demandeur doit compléter et signer un formulaire "demande d'avance". Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives.

Le montant de l'avance sollicitée par le demandeur est accordé systématiquement dans la limite des ressources disponibles et pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximum autorisé ou le montant effectivement payé par ce dernier.

Condition d'octroi : le revenu mensuel brut ne peut excéder le revenu minimum mensuel moyen énoncé dans la convention collective de travail n°43 du 2 mai 1988.

article ~~61~~ **62** - Centre de service social (Code 37).

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 en région wallonne.

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 la région wallonne en vertu de l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social. Cet arrêté est repris en annexe 2 des présents statuts.

Il n'est pas octroyé de cotisation de membres à ce service.

Ce service constitue un service "ni ni" au sens de l'article 67, alinéa 5, 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, pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010.

Services complémentaires organisés par la Mutualité dans le cadre d'accords de collaboration signés avec l'ASBL "Solidarité Neutre"

article ~~62~~ **63**.

1. Fonds social.

A. Bénéficiaires.

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

B. Conditions

Entrent en considération pour une intervention :

- des frais exceptionnels et élevés en conséquence de l'état de santé, d'un traitement médical ou de soins;
 - qui ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention dans le cadre de l'assurance soins ou de la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé;
 - après déduction de l'intervention payée ou encore à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le fonds des maladies professionnelles et de toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, organisme ou institution;
 - qui ont été encourus durant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention;

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

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

C. Intervention

L'intervention prévue dans ce service :

- est seulement octroyée à condition que le montant total des frais s'élève au minimum à € 250,00;
- s'élève à 50% des frais pris en considération à charge du bénéficiaire;
- est limitée à un maximum de € 500,00 par dossier;
- est limitée à un maximum de € 750,00 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 des mêmes soins. Dès que les frais se rapportent à ou sont la conséquence d'un nouvel état de santé, d'un nouveau traitement médical ou de nouveaux soins, un nouveau dossier est ouvert.

D. Pièce justificative

L'intervention est octroyée sur présentation :

- d'une demande par le bénéficiaire à laquelle sont annexées les pièces établissant sa situation sociale, familiale et financière ;
- de factures, notes de frais qui attestent des frais exceptionnels et élevés à charge du membre.

2. Service jeunesse.

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

Le service accorde aux membres titulaires cotisants visés à l'article 5 ainsi qu'à leurs personnes à charge une réduction de maximum € 350,00 sur chaque activité qu'il organise.

Les bénéficiaires de cette réduction doivent être affiliés à la mutualité lors du déroulement de l'activité.

Le programme de ces activités est repris en annexe 3.

3. Prestations médicales diverses :

- 3.1. La mutualité accorde les interventions suivantes pour les personnes diabétiques sur la base d'un document médical établissant le diabète :
 - Consultation diététique pour diabétique : remboursement de € 10,00 - une seule fois par année civile;
 - Séance de podologie pour diabétique : remboursement de € 10,00 par séance - maximum 2 séances par année civile;
 - Prestations spéciales pour diabétique (onychoplastie, orthonyxie et orthoplastie) : remboursement de € 10,00 - une seule séance par année civile.
 - Matériel : la mutualité met à disposition gratuite des patients diabétiques qui en font la demande du matériel d'auto surveillance, à savoir un glucomètre tous les 3 ans et 100 tiges par année civile.
- 3.2. Les jeunes parents membres de la mutualité peuvent bénéficier d'une formation au massage bébé donnée par une kinésithérapeute spécialisée au prix de € 10,00 par cycle.
- 3.3. La mutualité accorde une intervention de € 20,00 pour une formation de premier secours auprès de la croix rouge de Belgique. Le remboursement est obtenu sur présentation de l'attestation de la croix rouge certifiant l'obtention du brevet européen de premier secours.
- 3.4. La mutualité accorde une intervention de € 25,00 pour un stage d'initiation à la conduite préventive. Le remboursement est obtenu sur présentation d'un certificat d'une école de maîtrise automobile.
- 3.5. Immunothérapie allergénique.

La mutualité accorde une intervention de 60 % des frais par an, et ce pendant maximum trois années successives de traitement.

La prise en charge est accordée uniquement sur prescription d'un spécialiste en dermatologie, d'un O.R.L., d'un pneumologue, d'un pédiatre ou allergologue :

 - lors de pollens provoquant un rhume des foins ou un asthme léger à moyen (pollen de bouleau, pollen de gazons et acariens);
 - si l'anti-allergène spécifique existe pour l'allergie incriminée;
 - si l'administration de médicaments destinés à atténuer l'allergie ne permet pas une amélioration de celle-ci;
 - si la qualité de vie de la personne allergique est fortement entamée et que l'allergie menace d'évoluer vers un asthme.

Le médecin spécialiste en dermatologie, l'O.R.L., le pneumologue, le pédiatre ou l'allergologue doit attester du type d'allergie ainsi que des conditions justifiant la nécessité d'un traitement.

Si l'immunothérapie doit être interrompue, le remboursement s'arrête.

Des extraits d'allergène disponibles à l'étranger mais non commercialisés en Belgique ne sont pas pris en charge.
- 3.6. Sevrage tabagique
Une intervention dans le coût des médicaments de sevrage tabagique (patchs compris) est octroyée à concurrence de € 20,00 par traitement et avec un plafond de 3 interventions par vie.
Condition : sur présentation du reçu BVAC émis par la pharmacie.
- 3.7. Vaccins préventifs contre le papillomavirus humain : une intervention de € 150,00 est accordée dans le coût des vaccins préventifs contre le papillomavirus humain, non remboursés par l'assurance obligatoire mais reconnus en Belgique, à raison de € 50,00 par traitement.
4. Service "Soins infirmiers à domicile".

Par conventions signées entre MUTUALIA et des prestataires infirmiers, ceux-ci s'engagent à ne pas percevoir le ticket modérateur auprès des affiliés de Mutualia.

La liste des prestataires est reprise en annexe 1 des présents statuts.
5. Service "Education sanitaire".

Les affiliés peuvent participer sans intervention de leur part à des Cours d'aquagym pour adultes ou d'initiations à la nage et/ou cours de tennis pour enfants.
6. Service "Séniors actifs".

Le service a pour objet de coordonner et d'intervenir financièrement dans le coût d'activités récréatives en vue de permettre aux pré-pensionnés ou pensionnés de trouver équilibre et épanouissement dans la vie sociale.

Les activités sont sociales et culturelles, à savoir des conférences, des excursions d'un jour ou des séjours de plusieurs jours.

L'intervention de maximum € 300,00 par activité est d'office déduite du montant de la facture établie par l'organisateur de l'activité avec lequel la mutualité collabore.
7. Dépistage

Une intervention de maximum € 25,00 par année civile, tous dépistages confondus, est accordée dans la quote-part à charge du patient pour les honoraires réclamés dans le cadre des examens de dépistage suivants :

- Cancer du sein : prestations de mammographie telles que définies à l'article 17, §1^{er} (1^o gynécologie-obstétrique) de la nomenclature des soins de santé ainsi que pour les honoraires forfaitaires et de consultation s'y rapportant (article 17, §1^{er}, 12^o divers).
- Cancer de la prostate.
- Cancer colorectal : test de recherche de sang occulte dans les selles et la consultation médicale s'y rapportant, ainsi que la colonoscopie totale (article 20, §1 de la nomenclature des soins de santé).
- Ostéoporose : dépistage par ostéodensitométrie.
- Diabète de type II : consultation chez un médecin spécialiste en diabétologie.
- Maladies cardiovasculaires : consultation et actes techniques chez un médecin spécialiste en cardiologie.
- Pathologies neurodégénératives : test de dépistage cognitif réalisé par un psychologue licencié ou bilan neuropsychologique réalisé par un neuropsychologue.
- VIH : dépistage d'anticorps pour le VIH dans le corps.

Subventionnement d'une structure socio-sanitaire (ASBL "Calyps'Autre")

Article ~~63~~ 64.

Mutualia a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL API'CAP.

Le 25 juin 2015, l'ASBL API'CAP a modifié sa dénomination, elle devient l'ASBL "Calyps'Autre".

Objet :

Subventionnement de l'ASBL "Calyps'Autre" afin de l'aider à atteindre ses objectifs.

Pour 2014, un montant de € 21.000,00 a été versé.

A partir de 2015, l'Assemblée Générale a fixé un montant annuel maximum de € 10.000 à condition que les moyens disponibles de l'exercice atteignent ce montant de € 10.000,00. A défaut, le financement sera limité aux moyens disponibles de l'exercice.

L'Assemblée Générale peut modifier le montant annuel maximum. Cette modification ne peut être faite avec effet rétroactif.

Pour l'année 2018, le montant effectivement octroyé s'élève à € 5.000,00.

Pour l'année 2019, le montant effectivement octroyé s'élève à € 5.000,00.

Pour l'année 2020, le montant effectivement octroyé s'élève à € 5.000,00.

Toute personne peut s'adresser à cette ASBL afin de bénéficier de son aide. Les membres de la mutualité ainsi que les non-membres bénéficient des mêmes avantages.

L'ASBL "Calyps'Autre" a pour but de fournir une aide, un accompagnement, un encadrement, une assistance aux personnes atteintes d'un handicap physique ou mental. Afin de réaliser ce but, "Calyps'Autre" pourra notamment et ce sans que cette liste soit limitative :

1. répertorier les lieux accessibles et ouverts aux personnes atteintes d'un handicap physique ou mental en Belgique et à l'étranger et, le cas échéant, élaborer un guide à destination des personnes intéressées;
2. accompagner les personnes atteintes-d'un handicap physique ou mental lors de vacances ou de courts séjours et organiser pour les enfants atteints de handicap des activités ludiques et adaptées à ce handicap;
3. assurer la prise en charge des enfants handicapés par des animateurs pendant le séjour familial en Belgique ou à l'étranger;
4. accompagner et aider les personnes atteintes d'un handicap et/ou leur famille dans leurs démarches auprès des services régionaux dans le cadre du répit et du S.J.R.;
5. organiser des tables rondes, lieux d'écoute et de détente;
6. organiser des événements destinés à promouvoir son objet social;
7. organiser toute formation, démarche, initiative nécessaire à l'accomplissement de son objet social;
8. ...

L'association peut accomplir toute opération civile, mobilière ou immobilière et accorder son aide et sa collaboration ou participation, par tous moyens, à des entreprises ou organismes poursuivant les mêmes buts ou dont l'activité contribuerait ou pourrait contribuer à la réalisation de ceux-ci.

Services complémentaires organisés par la Mutualité dans le cadre d'accords de collaboration signés avec l'ASBL "Multi-Care"

article 64 65.

1. Service "Aide au domicile".

Les affiliés de la mutualité ayant atteint l'âge de 65 ans ainsi que les affiliés ayant un statut d'handicapé reconnu à plus de 66% bénéficient d'un prix préférentiel pour des petits travaux de réparation ou de rénovation de la maison à l'exclusion du nettoyage et de l'entretien du jardin à l'exclusion de la tonte des pelouses. Le tarif est repris à l'annexe 6 des présents statuts

2. Service "Psychologie".

Les affiliés de la mutualité peuvent bénéficier des conseils d'un psychologue à un prix préférentiel. Le tarif est repris dans l'annexe 5 des présents statuts.

La mutualité met également à disposition de ses membres une ligne d'écoute et de soutien psychologique gratuite dont ils peuvent bénéficier au maximum 3 fois par an.

Centre administratif

article ~~65~~ **66**.

Centre de répartition (98/1).

Le centre administratif 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 à ce centre sont entièrement réparties entre les différents services sur la base de clés objectives. Le résultat de ce service doit être égal à zéro chaque année.

article ~~66~~ **67**.

Service administratif (98/2).

Le Service administratif (98/2), distinct du centre de répartition (98/1), a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service. Les produits et charges déterminés par l'office de contrôle sont également attribués à ce service de code 98/2.

Arbitrage.

article ~~67~~ **68**.

Sans préjudice de la compétence du Tribunal du travail telle qu'elle est précisée par les articles 578 à 583 du Code judiciaire, les parties en cause d'un litige né, peuvent décider de soumettre celui-ci par convention d'arbitrage à un tribunal arbitral qui répond à la procédure déterminée par le Code judiciaire.

Chapitre V - Fonds, emploi et gestion de ces fonds.

article ~~68~~ **69**.

Les fonds de la mutualité en assurance complémentaire sont globalisés sous les codes 15 (autres opérations), 37 (service social), 38 (financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires, 98/1 et 98/2 (centres administratifs) .

article ~~69~~ **70**.

Chaque caisse est alimentée par :

1. les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les dons, legs, recettes et produits divers qui lui sont destinés;
2. les intérêts des fonds placés.

Chaque service doit supporter ses frais d'administration, ainsi que les charges afférentes au service assuré conformément à l'alinéa 1^{er} des articles 74 et 75 de l'AR du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités.

article ~~70~~ **71**.

Si, par suite d'une insuffisance de ressources, un service n'est pas en état de faire face aux dépenses qui lui incombent, le Conseil d'Administration doit convoquer une Assemblée Générale extraordinaire pour arrêter les mesures que comporte la situation.

article ~~71~~ **72**.

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 ~~72~~ **73**.

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

article ~~73~~ **74**.

Les fonds, tant en assurance complémentaire qu'en assurance obligatoire, sont gérés conformément aux dispositions légales et réglementaires. Les fonds ne peuvent en aucun cas être distraits du but que leur assignent expressément les statuts.

Chapitre VI - Collaboration

article ~~74~~ **75**

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

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

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

Chapitre VII - Dissolution

article ~~75~~ 76

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

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

La convocation mentionne :

1. les motifs de la dissolution;
2. la situation financière la plus récente de la mutualité arrêtée à une date ne remontant pas à plus de trois mois;
3. le rapport du Réviseur sur cette situation. Ce rapport indique, notamment, si la situation financière telle que présentée est complètement et fidèlement établie;
4. les conditions de la liquidation;
5. la(les) proposition(s) relative(s) à la destination des éventuels actifs résiduels.

article 76 77.

L'Assemblée Générale qui décide de la dissolution de la mutualité désigne un ou plusieurs Liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membre de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 46 de la loi du 6 août 1990.

L'approbation de l'union nationale est exigée pour qu'il puisse être procédé à la dissolution de la mutualité et pour la destination à donner aux éventuels actifs résiduels.

article ~~77~~ 78.

a) En cas de dissolution de la mutualité, les actifs résiduels de ses services sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

b) En cas de cessation ou de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b), de la loi du 6 août 1990, les actifs résiduels sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

Chapitre VIII - Modifications des statuts - Cas non prévus par les statuts

article 78 79.

Les statuts peuvent être modifiés à l'initiative du Conseil d'Administration. Toutefois, le Conseil d'Administration est tenu de soumettre à l'Assemblée Générale toute proposition de modification aux statuts appuyée par 5 Administrateurs au moins.

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

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

article ~~79~~ 80.

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

Les délégués peuvent présenter des amendements à ces propositions. Leur texte devra parvenir au président du Conseil d'Administration de la mutualité au plus tard deux jours avant la date fixée pour la réunion.

article ~~80~~ 81.

Tableau des cotisations annuelles (Caisse Complémentaire)

Autres opérations – mutualité	120,12 € 120,36 €
Autres opérations – asbl Solidarité Neutre	8,52 €
Asbl Calyps'Autre	0,24 €
Asbl Multicare	1,20 €
Union Neutre – soins à l'étranger	4,32 €
Asbl MN-Vacances	2,40 € 2,16 €
	<hr/>
	136,80 €

Chapitre IX - Entrée en vigueur

article ~~81~~ **82**.

Ces statuts entrent en vigueur au 1^{er} ~~juillet 2021~~ **janvier 2022**, à l'exception de l'article 7 §4, point F, qui entre en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2021.

Le Vice-Président

E. DOCQUIER

Le Président

M. BECKERS