

Partena - Mutualité Libre
En abrégé « Partenamut »
509

STATUTS

01/01/2024

Ces statuts ont été :

- adoptés par l'assemblée générale du 28/06/2023
- approuvés par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (O.C.M.) les 17 et 24/11/2023

L'Office de contrôle a émis des remarques au sujet des articles 9, 44, 46, 48, 64bis, 67, 74bis et 107 et au sujet de l'annexe 6. Cette version coordonnée intègre les corrections à ces remarques. L'Office de contrôle a approuvé la disposition statutaire suivante sous réserve d'une modification à y apporter lors de la prochaine assemblée générale : article 86. Cette disposition apparaît sous la forme d'un texte souligné et écrit en caractères gras et italiques.

Partena-Mutualité Libre est affiliée auprès de l'**Union Nationale des Mutualités Libres** (statuts publiés sur le site internet de l'union nationale, à l'adresse suivante : <http://www.mloz.be/fr/content/statuts>).

Elle est également affiliée auprès de :

- la société mutualiste **Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen** (statuts publiés sur le site internet de l'Union Nationale des Mutualités Libres, à l'adresse suivante : <https://www.mloz.be/nl/content/statuten> ;
- la société mutualiste d'assurances « **MLOZ Insurance** » (statuts publiés sur le site internet de l'Union Nationale des Mutualités Libres à l'adresse suivante : <https://www.mloz.be/fr/content/statuts-mloz-insurance> ;
- la société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la Région Wallonne (statuts publiés sur le site de l'Union Nationale des Mutualités Libres, à l'adresse suivante : <https://www.mloz.be/fr/content/statuts> ;
- la société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la Région de Bruxelles-Capitale (statuts publiés sur le site de l'Union Nationale des Mutualités Libres, à l'adresse suivante : <https://www.mloz.be/fr/content/statuts>).

Boulevard Louis Mettewie, 74-76
1080 Molenbeek-Saint-Jean

SOMMAIRE

CHAPITRE I	
Constitution, dénomination, buts, siège et champ d'activité de la mutualité, union nationale	5.
CHAPITRE II	
Affiliation aux services de la mutualité et types de membres	10.
CHAPITRE III	
Démission, radiation et exclusion	22.
CHAPITRE IV	
Assemblée Générale de la mutualité	24.
Section 1 - Composition	24.
Section 2 - Procédure électorale	25.
Section 3 - Compétences et fonctionnement de l'Assemblée Générale	31.
CHAPITRE V	
Délégation à l'Assemblée Générale de l'union nationale	36.
CHAPITRE VI	
Conseil d'Administration de la mutualité	37.
CHAPITRE VII	
Bureau du Conseil d'administration de la mutualité	47.
CHAPITRE VIII	
Représentation de la mutualité auprès des organes des sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1 ^{er} de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée	50.
Section 1 - Délégation à l'Assemblée Générale des sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1 ^{er} de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée	50.
Section 2 - Représentation au Conseil d'Administration des sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1 ^{er} de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée	51.
CHAPITRE IX	
Services organisés par la mutualité	53.
Section 1 - Assurance obligatoire	53.
Section 2 - Dispositions communes à tous les services	53.
Section 3 - Assurance complémentaire	54.
Section 4 - Cotisations	116.
CHAPITRE X	
Recettes - Dépenses - Affectation des fonds	118.

CHAPITRE XI

Collaborations avec des tiers 120.

CHAPITRE XII

Modification des statuts - Fusion - Dissolution et liquidation - Cessation d'un service 121.

CHAPITRE XIII

Entrée en vigueur 122.

ANNEXESAnnexe 1

Tableau de cotisations au 1^{er} janvier 2024 123.

Annexe 2

Liste des pathologies lourdes ou chroniques donnant lieu aux interventions visées aux articles 68, 69 §1, et 73 §1 et §2 124.

Annexe 3

Liste des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales donnant lieu à l'intervention visée à l'article 73 §2 125.

Annexe 4

Liste des institutions de convalescence agréés par la mutualité (articles 87 et 91) 129.

Annexe 5

Liste des organismes de vacances agréés par la mutualité (article 106 § 2) 130.

Annexe 6

Jetons de présence, frais et indemnités forfaitaires 131.

Annexe 7

Thérapies alternatives - attestation ostéopathie (article 68) 133.

Annexe 8

Matériel médical et sanitaire pouvant être loué au « C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles » dans le cadre du service « location de matériel » - article 98 134.

Annexe 9

Matériel médical et sanitaire pouvant être vendu dans le cadre du service « vente de matériel » - article 99 136.

Annexe 10

Liste des transporteurs agréés par la mutualité - article 87 139.

MUTUALITE "Partena - Mutualité Libre"

Etablie à Molenbeek-Saint-Jean
Reconnue par arrêté royal du 23 novembre 1961
(Moniteur Belge du 7 décembre 1961)

STATUTS

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

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

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

Après délibération, les membres de l'assemblée générale de Partena-Mutualité Libre, réunis le 28 juin 2023, ont décidé, aux quorums de présence et de vote exigés par la loi, de fixer comme suit les statuts de la mutualité au 1er janvier 2024 :

CHAPITRE I

Constitution, dénomination, buts, siège et champ d'activité de la mutualité, union nationale

Article 1 - Constitution et dénomination

Une fédération mutualiste a été établie à Bruxelles le 16 août 1961 sous la dénomination : "Fédération des Mutualités Indépendantes (F.M.I.) - Verbond van Onafhankelijke Mutualiteiten (V.O.M.)".

Suite à la fusion, approuvée par l'arrêté royal du 26 octobre 1988, avec la "Fédération des Mutualités Professionnelles du Personnel de Banques, d'Assurances et d'Institutions Publiques et Privées (Femuba)", elle a pris le 1er janvier 1989 la dénomination suivante : "Fédération de Mutualités Indépendantes, de Banques, d'Assurances et d'Institutions Publiques et Privées (F.M.I.B.A.) - Verbond van Onafhankelijke Mutualiteiten, van Banken, van Verzekeringen en van Openbare en Private Instellingen (V.O.M.B.V.)".

Au 1er janvier 1991, la fédération obtiendra la qualité de « mutualité » en application de l'article 69, 1° de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

La dénomination au 1er janvier 1992 est devenue : "Fédération de Mutualités Indépendantes, de Banques, d'Assurances et d'Institutions Publiques et Privées (F.M.I.B.A.) - Verbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen, van Banken, van Verzekeringen en van Openbare en Private Instellingen (V.O.Z.B.V.)".

Suite à la fusion avec la Mutualité de la Générale FEMUGE et LA CAISSE MUTUELLE, elle a pris le 1er janvier 1995 la dénomination suivante : "AZIMUT - Mutualité Libre".

Suite à la fusion avec EuroMut au 1er janvier 1999, elle a pris à cette date la dénomination "EuroMut Mutualité Libre".

La fusion au 1er janvier 2000 avec la Mutualité Libre 503 s'est opérée sans modification de dénomination.

Suite à la fusion avec Partena - Mutualité Libre (mutualité 527) au 1^{er} janvier 2015, la mutualité a pris à cette date la dénomination suivante : « Partena - Mutualité Libre », en abrégé « Partenamut ».

La fusion au 1er janvier 2017 avec la Mutualité Securex s'est opérée sans modification de dénomination.

La fusion au 1^{er} janvier 2020 avec Omnimut, Mutualité Libre de Wallonie s'est opérée sans modification de dénomination.

Article 2 - Buts

Les buts de la mutualité sont :

- A. dans le cadre de l'article 3, premier alinéa, a) et c) de la loi du 6 août 1990 :
- la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour laquelle elle a reçu l'autorisation de l'union nationale auprès de laquelle elle est affiliée depuis le 23 novembre 1961,
 - l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

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

La mutualité se portera également garante du paiement des indemnités d'incapacité de travail et des indemnités de maternité.

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, premier alinéa, c) de la loi du 6 août 1990.

L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a lieu sous la responsabilité de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée.

La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires, le code déontologique, la charte de gouvernance et les directives de cette union nationale.

- B. dans le cadre de l'article 3, premier alinéa, b) et c) de la même loi et de l'article 67, cinquième alinéa de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire :
- l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses affiliés et aux personnes à leur charge,
 - l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance.

C'est ainsi que la mutualité organise :

§ 1. les services suivants, qualifiés d'« opérations » au sens de l'article 2, 2, b) de la première directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE) :

- | | | |
|----|-----------------------|-----------------|
| 1) | logopédie | (article 63) |
| 2) | pédicure et podologie | (article 64) |
| 3) | semelles podologiques | (article 64bis) |
| 4) | orthodontie | (article 65) |

5)	soins dentaires	(article 66)
6)	optique	(article 67)
7)	thérapies alternatives	(article 68)
8)	psychologie	(article 69)
9)	psychomotricité	(article 70)
10)	kinésithérapie	(article 71)
11)	ticket modérateur	(article 72)
12)	diététique - nutrition	(article 73)
13)	prévention et dépistage	(article 74)
14)	thérapie du sommeil	(article 74bis)
15)	vaccins	(article 75)
16)	traitement des allergies	(article 76)
17)	contraception	(article 77)
18)	aide au sevrage tabagique	(article 78)
19)	addictologie	(article 78bis)
20)	formations de secourisme	(article 79)
21)	diabète	(article 80)
22)	équipement de protection pour grands brûlés	(article 81)
23)	perruques	(article 82)
24)	vêtements adaptés pour les patients atteints d'un cancer ou de la maladie de Crohn ou stomisés	(article 83)
25)	audition	(article 84)
26)	suivi après cancer	(article 85)
27)	fonds d'entraide	(article 86)
28)	transport des malades	(article 87)
29)	séjour temporaire en maison de repos ou en maison de repos et de soins	(article 88)
30)	garde à domicile de personnes malades ou handicapées	(article 89)
31)	coaching scolaire	(article 90)
32)	séjour de convalescence ou de répit	(article 91)
33)	accueil en centre de jour et/ou de nuit	(article 92)
34)	séjour de revalidation ou programme multidisciplinaire pour personnes atteintes d'un cancer ou de la sclérose en plaques	(article 93)
35)	soins palliatifs à domicile	(article 94)
36)	garde des enfants malades à domicile	(article 95)
37)	aides familiales et ménagères	(article 96)
38)	location de matériel	(article 98)
39)	vente de matériel	(article 99)
40)	télé-assistance	(article 100)
41)	aide à l'aménagement du domicile	(article 101)
42)	service social	(article 104)
43)	naissance et adoption	(article 105)
44)	loisirs	(article 106)
45)	activités sportives	(article 107)
46)	abonnement à une application médicale en ligne	(article 108)
47)	abonnement à une application de santé mentale	(article 109)

48)	défense des membres	(article 110)
49)	information aux membres	(article 111)
50)	service patrimonial	(article 112)
51)	service administratif - réserve frais d'administration assurance obligatoire	(article 114)
52)	subventionnement de structures socio-sanitaires : centres d'aide familiale	(article 97)
53)	subventionnement de structures socio-sanitaires : centres de coordination de soins et de services à domicile	(article 103)
54)	subventionnement de structures socio-sanitaires : promotion de la santé et de l'aide sociale.	(article 102)

L'affiliation aux services visés aux points 1 à 54 est obligatoire pour tous les membres.

- C. l'octroi aux membres et aux personnes à leur charge des avantages statutaires octroyés par l'union nationale auprès de laquelle elle est affiliée. Seule l'affiliation aux services et opérations organisés par l'union nationale et auxquels la mutualité est affiliée est obligatoire pour les membres de la mutualité.

La mutualité est reconnue en qualité d'agent d'assurances (numéro d'inscription au registre des intermédiaires : 5003c) en vue d'offrir à ses membres la possibilité de s'affilier aux produits d'assurance qui sont organisés par la société mutualiste assurantielle « MLOZ Insurance » (numéro d'immatriculation : 750/01).

La mutualité s'interdit toute immixtion dans le domaine politique ou confessionnel, tout en veillant au respect scrupuleux des opinions des membres.

Article 3 - Siège et champ d'activité

Le siège de la mutualité est établi boulevard Louis Mettwie, 74-76 à 1080 Molenbeek-Saint-Jean.

Ses prestations ne sont octroyées que pour des événements survenus sur le territoire belge, sauf si la loi ou les présents statuts en disposent autrement.

La mutualité s'adresse :

- à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique ;
- aux personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge ;
- aux militaires, aux membres du personnel des services de police ou agents diplomatiques belges détachés à l'étranger à condition qu'ils soient assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 4 - Union nationale

La mutualité est affiliée à l'Union Nationale des Mutualités Libres, établie à Bruxelles.

Article 5 - Sociétés mutualistes

La mutualité est affiliée à trois sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1^{er} de la loi du 6 août 1990 :

- la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Libres pour la Région wallonne, établie à Bruxelles,
- la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Libres pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, établie à Bruxelles,
- la Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la Région flamande, établie à Bruxelles.

Elle est également affiliée à une société mutualiste d'assurance au sens de l'article 43bis, §5 de la loi du 6 août 1990 : MLOZ Insurance, établie à Bruxelles.

CHAPITRE II

Affiliation aux services de la mutualité et types de membres

Article 6 - Affiliation aux services de la mutualité

§ 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 août 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services :

- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de l'Union Nationale des Mutualités Libres (BCE n° 0411.766.483) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Libres pour la Région wallonne ou de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Libres pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale ou de la société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la région flamande (Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen) 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 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre 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, inscrite auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;
- elle a droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique ;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur ;
- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé ;
- elle est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique, est en séjour temporaire en Belgique et est porteuse d'une carte européenne d'assurance maladie.

Cette personne est d'office affiliée aux services de l'Union Nationale des Mutualités Libres (BCE n° 0411.766.483) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;

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

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

- de participer le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à l'épargne pré-nuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ;
- de s'affilier à la société mutualiste régionale « Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen » auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à cette société mutualiste régionale lui est rendue possible en vertu de la réglementation régionale dont elle relève ;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance MLOZ Insurance, auprès de laquelle la mutualité est affiliée/dont la mutualité constitue une section.

Article 7 - Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire

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

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

- 1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;
- 3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 5° pour une personne visée à l'article 6, §1^{er}, 2° ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d'une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 6° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

Article 8 - Prise de cours de l'affiliation à l'assurance obligatoire

La date de prise de cours de l'affiliation en tant que membre pour les activités visées à l'article 2 A. des présents statuts est déterminée par les dispositions de la loi du 14 juillet 1994 ou prises en exécution de celle-ci.

Article 9 - Types de membres

§ 1. Introduction

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

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

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

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Union Nationale des Mutualités Libres ;
- de la possibilité de bénéficier de la couverture d'assurance que le membre a souscrite auprès de la société mutualiste d'assurances (SMA) MLOZ Insurance 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 7 :

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

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

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

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

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

2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

Lorsque l'événement visé au point 1° survient après la période subséquente visée aux cinquième et sixième alinéas du §4 du présent article des statuts, mais avant la fin du 23ème mois suivant celui au cours duquel la période subséquente a commencé, cette personne peut bénéficier de l'avantage si elle est en ordre de cotisations pour la période qui s'étend du mois pour lequel elle a (re)commencé à payer les cotisations jusqu'au mois inclus au cours duquel cet événement s'est produit.

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

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

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.

Sont également considérées comme payées les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, pendant la période courant du premier jour du mois au cours duquel la période subséquente visée aux cinquième et sixième alinéas du §4 du présent article des statuts, prend fin jusqu'à la fin du mois précédant le mois au cours duquel survient l'événement visé au point 1°.

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

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1^{er} janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 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 le titulaire dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue a perdu sa qualité de titulaire et est devenu personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées ;
- 2° les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Sont également considérées comme payées les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, pendant la période courant du premier jour du mois au cours duquel la période subséquente visée aux cinquième et sixième alinéas du §4 du présent article des statuts, prend fin jusqu'à la fin du mois précédant le mois au cours duquel survient l'événement visé au premier alinéa du présent paragraphe.

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 subséquente visée au § 4, alinéas 5 et 6 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

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

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

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

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

Lorsque l'événement visé au premier alinéa du présent paragraphe survient après la période subséquente visée aux cinquième et sixième alinéas du §4 du présent article des statuts, mais avant la fin du 23ème mois suivant celui au cours duquel la période subséquente a commencé, cette personne peut bénéficier de l'avantage si elle est en ordre de cotisations pour la période qui s'étend du mois pour lequel elle a (re)commencé à payer les cotisations jusqu'au mois inclus au cours duquel cet événement s'est produit.

Lorsque la personne à charge d'un titulaire dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue devient elle-même titulaire pour la première fois, cette personne est, au moment de la prise de cours de son affiliation en tant que titulaire, considérée comme un membre pouvant bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire.

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

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

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période subséquente visée aux alinéas 5 et 6;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 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 7 qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un membre en situation digne d'intérêt peut, sans préjudice de l'application de l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, être considéré comme un membre qui peut bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire :

- 1° après une période subséquente de 6 mois pour laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire, si cette personne se trouve dans une situation digne d'intérêt :
 - soit dans les 6 mois précédant cette période subséquente ;
 - soit dans cette période subséquente ;

2° après une période subséquente de 6 à 23 mois pour laquelle les cotisations ont été payées sans pouvoir bénéficier d'aucun avantage de l'assurance complémentaire, lorsque la situation digne d'intérêt survient après le 6ème mois de cette période subséquente et avant la fin de la période de 24 mois visée au premier alinéa. Dans ce cas, la période subséquente s'étend jusqu'au mois inclus qui précède le mois au cours duquel la situation digne d'intérêt a commencé.

La période subséquente visée au §4, alinéas 5 et 6 est suspendue :

- 1° pendant la période durant laquelle ce membre, dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée et 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, dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée et 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 subséquente visée aux alinéas 5 et 6, affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire, les mois d'attente se comptent à partir du 1er jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

Pour bénéficier de l'assurance complémentaire pour un événement survenu après la période subséquente, cette personne doit être en règle de cotisations auprès de chaque caisse d'assurance maladie pour les mois au cours desquels elle a été affiliée en tant que titulaire pendant la période de subséquente visée aux alinéas 5 et 6 et pour les mois qui suivent en ce et y compris le mois au cours duquel l'événement visé au §2, 1°, alinéa 1er, s'est produit, sans préjudice toutefois du §2, 1°, alinéa 2.

En cas d'interruption de l'affiliation auprès d'une mutualité belge en tant que titulaire après le début de la période subséquente visée aux alinéas 5 et 6, 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.

Par membre se trouvant dans une situation digne d'intérêt telle que visée à l'alinéa 6 du présent paragraphe, il faut entendre le membre visé ci-après au 1° ou 2° :

1° le membre qui, dans les 6 mois précédant le début de la période successive de 6 mois, visée à l'alinéa 6, point 1° du présent paragraphe, au cours de laquelle il (re)commencé à payer les cotisations, se trouve dans l'une des situations suivantes :

- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, du revenu d'intégration instauré par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, de secours complètement ou partiellement pris en charge par les autorités fédérales en vertu des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;
- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, de la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;
- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, du revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1er avril 1969 ou elle est un bénéficiaire qui conserve le droit à une majoration de rente en application de cette loi;
- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une allocation de remplacement de revenus accordée aux personnes handicapées en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés ;
- il est, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, sous guidance budgétaire ou sous gestion budgétaire auprès du CPAS en exécution de l'article 60, § 4, de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976;
- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une allocation de chômage dont le montant ne dépasse pas le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé, instituée par la loi du 22 mars 2001;
- il bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une indemnité de maladie dont le montant ne dépasse pas le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé, instituée par la loi du 22 mars 2001;
- il est en règlement collectif de dettes durant au moins une partie de cette période;
- il est en état de faillite pour autant que le jugement déclaratif de faillite ait été prononcé au cours de ladite période et qu'il ne s'agisse pas d'une faillite frauduleuse;

2° le membre qui, dans la période subséquente visée au premier alinéa du présent paragraphe, se trouve dans une situation visée au 1° pendant au moins la même période que celle visée au 1°. Pour l'application de cette disposition, le jugement mentionné au dernier alinéa du 1° doit être prononcé dans cette période subséquente.

Lorsque la personne à charge d'un titulaire dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée devient elle-même titulaire pour la première fois, cette personne est, au moment de la prise de cours de son affiliation en tant que titulaire, considérée comme un membre pouvant bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire.

Par dérogation à ce qui précède, le membre n'étant pas en ordre de cotisations pour une période qui dépasse 24 mois au 31 décembre 2020 verra la période de suspension de sa possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire prolongée jusqu'au 31 décembre 2021. A défaut de régularisation, la suppression de la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire interviendra au 1^{er} janvier 2022.

Article 10 - Personnes à charge

On entend par "personnes à charge" d'un membre (titulaire) visé à l'article 9 des présents statuts, les catégories de personnes reprises ci-après :

- le conjoint, ayant la qualité de personne à charge au sens de la loi du 14 juillet 1994 ;
- le conjoint séparé, ayant la qualité de personne à charge au sens de la loi du 14 juillet 1994 ;
- la personne non apparentée avec laquelle le membre vit en formant un ménage de fait, ayant la qualité de personne à charge au sens de la loi du 14 juillet 1994 ;
- l'enfant, ayant la qualité de personne à charge au sens de la loi du 14 juillet 1994 ;
- l'ascendant, ayant la qualité de personne à charge au sens de la loi du 14 juillet 1994;
- la personne, avec laquelle le membre cohabite, ayant la qualité de personne à charge au sens de la loi du 14 juillet 1994.

CHAPITRE III

Démission, radiation et exclusion

Article 11 - Démission

Un membre ne peut résilier de sa propre initiative son affiliation aux services visés à l'article 2 A. des statuts que conformément aux articles 255 à 274 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatifs aux mutations individuelles. La mutation du membre ne peut pas être refusée pour cause de non-paiement des cotisations dues pour les services visés à l'article 2 B. des statuts.

La démission des services visés à l'article 2 A. a pour conséquence la démission des services visés à l'article 2 B., sauf si la possibilité pour le membre de bénéficier des avantages de ces services a déjà été supprimée pour cause de non-paiement des cotisations dues pour ces services.

Le membre n'est pas tenu de résilier son affiliation aux services visés à l'article 2 A. des statuts si la possibilité pour lui de bénéficier des avantages des services visés à l'article 2 B. a été supprimée pour cause de non-paiement des cotisations dues pour ces services.

S'il décide toutefois de résilier son affiliation aux services visés à l'article 2 A. des statuts après la suppression du bénéfice des avantages des services visés à l'article 2 B. pour cause de non-paiement des cotisations dues pour ces services, la mutualité ne peut pas lui réclamer le paiement de ces cotisations après l'échéance du délai de prescription de 5 ans prévu à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

Dans le cadre d'une procédure de mutation ou de transfert vers une autre mutualité, le bénéfice des services visés à l'article 2 B. des présents statuts continuera à être garanti au membre jusqu'à la fin du mois qui précède la date de prise de cours de la mutation ou du transfert. Les cotisations payées pour des périodes non encore écoulées seront remboursées dans les trois mois de la fin de l'affiliation.

Article 12 - Radiation pour non-paiement des cotisations

Les membres qui ne paient plus leurs cotisations pour les services visés à l'article 2 A. des statuts peuvent voir leurs droits aux prestations visées à l'article 2 A. suspendus ou peuvent être radiés aux conditions déterminées par la réglementation en vigueur.

Article 13 - Exclusion pour un autre motif

Peuvent être exclus comme membre de la mutualité, les membres qui se rendent coupables d'une infraction à l'une des différentes dispositions légales applicables aux mutualités.

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

L'alinéa précédent s'applique également lorsque les faits sont commis à l'encontre des entités juridiques qui collaborent avec la mutualité dans le cadre de l'exécution de son assurance complémentaire, tels que renseignées dans les présents statuts.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration ou la personne ou commission désignée à cet effet par le Conseil d'Administration, après avoir entendu le membre en ses moyens de défense. Le membre qui ne se présente pas aux jour et heure proposés, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense.

Article 14 - Disposition commune

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

CHAPITRE IV

Assemblée Générale de la mutualité

Section 1 - Composition

Article 15 - Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale se compose de 118 représentants pour les 505.000 premiers membres, tels que définis à l'article 5 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, tel que modifié par l'arrêté royal du 07/07/2021, nombre augmenté de 10 représentants par tranche complète de 20.000 membres au-delà des 505.000, avec un maximum de 250 représentants.

Ces représentants sont élus par les membres et par leurs personnes à charge, telles que visées à l'article 17 des présents statuts, pour une période de maximum six ans, renouvelable.

Le nombre de représentants à élire est fixé en fonction du nombre de membres faisant partie de l'effectif au 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle l'Assemblée Générale doit être renouvelée.

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

Le Président et le Directeur Général assistent à l'Assemblée Générale avec voix consultative sauf s'ils en sont membres, auquel cas ils ont voix délibérative. Les membres de la direction de la mutualité peuvent également y assister avec voix consultative.

Si le nombre de représentants tel que prévu à l'alinéa 1^{er} n'est pas ou plus atteint, l'Assemblée Générale est néanmoins considérée comme étant valablement composée jusqu'aux prochaines élections mutualistes.

Article 16 - Circonscription électorale

En vue de l'élection des représentants à l'Assemblée Générale, la mutualité est organisée en une circonscription électorale unique.

Article 17 - Droit de vote et conditions d'éligibilité

- A. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale, il faut réunir les conditions suivantes :
1. être membre (titulaire) de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci ;
 2. être majeur ou émancipé.
- B. Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, le membre (titulaire) ou la personne à charge doit réunir les conditions suivantes à la date de présentation de sa candidature :
1. avoir le droit de vote au sens de l'article 17 A. ;
 2. être de bonne conduite, vie et mœurs ;
 3. être affilié à la mutualité et cotiser à l'assurance complémentaire ou être à charge d'un membre cotisant à l'assurance complémentaire, depuis au moins deux ans à la date de l'appel aux candidatures ;
 4. s'il s'agit d'un membre, il doit être en règle en matière d'assurance obligatoire et en ordre de cotisation pour les services visés à l'article 2 B. à la date de l'appel aux candidatures ;
 5. s'il s'agit d'une personne à charge d'un membre, ce membre doit être en règle en matière d'assurance obligatoire et en ordre de cotisation pour les services visés à l'article 2 B. à la date de l'appel aux candidatures ;
 6. ne pas faire partie du personnel de la mutualité ou d'une entité juridique appartenant à la même unité technique d'exploitation que la mutualité, à savoir l'association sans but lucratif « Centre Indépendant d'Aide Sociale Région Wallonie-Bruxelles » (BCE n° 0443.423.325) ou la société coopérative à responsabilité limitée « Promut » (BCE n° 0440.342.980) ;
 7. ne pas avoir été licencié sauf pour motif économique comme membre du personnel de la mutualité, d'une société mutualiste à laquelle est affiliée la mutualité ou dont celle-ci constitue une section, de l'Union Nationale des Mutualités Libres, du Centre Indépendant d'Aide Sociale Région Wallonie-Bruxelles ou de Promut ;
 8. ne pas avoir intenté une action judiciaire contre la mutualité, l'Union Nationale des Mutualités Libres et/ou une société mutualiste à laquelle est affiliée la mutualité ou dont celle-ci constitue une section.

Section 2 - Procédure électorale

Article 18 - Appel aux candidatures

Les membres et les personnes à leur charge, majeures ou émancipées, sont informés, au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes seront organisées :

- de l'appel aux candidatures, des conditions d'éligibilité et de la façon de se porter candidat ;
 - de la date limite pour l'introduction des candidatures et des dates qui découlent de la procédure électorale ;
 - du nombre de mandats à pourvoir ;
- via le site web de la mutualité et au moins un des deux canaux suivants :
- dans des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité ;
 - dans des brochures destinées aux membres et placées à un endroit clairement visible.

Les membres et les personnes à leur charge qui souhaitent se porter candidat peuvent introduire leur candidature au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes seront organisées, le cachet de la poste faisant foi.

Article 19 - Introduction des candidatures

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

Le Président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 17 B. des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste des candidats, au plus tard le 31 décembre de l'année précédant l'année au cours de laquelle les élections mutualistes seront organisées.

Il informe également ce candidat de la possibilité qu'il a de contester cette décision auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités, conformément à l'article 47 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, tel que modifié par l'arrêté royal du 07/07/2021.

Article 20 - Elaboration de la liste de candidats

Sur base des candidatures valables reçues, le Conseil d'Administration de la mutualité établit la liste de candidats.

Ceux-ci sont repris sur la liste par ordre alphabétique de leur nom, en débutant par la lettre tirée au sort par le président, en alternant les hommes et les femmes.

Tous les candidats doivent être repris sur la liste.

Article 21 - Communication de la liste de candidats

La liste des candidats remplissant les conditions d'éligibilité est communiquée aux personnes ayant droit de vote via le site web de la mutualité, au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes seront organisées.

Les élections commencent au plus tôt 8 jours calendrier après l'envoi des convocations prévu à l'article 23 des présents statuts.

Le Conseil d'Administration ou toute autre personne déléguée par celui-ci arrête le calendrier électoral.

Il appartient au bureau électoral d'appliquer l'arrêté royal du 7 mars 1991 afin de fixer le nombre de représentants à élire.

Article 22 - Bureau électoral

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 trente jours avant la date des élections.

Le président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'Administration. Le secrétaire est désigné par le président du bureau électoral parmi les membres du personnel de la mutualité.

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

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

Article 23 - Etablissement de la liste électorale

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur la liste électorale. La liste est établie par le bureau électoral.

Elle mentionne le nom, le prénom, le numéro de membre et l'adresse de chaque électeur.

Les convocations pour le vote sont envoyées aux électeurs par courrier électronique ou lettre individuelle, au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes seront organisées.

Article 24 - Déroulement du vote

Le vote est libre et secret. Il peut se dérouler :

- par correspondance exclusivement ;
- ou
- par vote électronique exclusivement ;
- ou
- par vote électronique pour les électeurs disposant d'une adresse de courrier électronique et par correspondance pour ceux qui n'en disposent pas.

Le conseil d'administration décidera des modalités du vote au plus tard le 31 décembre de l'année précédant l'année au cours de laquelle les élections mutualistes seront organisées. Les modalités de vote électronique doivent satisfaire aux conditions fixées par l'Office de contrôle des mutualités.

Si le vote est organisé par correspondance, le président du bureau électoral envoie, dix jours au moins avant le début de la période électorale, 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 préimprimée portera les mentions suivantes : "Elections mutualistes - Au président du bureau électoral de la mutualité Partenamut, boulevard Louis Mettewie, 74-76, 1080 Molenbeek-Saint-Jean ».

Cette enveloppe portera également au verso l'identité de l'électeur (nom, prénom, domicile et numéro d'affiliation) qui sera à compléter par celui-ci.

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 25 - Expression du vote

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

Si l'électeur est d'accord avec l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en tête de liste.

Le vote par procuration n'est pas autorisé.

Article 26 - Dépouillement des bulletins de vote et attribution des mandats

Le bureau électoral entame le dépouillement des bulletins de vote à la date des élections, à savoir le dernier jour de la période électorale.

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

Les représentants sont élus en fonction 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.

Les candidats qui satisfont aux conditions d'éligibilité et qui ne sont pas élus en tant que représentants effectifs sont élus comme suppléants, dans l'ordre du nombre de voix obtenues.

Lorsqu'un représentant perd sa qualité de représentant effectif conformément à l'article 31 des présents statuts, il est remplacé, le 1er jour du mois qui suit la perte de sa qualité, par le premier représentant suppléant dans l'ordre du nombre de voix obtenus.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur ;
- les bulletins arrivés au siège de la mutualité après la date de clôture du scrutin ;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote ;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins avec surcharges et/ou ratures ;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur ;
- les bulletins envoyés ensemble dans une même enveloppe.

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.

Article 27 - Exemption de l'obligation de procéder à un vote

Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, ces candidats sont élus d'office.

Dans cette hypothèse, les opérations de vote n'ont pas lieu et l'Assemblée Générale est considérée comme valablement composée jusqu'aux prochaines élections mutualistes.

Article 28 - Communication des résultats

Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés des résultats du scrutin via les mêmes canaux que l'appel aux candidatures visé à l'article 18 des présents statuts, au plus tard quinze jours civils après le jour où tous les votes ont eu lieu ou après la constatation qu'il n'y a pas lieu de procéder à un vote, conformément à l'article 27 des présents statuts.

Article 29 - Publicité de la procédure électorale

Un exemplaire des publications et/ou lettres visées aux articles 18, 21, 24 et 28 de ces statuts est transmis à l'Office de Contrôle des Mutualités en même temps qu'aux membres de la mutualité. Un exemplaire de l'éventuel règlement électoral ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de Contrôle des Mutualités.

Article 30 - Installation de l'Assemblée Générale

La nouvelle Assemblée Générale est installée au plus tard le 30 juin de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes ont été organisées. Un recours auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités suspend cette période de trente jours.

Article 31 - Perte de la qualité de représentant à l'Assemblée Générale

- A. Perd d'office la qualité de représentant à l'Assemblée Générale, celui qui n'est plus affilié à la mutualité.
- B. Perd la qualité de représentant à l'Assemblée Générale, sur décision de celle-ci :
- celui qui calomnie un administrateur à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
 - celui qui menace ou insulte, en assemblée, un représentant à l'Assemblée Générale ou un administrateur ;
 - celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ;
 - celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité ;
 - celui qui a encouru une condamnation, coulée en force de chose jugée, pour diffamation, pour atteinte aux bonnes mœurs, pour détournement de fonds ou pour faux et usage de faux, entraînant une peine, conditionnelle ou non, de plus de 3 mois d'emprisonnement ;
 - celui qui ne faisait pas partie du personnel de la mutualité ou d'une entité juridique appartenant à la même unité technique d'exploitation que la mutualité au moment de son élection mais qui le devient par la suite ;
 - celui qui a été absent à trois réunions de l'assemblée générale, sans s'être excusé et sans avoir donné procuration.

Section 3 - Compétences et fonctionnement de l'Assemblée Générale
--

Article 32 - Compétences de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale délibère et décide sur les objets suivants :

1. les modifications des statuts ;
2. l'élection et la révocation des administrateurs ;
3. l'élection des délégués à l'Assemblée Générale de l'union nationale ;
4. l'approbation des budgets et comptes annuels ;
5. la désignation d'un ou de plusieurs réviseur(s) d'entreprises ;
6. la collaboration avec des tiers, visée à l'article 43 de la loi du 6 août 1990, sauf pour les formes de collaboration ou l'objet de la collaboration définis par le Roi, sur proposition de l'Office de contrôle ;
7. la fusion avec une autre mutualité ;
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'organisation et le groupement de services dans une société mutualiste visée à l'article 43bis, § 1er de la loi du 6 août 1990 ;
11. l'élection des délégués à l'Assemblée Générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, § 1er de la loi du 6 août 1990 auxquelles est affiliée la mutualité ;
12. l'octroi de jetons de présence, du remboursement de frais liés à l'exécution du mandat et l'octroi d'un défraiement pour ces frais aux administrateurs et aux membres de l'assemblée générale.

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.

Article 33 - Convocation de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est convoquée par le Conseil d'Administration, dans les cas prévus par la loi ou les statuts, à chaque fois que le Conseil d'Administration le juge utile ou lorsqu'au moins un cinquième des représentants à l'Assemblée Générale en fait la demande.

La convocation, signée par le Président, mentionne l'ordre du jour et est adressée individuellement, par courrier simple ou électronique, à chaque représentant au plus tard vingt jours civils avant la date de l'Assemblée. Ce délai est réduit à huit jours civils en cas de convocation d'une seconde Assemblée Générale lorsque le quorum de présence requis par la loi et les présents statuts n'a pas été atteint lors de la première réunion.

Article 33bis - Mode de réunion

§ 1. L'Assemblée Générale est tenue en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre d'élus de participer aux réunions de l'Assemblée Générale, le Bureau du Conseil d'Administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

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

Le Bureau du Conseil d'Administration veille à ce que :

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

§ 2. Par dérogation au §1, le Bureau du Conseil d'Administration peut organiser une réunion de l'assemblée générale exclusivement ou partiellement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

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

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

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

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

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

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

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

- § 5. Lorsque la réunion est organisée par visioconférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux élus de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein de l'Assemblée Générale et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels l'Assemblée Générale est appelée à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux représentants de participer aux délibérations et de poser des questions.
- § 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :
- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
 - la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
 - la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le Bureau du Conseil d'Administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les représentants de manière à ce qu'ils puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

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

En cas de recours à la procédure écrite, les représentants pourront faire part de leurs remarques et/ou leur accord/opposition sur les différents points jusque 4 jours ouvrables avant la réunion. Le projet de procès-verbal reprenant les remarques/accords des représentants leur sera transmis pour validation.

- § 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :
1. le nombre de représentants présents ;
 2. le cas échéant, le nombre de représentants qui ont donné une procuration ;
 3. le nombre de représentants ni présents ni représentés ;
 4. le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
 5. les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
 6. le nombre de représentants qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre de représentants qui y ont participé en présentiel ;
 7. le cas échéant, le nombre de représentants qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

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

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

Article 34 - Approbation des comptes annuels et du budget

L'Assemblée Générale est convoquée au moins une fois par an en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget.

A cet effet, chaque membre de l'Assemblée Générale disposera au plus tard huit jours avant la date de l'Assemblée Générale d'une documentation contenant les données suivantes :

1. le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services ;
2. le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services ;
3. le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'annexe, ainsi que le rapport du réviseur d'entreprises ;
4. le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services ;
5. le rapport du conseil d'administration sur la collaboration avec des tiers au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990, ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité ;
6. les propositions de modification des statuts ;
7. les décisions rendues, depuis l'assemblée générale précédente, par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités concernant des modifications statutaires.

Chaque membre de la mutualité peut, sur simple demande, obtenir une synthèse de cette documentation.

Article 35 - Délibérations de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que lorsque la moitié au moins des membres est présente ou représentée, sans qu'il soit tenu compte de la présence ou non des éventuels conseillers.

Si un représentant est dans l'impossibilité d'assister à une réunion de l'Assemblée Générale, il peut donner procuration à un autre représentant. Tout représentant ne peut être porteur que d'une seule procuration.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale peut être convoquée. Celle-ci délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Chaque représentant à l'Assemblée Générale présent ou représenté dispose d'une voix.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix exprimées, sauf dans les cas où la loi ou les présents statuts le stipulent autrement.

Les délibérations de l'Assemblée Générale sont consignées dans des procès-verbaux conservés au siège de la mutualité et signés par le Président et le Directeur Général.

CHAPITRE V

Délégation à l'Assemblée Générale de l'union nationale

Article 36 - Délégués à l'Assemblée Générale de l'union nationale

La délégation de la mutualité à l'Assemblée Générale de l'union nationale comprend un délégué par tranche complète de 20.000 membres tels que visés dans la disposition correspondante des statuts de l'union nationale.

Ces délégués sont élus par l'Assemblée Générale de la mutualité en son sein, sur proposition de son Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale peut élire autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

Article 37 - Dépôt des candidatures

Les représentants à l'Assemblée Générale de la mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée Générale de l'union nationale doivent poser leur candidature par lettre recommandée ou courrier électronique adressé au Président du Conseil d'Administration de la mutualité, au plus tard quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection.

Le Président détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

Article 38 - Election des délégués

Le vote est secret. Chaque représentant à 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.

Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont élus d'office.

CHAPITRE VI

Conseil d'Administration de la mutualité

Article 39 - Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration de la mutualité est composé de minimum dix et de maximum quarante administrateurs, sans pouvoir excéder la moitié du nombre de membres de l'assemblée générale.

Au maximum 75% des mandats d'administrateur sont attribués aux représentants d'un même sexe.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé de plus d'un tiers de personnes rémunérées par la mutualité ou par l'Union Nationale des Mutualités Libres.

Pour être administrateur, il faut :

- être affilié à la mutualité, en qualité de titulaire ou de personne à charge ;
- être majeur ou émancipé ;
- être de bonne conduite, vie et mœurs ;
- ne pas avoir intenté une action judiciaire contre la mutualité, l'Union Nationale des Mutualités Libres et/ou une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section ;
- ne pas avoir été licencié (sauf pour motif économique) du personnel de la mutualité, de l'Union Nationale des Mutualités Libres, ou d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section.

L'administrateur ne doit pas nécessairement faire partie de l'Assemblée Générale. Dans ce cas cependant, sa candidature doit être proposée par le Conseil d'Administration qui décide souverainement.

Cessent d'être éligibles les personnes qui ont atteint l'âge de 72 ans à la date de l'élection des administrateurs par l'Assemblée Générale.

Il est automatiquement mis fin au mandat de l'administrateur au 1er janvier de l'année civile qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge de 72 ans.

Les administrateurs perçoivent un jeton de présence et obtiennent le remboursement de frais qui sont liés à l'assistance aux réunions. Les montants sont fixés par l'Assemblée Générale et figurent à l'annexe 6 des présents statuts.

Les membres de la direction de la mutualité peuvent assister aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

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

Article 40 - Election du Conseil d'Administration

§ 1. Le Conseil d'Administration est élu par les membres de l'Assemblée Générale pour une durée de maximum six ans.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée ou par courrier électronique au Président du Conseil d'Administration, au plus tard 15 jours civils avant la tenue de l'Assemblée Générale appelée à renouveler ou compléter le Conseil d'Administration. Sous peine d'irrecevabilité, toute candidature devra être motivée.

Le Comité de Nominations et de Rémunérations vérifie les conditions d'éligibilité, valide les candidatures et établit la liste des candidats.

Ceux-ci sont repris sur la liste par ordre alphabétique de leur nom, en débutant par la lettre tirée au sort par le président, en alternant les hommes et les femmes.

Sans préjudice au droit des membres de l'Assemblée Générale de la mutualité de se porter candidat à titre individuel, le Conseil d'Administration sortant peut présenter ses candidats à l'Assemblée Générale. Tous les candidats, à titre individuel ou présentés par le conseil d'administration, seront toutefois repris sur la même liste de candidats.

§ 2. Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, les candidats qui satisfont aux conditions d'éligibilité sont élus d'office.

Lorsque le nombre de candidats satisfaisant aux conditions d'éligibilité est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin.

§ 3. Le scrutin est secret. Chaque électeur peut voter pour autant de candidats qu'il y a d'administrateurs à élire.

Le vote par procuration est interdit.

Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis aux membres de l'Assemblée Générale ;
- les bulletins qui contiennent un nombre de votes supérieur au nombre d'administrateurs à élire ;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins comportant surcharges et/ou ratures.

Sont élus les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix.

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

Il sera dérogé aux règles prévues par les deux précédents alinéas si le minimum de 25% de personnes d'un même sexe n'est pas atteint. Dans ce cas, les candidats du sexe sous-représenté seront d'abord élus en fonction du nombre de voix qu'ils obtiennent.

Article 41 - Perte de la qualité d'administrateur en cours de mandat - Remplacement d'administrateurs

La perte de la qualité de membre de la mutualité entraîne d'office la fin du mandat d'administrateur. Il en va de même pour la perte de la qualité de membre de l'Assemblée Générale de la mutualité lorsque c'est en cette qualité que l'administrateur a été élu.

Sera considéré comme démissionnaire, l'administrateur qui aura été absent à trois réunions consécutives sans avoir donné procuration et sans avoir avisé le Président par écrit et au préalable d'un motif légitime justifiant son absence.

Perd son mandat d'administrateur, sur décision de l'Assemblée Générale :

- 1) celui qui calomnie un administrateur à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
- 2) celui qui menace ou insulte, en Assemblée Générale, un membre de celle-ci ou un administrateur ;
- 3) celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ;
- 4) celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité ;
- 5) celui qui a encouru une condamnation conditionnelle ou non, et coulée en force de chose jugée, à une peine criminelle ou à un emprisonnement principal de plus de trois mois.

Pour prononcer la révocation d'un administrateur, deux tiers des membres doivent être présents ou représentés et la décision doit être prise avec une majorité des deux tiers des voix.

Le remplacement d'administrateurs décédés, démissionnaires, atteints par la limite d'âge ou ayant perdu leur mandat en application du présent article a lieu lors d'une prochaine Assemblée. L'administrateur ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

Quand la place d'un administrateur se libère avant la fin de son mandat, le Conseil d'Administration peut coopter un nouvel administrateur qui satisfait aux conditions d'éligibilité et en tenant compte de l'article 20 de la loi du 6 août 1990 et des conditions fixées par le Roi et les présents statuts.

Dans un tel cas, l'Assemblée Générale procédera, lors de sa plus proche réunion, à l'élection de l'administrateur qui achèvera le mandat de l'ancien administrateur.

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

Article 42 - Compétences du Conseil d'Administration

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

Il soumet chaque année à l'approbation de l'Assemblée Générale les comptes annuels de l'exercice écoulé et le projet de budget de l'exercice suivant.

Le Conseil d'Administration établit la liste définitive des candidats pour la représentation de la mutualité à l'assemblée générale des sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1^{er} de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée.

Le Conseil d'Administration désigne en son sein une ou plusieurs personne(s) en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière au sens de l'article 23, § 4, alinéa 6 de la loi du 6 août 1990. La gestion journalière comprend aussi bien les actes et les décisions qui n'excèdent pas les besoins de la vie quotidienne de la mutualité que les actes et les décisions qui, soit en raison de l'intérêt mineur qu'ils représentent, soit en raison de leur caractère urgent, ne justifient pas l'intervention du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences de gestion au Président, et/ou à l'administrateur ou aux administrateurs en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière et/ou à un ou plusieurs autres administrateurs, et/ou encore à un ou plusieurs comités, dont la majorité des membres, désignés par le Conseil d'Administration, sont des administrateurs.

Cette délégation ne peut cependant porter sur :

- la politique générale de la mutualité ;
- l'intégralité des compétences du Conseil d'Administration ;
- la fixation des cotisations ;
- l'évaluation du système de gestion des plaintes ;
- l'évaluation de la collaboration avec les tiers.

Article 43 - Convocation du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du Président ou à la demande d'au moins un cinquième des administrateurs.

La convocation mentionnant l'ordre du jour doit être adressée individuellement aux administrateurs, par courrier simple ou courrier électronique, au plus tard dix jours civils avant la date de la réunion.

L'ordre du jour est établi par le Président. Celui-ci est tenu de porter à l'ordre du jour de la plus prochaine réunion du Conseil d'Administration toute question dont l'inscription aurait fait l'objet d'une demande écrite et motivée, formulée par un cinquième au moins des administrateurs.

Article 43bis - Mode de réunion

§ 1. Le Conseil d'Administration est tenu en principe en présence des administrateurs.

Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du conseil d'administration, le Bureau du Conseil d'Administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

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

Le Bureau du Conseil d'Administration veille à ce que :

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

§ 2. Par dérogation au §1, le Bureau du Conseil d'Administration peut organiser une réunion exclusivement par visio-conférence et/ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

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

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

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

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

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

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

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

- § 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux administrateurs de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein du conseil d'administration et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels le Conseil d'Administration est appelé à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux administrateurs de participer aux délibérations et de poser des questions.
- § 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :
- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue de la réunion par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions «oui», «non» ou « abstention» ;
 - la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
 - la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le Bureau du Conseil d'Administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les administrateurs de manière à ce que les administrateurs puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

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

En cas de recours à la consultation écrite, les administrateurs pourront faire part de leurs remarques et/ou leur accord/opposition sur les différents points jusque 4 jours ouvrables avant la réunion. Le projet de procès-verbal reprenant les remarques/accords des administrateurs leur sera transmis pour validation.

- § 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :
1. le nombre d'administrateurs présents ;
 2. le cas échéant, le nombre d'administrateurs qui ont donné une procuration ;
 3. le nombre d'administrateurs ni présents ni représentés ;
 4. le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
 5. les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;

6. le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;
7. le cas échéant, le nombre d'administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

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

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

Article 44 - Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne peut valablement délibérer que lorsque la moitié au moins des administrateurs sont présents ou représentés, sans qu'il soit tenu compte de la présence ou non des éventuels conseillers.

Dans le cas où un administrateur est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du Conseil d'Administration, il peut donner procuration à un autre administrateur. Tout administrateur ne peut être porteur que d'une seule procuration.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint la première fois, un deuxième Conseil d'Administration est convoqué avec le même ordre du jour ; ce deuxième Conseil délibère valablement quel que soit le nombre d'administrateurs présents ou représentés et quel que soit également l'objet de la délibération.

Sauf exceptions prévues par les statuts, les décisions sont prises à la majorité simple des voix exprimées. Lorsque l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration la compétence d'adapter les taux de cotisations, cette décision est prise à la majorité des deux tiers des voix exprimées.

Les administrateurs ne peuvent participer aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris sont directement concernés. Ils ne peuvent également pas prendre part au vote concernant ces affaires.

Lorsque le Conseil d'Administration est appelé à prendre une décision relevant de sa compétence à propos de laquelle un administrateur a un intérêt direct ou indirect de nature patrimoniale qui est opposé à l'intérêt de la mutualité, cet administrateur doit en informer les autres administrateurs avant que le Conseil d'Administration ne prenne une décision.

Cet administrateur ne pourra pas prendre part aux délibérations et au vote concernant cette décision.

Sa déclaration et ses explications sur la nature de cet intérêt opposé doivent figurer dans le procès-verbal de la réunion du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration décrit dans le procès-verbal la nature de la décision visée à l'alinéa 5 et les conséquences patrimoniales de celle-ci pour la mutualité ou l'union nationale et justifie la décision qui a été prise. Cette partie du procès-verbal est reprise dans son intégralité dans le rapport annuel ou dans un document déposé en même temps que les comptes annuels. Le procès-verbal de la réunion est communiqué au réviseur.

Si la majorité des administrateurs présents ou représentés a un conflit d'intérêts, la décision est soumise à l'Assemblée Générale. En cas d'approbation de la décision par celle-ci, le Conseil d'Administration peut l'exécuter.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont consignées dans des procès-verbaux conservés au siège de la mutualité et signés par le Président et le Directeur Général.

Article 44bis - Représentation de la mutualité

Le Conseil d'Administration représente la mutualité, en ce compris la représentation en justice.

Le Conseil d'Administration peut toutefois décider de confier cette représentation au Président, et/ou à l'administrateur ou aux administrateurs en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière, visé(s) à l'article 42 des présents statuts et/ou à un ou plusieurs autres administrateurs, agissant seuls, conjointement ou collégalement.

Le Conseil d'Administration ou la ou les personne(s) visée(s) à l'alinéa précédent, qui a (ont) un pouvoir général de représentation, peut (peuvent) désigner des mandataires spéciaux pour représenter la mutualité pour un acte juridique spécifique ou une série d'actes juridiques spécifiques. Ces mandataires lient la mutualité dans les limites de la procuration qui leur a été donnée et dont les limitations sont opposables aux tiers, conformément aux règles applicables en matière de mandat.

Ces mandataires spéciaux ne doivent pas nécessairement être des administrateurs. Ils ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts.

Article 45 - Fonctions de Président et de Vice-Président

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Président et un ou plusieurs Vice-Président(s).

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration.

Il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux. Il signe les procès-verbaux des réunions et représente la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques.

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière au Directeur Général ou à un administrateur pour traiter avec les autorités publiques.

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration.

Le Vice-Président le plus âgé remplace le Président en cas d'absence ou d'empêchement.

Si le Président et le(s) Vice-Président(s) sont absents ou empêchés, les fonctions de Président sont momentanément remplies par un autre administrateur désigné par le Conseil d'Administration.

Article 46 - Fonctions de Directeur Général et de Directeur Général-Adjoint

Le Conseil d'Administration nomme un Directeur Général. Il peut également nommer un Directeur Général-Adjoint.

Moyennant sa désignation en cette qualité par le Conseil d'Administration de la mutualité et son agrément par le Conseil d'Administration de l'Union Nationale des Mutualités Libres, et pour autant qu'il ait la qualité d'administrateur régulièrement élu, le Directeur Général est la 'personne en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière de la mutualité' telle que visée par l'article 42, alinéa 4 des présents statuts.

Le Directeur Général assume la gestion journalière. Il est responsable devant le Conseil d'Administration du bon fonctionnement des services.

Il engage et licencie le personnel, à l'exception du personnel de direction.

Il assume toutes les écritures requises, signe la correspondance, rédige et contresigne les procès-verbaux des séances et les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives.

Le Directeur Général est en outre chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration de la Poste pour le retrait des documents destinés à la mutualité. Pour cela, il peut cependant déléguer ses pouvoirs à tout autre administrateur ou à un membre du personnel de la mutualité à qui il donnera procuration.

Le Directeur Général est responsable vis-à-vis du Conseil d'Administration de la régularité des opérations financières de la mutualité, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation et de l'établissement des statistiques.

Moyennant l'accord du Conseil d'Administration, le Directeur Général peut déléguer une partie de ses compétences à un membre de la direction auquel il donne procuration. Cette délégation de compétence ne peut porter sur la responsabilité globale de la gestion journalière mais uniquement sur l'un ou l'autre acte de gestion journalière.

Pour autant qu'il ait la qualité d'administrateur régulièrement élu, le Directeur Général-Adjoint assiste le Directeur Général et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement. Le Directeur Général-Adjoint peut être amené à prendre en charge la responsabilité globale de la gestion journalière de la mutualité moyennant son agrément par le Conseil d'Administration de l'Union Nationale des Mutualités Libres.

Le Directeur Général et le Directeur Général-Adjoint assistent aux réunions du Conseil d'Administration et n'y ont voix délibérative que s'ils en sont membres.

CHAPITRE VII

Bureau du Conseil d'Administration de la mutualité

Article 47 - Composition du Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Bureau du Conseil d'Administration qui se compose de dix membres maximum, dont le Président et le(s) Vice-Président(s) du Conseil d'Administration.

Le mandat d'un membre du Bureau du Conseil d'Administration prend fin en même temps que son mandat d'administrateur.

Le remplacement d'un membre du Bureau du Conseil d'Administration décédé ou démissionnaire peut avoir lieu au prochain Conseil d'Administration, sur présentation du Président. Le membre ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

Le Conseil d'Administration peut par ailleurs désigner au maximum deux conseillers au Bureau du Conseil d'Administration. Ces conseillers assistent aux réunions avec voix consultative.

Le Bureau est présidé par le Président du Conseil d'Administration.

Article 48 - Compétences et délibérations du Bureau du Conseil d'Administration

Le Bureau du Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que nécessaire, sur convocation du Président et au moins dix fois par an. Il ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les réunions du Bureau du Conseil d'Administration peuvent être organisées par vidéoconférence, par le biais d'une autre forme de télécommunication ou par consultation écrite.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, un deuxième Bureau du Conseil d'Administration est convoqué dans les 30 jours avec le même ordre du jour ; ce deuxième Bureau du Conseil d'Administration délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents et quel que soit également l'objet de la délibération.

Les membres du Bureau du Conseil d'Administration ne peuvent participer aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris sont directement concernés. Ils ne peuvent également pas prendre part au vote concernant ces affaires.

Lorsque le Bureau du Conseil d'Administration est appelé à prendre une décision relevant de sa compétence à propos de laquelle un de ses membres a un intérêt direct ou indirect de nature patrimoniale qui est opposé à l'intérêt de la mutualité, ce membre doit en informer les autres membres avant que le Bureau du Conseil d'Administration ne prenne une décision et ne peut prendre part aux délibérations et au vote concernant ces décisions.

Sa déclaration et ses explications sur la nature de cet intérêt opposé doivent figurer dans le procès-verbal de la réunion. Le Bureau du Conseil d'Administration décrit dans le procès-verbal la nature de la décision visée à l'alinéa 4 et les conséquences patrimoniales de celle-ci pour la mutualité ou l'union nationale et justifie la décision qui a été prise. Cette partie du procès-verbal est reprise dans son intégralité dans le rapport annuel ou dans un document déposé en même temps que les comptes annuels. Le procès-verbal de la réunion est communiqué au réviseur.

Les décisions du Bureau du Conseil d'Administration sont prises selon la méthode du consensus.

Le Bureau du Conseil d'Administration exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration. Conformément à la décision prise par le Conseil d'Administration lors de sa réunion du 27 septembre 2023, les attributions du Bureau du Conseil d'Administration sont les suivantes :

- examiner tout sujet devant être soumis pour décision ou information au Conseil d'Administration et/ou à l'Assemblée Générale, formuler des avis et des recommandations ;
- veiller à l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale ;
- valider les hypothèses budgétaires et le projet de budget à soumettre au Conseil d'Administration et à l'Assemblée Générale ;
- assurer le suivi budgétaire ;
- assurer le suivi de la clôture des comptes ;
- examiner les propositions d'évolution du contenu de l'assurance complémentaire et de modification du montant de la cotisation et décider de la ou des proposition(s) finale(s) à soumettre au Conseil d'Administration et à l'Assemblée Générale ;
- engager, nommer et licencier le personnel de direction, à l'exception du Directeur Général et du Directeur Général-Adjoint ;
- entendre et questionner le Directeur Général et le Directeur Général-Adjoint sur l'évolution de la situation opérationnelle de la mutualité, et exprimer à ce sujet avis, conseils et recommandations ;
- entendre et questionner le Directeur Général et le Directeur Général-Adjoint sur l'évolution du déploiement du plan stratégique, et exprimer à ce sujet avis, conseils et recommandations ;
- accompagner la direction générale dans la réflexion stratégique et s'intéresser à tout projet stratégique pour la mutualité ;

- s'intéresser à tout sujet d'actualité pour la mutualité et le secteur mutualiste, d'initiative ou à l'initiative de la direction générale.

Le Bureau du Conseil d'Administration prépare les réunions du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

Le Directeur Général assiste aux réunions du Bureau du Conseil d'Administration avec voix consultative.

CHAPITRE VIII

Représentation de la mutualité auprès des organes des sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1er de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée

Section 1 - Délégation à l'Assemblée Générale des sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis, §1er de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée

Article 49 - Délégués à l'Assemblée Générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée

La délégation de la mutualité à l'Assemblée Générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée est proportionnelle au nombre de membres de la mutualité, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, qui sont également membres de cette société mutualiste, et cela selon les règles définies par les statuts de la société mutualiste, le nombre de délégués étant de trois au moins et de trente au plus.

Les délégués sont élus par l'Assemblée Générale de la mutualité sur la base de la liste des candidatures qui ont été introduites valablement, la liste étant établie par le Conseil d'Administration.

Des délégués suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions que les délégués effectifs.

Article 50 - Conditions d'éligibilité

Pour pouvoir être élu en qualité de délégué à l'Assemblée Générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée, il faut satisfaire aux conditions suivantes :

- être membre ou personne à charge de la société mutualiste ;
- être majeur ou émancipé, de bonne conduite, vie et mœurs ;
- être en règle de cotisations auprès de la société mutualiste ;
- ne pas être membre du personnel de la société mutualiste ou d'une mutualité affiliée à la société mutualiste ;
- ne pas avoir intenté une action judiciaire contre la société mutualiste, contre une des mutualités affiliées à la société mutualiste ou contre l'Union Nationale des Mutualités Libres, à l'exclusion des recours contre des décisions administratives ;

- ne pas avoir été licencié, sauf pour motif économique, du personnel de la société mutualiste, d'une des mutualités affiliées à la société mutualiste ou de l'Union Nationale des Mutualités Libres.

Article 51 - Dépôt des candidatures

Les représentants à l'Assemblée Générale de la mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée Générale d'une société mutualiste doivent poser leur candidature par lettre recommandée, adressée au Président de la mutualité, au plus tard quinze jours civils avant la date de l'Assemblée Générale de la mutualité qui procédera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi.

Article 52 - Election des délégués

Le vote est secret. 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.

Au cas où le nombre de candidats est inférieur ou égal au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont élus d'office.

Les statuts de la société mutualiste déterminent, le cas échéant, les modalités d'élection des délégués suppléants, ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent remplacer des délégués effectifs.

Section 2 - Représentation au Conseil
d'Administration des sociétés mutualistes au sens de
l'article 43bis, §1er de la loi du 6 août 1990 auxquelles la
mutualité est affiliée

Article 53 - Représentants au Conseil d'Administration d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée

La représentation de la mutualité au Conseil d'Administration d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée est proportionnelle au nombre de membres de la mutualité qui sont également membres de cette société mutualiste, et cela selon les règles définies par les statuts de la société mutualiste.

Le Conseil d'Administration de la société mutualiste est élu par l'Assemblée Générale de la société mutualiste. Les statuts de la société mutualiste précisent les modalités pratiques selon lesquelles s'effectuent l'appel aux candidats, le dépôt et l'examen de la recevabilité des candidatures ainsi que le mode de scrutin relatif à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions que les administrateurs effectifs.

Les statuts de la société mutualiste déterminent, le cas échéant, les modalités d'élection des administrateurs suppléants, ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent remplacer des administrateurs effectifs.

CHAPITRE IX

Services organisés par la mutualité

Article 54 - Dispositions générales

La mutualité organise pour ses membres et les personnes à leur charge les services visés à l'article 2 des présents statuts selon les modalités déterminées ci-après.

Section 1 - Assurance obligatoire

Article 55 - Assurance obligatoire

La mutualité organise l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités conformément à l'article 2 A. des présents statuts.

Section 2 - Dispositions communes à tous les services

Article 56 - Modalités de paiement

Toutes les prestations, indemnités et interventions dues par la mutualité, que ce soit dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou des autres services prévus par les présents statuts sont payées exclusivement par virement sur le compte bancaire renseigné par le titulaire.

Article 57 - Prescription

- A. L'action en paiement des prestations, indemnités et interventions prévues par les présents statuts et l'action en récupération de la valeur de ces prestations, indemnités et interventions se prescrivent conformément aux dispositions légales en vigueur, à savoir l'article 174 de la loi du 14 juillet 1994 en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et l'article 48bis de la loi du 6 août 1990 en ce qui concerne les autres services.

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

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

- B. Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.
- C. La prescription est suspendue pour cause de force majeure.
- D. La mutualité n'est pas autorisée à renoncer au bénéfice de la prescription.

Section 3 - Assurance complémentaire

Article 58 - Conditions d'octroi des prestations

A. Cotisations

Seuls les membres en ordre de cotisation peuvent bénéficier des prestations des différents services de la mutualité prévus par les présents statuts.

Les prestations ne peuvent être octroyées aux membres que si ceux-ci sont affiliés à la mutualité au moment de l'événement pouvant donner lieu à la prestation.

Les cotisations sont payables par anticipation, c'est-à-dire avant la période à laquelle elles se rapportent, conformément aux modalités prévues à l'article 116. Lorsque le membre a opté pour le système de la domiciliation bancaire, les cotisations sont réputées être payées anticipativement quelle que soit la date à laquelle la mutualité a donné à l'institution bancaire l'ordre de payer.

Pour pouvoir bénéficier des prestations prévues à la section 3, le membre doit être en ordre de cotisation pour le trimestre qui précède le trimestre de la prestation.

B. Stage

Sauf les exceptions éventuellement prévues par les présents statuts, aucun stage n'est requis pour pouvoir bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

Par analogie avec les règles de l'assurance obligatoire, les périodes de stage prévues par les présents statuts ne sont pas exigées des personnes à charge acquérant la qualité de titulaire, dans la mesure où le titulaire à charge de qui elles étaient inscrites avait accompli les diverses périodes de stage imposées. Le cas échéant, ces personnes sont autorisées à compléter les périodes de stage prévues.

Également par analogie avec les règles de l'assurance obligatoire, les périodes de stage ne sont pas exigées des membres en provenance de l'étranger qui sont dispensés de stage en assurance obligatoire, pour autant que leur affiliation à l'assurance complémentaire soit simultanée à leur inscription en tant que titulaire en assurance obligatoire.

Les périodes de stage prévues par les présents statuts ne sont pas exigées des membres admis par mutation ou par transfert, ni des personnes à leur charge, dans la mesure où ils prouvent qu'ils étaient affiliés à un service similaire auprès de leur ancienne mutualité et y bénéficiaient de la couverture après y avoir accompli l'entièreté de la période de stage ou en avoir été exemptés, et ce quelle qu'ait été la durée d'affiliation auprès du service similaire précédent.

Les membres s'étant vu supprimer le bénéfice des avantages de l'assurance complémentaire auprès de leur ancienne mutualité en raison du non-paiement des cotisations dues pour cette assurance ne bénéficieront pas de cette dispense de stage.

Si le membre admis par mutation ou par transfert n'avait pas effectué auprès de son ancienne mutualité l'entièreté du stage prévu pour ce service similaire, la période d'affiliation à ce service similaire antérieur doit être portée en diminution du stage à accomplir.

C. Prestataires agréés

Lorsqu'une intervention prévue par les présents statuts n'est offerte que s'il est fait appel à un prestataire agréé par la mutualité, la liste de ces prestataires est jointe en annexe des statuts dont elle fait partie intégrante.

Cette liste peut être modifiée par décision du conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;
- ladite 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.

D. Force probante

Les pièces justificatives transmises à la mutualité par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire ont force probante.

Article 59 - Refus et limites des prestations

- A. Les prestations prévues par les présents statuts sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une législation belge ou étrangère ou du droit commun, le terme « droit commun » ne visant en aucun cas une assurance privée.

Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun, le terme « droit commun » ne visant en aucun cas une assurance privée, sont inférieures aux prestations prévues par les présents statuts, le bénéficiaire reçoit la différence à charge du service de la mutualité, sauf lorsque les statuts excluent toute intervention du service en cas de prise en charge, totale ou partielle, par un tiers, à l'exclusion de l'intervention d'une assurance privée.

Lorsque l'intervention prévue par les statuts présente un caractère forfaitaire, son octroi ne peut jamais avoir pour effet d'accorder au membre une intervention supérieure aux frais qu'il a réellement supportés. Le montant forfaitaire d'intervention cité se comprend donc comme le montant maximal d'intervention possible.

L'octroi des prestations prévues par les présents statuts est refusé lorsque le dommage est constitué par :

- des maladies ou blessures provoquées intentionnellement par la victime ;
- des problèmes physiques subis par des personnes participant à une compétition ou à une exhibition sportive pour laquelle elles reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit et pour laquelle l'organisateur perçoit un droit d'entrée. Les préparations et les entraînements relatifs à ces compétitions sportives sont assimilés auxdites compétitions. La présente exclusion concerne les prestations dispensées tant dans un but curatif, que préventif ou de contrôle.
- des maladies ou blessures découlant de faits de guerre, de rébellions ou de grèves.

- B. Les interventions accordées dans le cadre de l'assurance complémentaire peuvent être diminuées des interventions octroyées au membre en vertu d'une disposition légale ou réglementaire.

En aucun cas, le montant de l'intervention accordée par l'assurance obligatoire additionné à celui de l'intervention de l'assurance complémentaire ne peut être moins élevé pour les personnes bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, que pour les autres membres.

- C. Les prestations visées à l'article 2 B. sont offertes dans la mesure des ressources disponibles.

Article 60 - Bénéficiaires

Bénéficiaire des avantages offerts dans le cadre de l'assurance complémentaire :

- les titulaires, visés à l'article 9 des présents statuts
- et
- les personnes à charge, visées à l'article 10.

Bénéficiaire d'avantages spécifiques dans le cadre de l'assurance complémentaire, les titulaires ou personnes à charge à qui le département d'aide aux personnes de la mutualité a accordé la qualité d'aidant proche Partenamut. Cette qualité est octroyée au membre qui, sur la base de l'arrêté royal du 16 juin 2020 portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche :

- satisfait aux conditions lui permettant de bénéficier de la reconnaissance d'aidant proche avec droits sociaux, ou
- ne satisfait pas aux conditions lui permettant de bénéficier de la reconnaissance d'aidant proche avec droits sociaux mais a obtenu au moins 9 points aux questions 19, 20, 21, 22 et 24 de la déclaration sur l'honneur annexée à l'arrêté royal cité au présent article.

Article 61 - Relations avec les membres et les tiers

Dans ses relations avec les membres et les tiers, la mutualité pourra utiliser les termes « avantages Partenamut » pour désigner les avantages offerts dans le cadre de l'assurance complémentaire, ainsi que les termes « cotisations Partenamut » pour désigner les cotisations dont sont redevables les titulaires cotisant à l'assurance complémentaire.

Article 62 - Territorialité

Sauf lorsque les présents statuts en disposent autrement, les interventions accordées dans le cadre de l'assurance complémentaire se limitent aux prestations dispensées et aux événements survenus sur le territoire belge.

Article 63 - Logopédie

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient en faveur des titulaires et des personnes à leur charge qui doivent suivre un traitement de logopédie.

§ 1. Règle générale

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 5 euros par séance, bilan inclus, quelle que soit la durée de la séance. L'intervention s'élève toutefois à 2,50 euros par séance pour la méthode « Tomatis ».

Plafond

L'intervention est limitée à 1.000 euros par vie, par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

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

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production d'une facture ou d'un reçu établi par le logopède reprenant le nom du bénéficiaire, le nom du prestataire, les dates des séances, le prix payé et le type de prestation.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

§ 2. Organisation d'un service de logopédie

Lorsque les prestations ont été dispensées dans un cabinet de logopédie ayant conclu une convention avec l'A.S.B.L. Solidarité et Santé, sa quote-part personnelle s'élève à :

- 2,50 euros par séance pour les séances de 30 minutes ;
- 5 euros par séance pour les séances de 60 minutes.

Le solde pour atteindre le montant de l'honoraire légal sera versé au prestataire par l'A.S.B.L. Solidarité et Santé.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'A.S.B.L. Solidarité et Santé.

§ 3. Ticket modérateur

Ce service accorde le remboursement du ticket modérateur relatif à des séances de logopédie suivies par des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 50% du ticket modérateur légal, à savoir la différence entre les honoraires des prestataires servant de base au calcul du remboursement par l'assurance obligatoire et le montant remboursé par ladite assurance.

L'intervention est égale au ticket modérateur légal pour les membres bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§1er, 2 ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Conditions d'intervention

Ce service intervient en faveur des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.

L'intervention n'est accordée que pour autant que le bénéficiaire dispose d'un dossier médical global (DMG) ouvert auprès de son médecin traitant et valable à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'attestation de soins donnés ou d'une facture établie par le prestataire.

Article 64 - Pédicure et podologie

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention pour les séances de pédicure ou de podologie en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 5 euros par séance.

Plafond

L'intervention est limitée à huit séances par année civile et par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire et pour autant que les prestations aient été dispensées dans le cadre de soins ambulatoires.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire, ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité. Doivent y figurer : le nom du bénéficiaire - le nom et la qualité du prestataire - le type de prestation.
- d'un certificat médical justifiant le recours aux séances de pédicure ou de podologie. Pareil certificat n'est pas exigé si le bénéficiaire est âgé de 65 ans au moins ou s'il suit un trajet de soins du diabète ou encore si la mutualité est déjà en possession d'un document attestant le diagnostic du diabète produit dans le cadre d'une autre demande d'intervention.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, les pièces justificatives sont la ou les photo(s) des pièces reprises ci-dessus.

Article 64bis - Semelles podologiques

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux bénéficiaires, titulaires ou personnes à charge, une intervention dans les frais d'achat de semelles podologiques.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 25 euros par semelle et par année civile.

Plafond

L'intervention est limitée à deux semelles par bénéficiaire, au cours d'une période de deux années civiles consécutives.

Toutefois, ce délai est ramené à un an pour les bénéficiaires dont la dernière fourniture a été exécutée avant leur dix-huitième anniversaire.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire. Elle ne s'applique qu'à l'achat des semelles podologiques et ne concerne pas l'examen éventuel du podologue.

Les semelles sont fabriquées par un podologue reconnu par l'INAMI.

Sont exclues de ce service les semelles fabriquées par un orthopédiste ou un bandagiste.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- soit du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire, ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité. Doivent y figurer : le nom du bénéficiaire - le nom et la qualité du prestataire ;
- soit d'une facture établie par le podologue indiquant le montant payé et précisant qu'il s'agit de semelles podologiques.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la facture.

Article 65 - Orthodontie

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde des interventions en faveur des membres qui suivent un traitement orthodontique.

§ 1. **Traitement orthodontique de première intention****Montant de l'intervention**

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 75 euros.

Conditions d'intervention

Le bénéficiaire pour qui l'intervention est demandée doit satisfaire aux critères prévus à l'article 6, §7 de la nomenclature des prestations de santé.

L'intervention n'est accordée que si le traitement orthodontique de première intention a fait l'objet d'une intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Elle est versée au moment du paiement du premier forfait en assurance obligatoire.

Si le traitement orthodontique concerné est couvert par l'assurance Dentalia Plus de MLOZ Insurance, l'intervention sera accordée après l'intervention de Dentalia Plus.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'attestation de soins donnés établie par l'orthodontiste attestant le premier forfait en assurance obligatoire.

§ 2. Pose d'un appareil orthodontiqueMontant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 375 euros. Elle est portée à 750 euros si le bénéficiaire souffre d'une des quatre affections suivantes, notifiée par le prestataire qui a diagnostiqué l'affection : dysplasies craniofaciales, dysplasies craniofaciales avec dyschondrose, dysplasies d'autres origines, agénésie congénitale d'au moins trois dents restantes à l'exception des dents de sagesse.

Si la pose de l'appareil orthodontique est couverte par l'assurance Dentalia Plus de MLOZ Insurance, l'intervention sera accordée après l'intervention de Dentalia Plus.

Conditions d'intervention

Le bénéficiaire pour qui l'intervention est demandée doit satisfaire aux critères prévus à l'article 6, §8 à §16 de la nomenclature des prestations de santé.

L'intervention n'est accordée que si le traitement orthodontique a fait l'objet d'une intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

L'intervention est versée lors du paiement de l'intervention en assurance obligatoire pour le premier appareil.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'attestation de soins donnés établie par l'orthodontiste attestant la pose du premier appareil.

L'intervention complémentaire de 375 euros prévue pour les quatre affections précitées est accordée sur production d'un rapport médical établi par le prestataire qui a diagnostiqué l'affection.

Article 66 - Soins dentaires

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service garantit aux titulaires et aux personnes à leur charge qui s'adressent à un cabinet dentaire de l'A.S.B.L. Solidarité et Santé :

- l'application des honoraires légaux pour l'ensemble des prestations de soins dentaires ;
- la non-perception du ticket modérateur pour les bénéficiaires du statut social au sens de l'article 37, §§1er, 2 ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Conditions d'intervention

La non-perception du ticket modérateur ne s'applique pas aux traitements d'orthodontie et à la fourniture de prothèses.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'A.S.B.L. Solidarité et Santé.

Article 67 - Optique

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§ 1. Produits d'optique

Ce service intervient dans les frais d'achat de montures de lunettes, de verres correcteurs et/ou de lentilles correctrices (jetables ou non jetables, de nuit), en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant de la ou des facture(s) d'achat.

Plafond

L'intervention est limitée à 75 euros par bénéficiaire.

Ce montant maximum s'applique au total des achats effectués, tous produits d'optique confondus, pour un même bénéficiaire, au cours d'une période de deux années civiles consécutives, la période prise en considération prenant cours à la date de la première facture introduite pour remboursement, étant entendu que ladite facture ne peut pas être antérieure à la date d'affiliation du membre auprès de la mutualité.

Condition d'intervention

L'intervention pour l'achat d'une monture de lunettes n'est accordée que si celle-ci est destinée au port de verres correcteurs.

L'intervention n'est pas cumulable avec l'intervention prévue au §2.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée :

- sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par un opticien
- et/ou sur production de la facture d'achat établie par un opticien ou de toute autre pièce ou mention probante admise par la mutualité également établie par un opticien, démontrant qu'il s'agit soit de verres correcteurs, soit d'une monture de lunettes destinée au port de verres correcteurs, soit de lentilles correctrices.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, les pièces justificatives requises sont la ou les photo(s) des pièces reprises ci-dessus.

Territorialité

L'intervention est accordée pour les produits d'optique au sens du présent article, achetés sur le territoire d'un Etat membre de l'Union Européenne, en Norvège, en Islande, au Lichtenstein, au Royaume-Uni ou en Suisse.

Lorsque l'achat est effectué en ligne, il est présumé avoir lieu en Belgique.

§ 2. Paires de lunettes à prix réduit

Ce service garantit un prix unitaire et avantageux pour des paires de lunettes aux titulaires et aux personnes à leur charge qui effectuent un achat auprès de la S.A.S. Lunettes pour Tous (N° SIRET 79870645300031).

Montant de l'intervention

Le prix d'achat s'élève, pour toute la gamme de paires de lunettes proposée par la S.A.S. Lunettes pour Tous :

- à 50 euros pour les paires de lunettes avec verres unifocaux ;
- à 100 euros pour les paires de lunettes avec verres progressifs.

Plafond

Cette intervention s'applique pour l'achat d'une paire de lunettes, pour un même bénéficiaire, au cours d'une période de deux années civiles consécutives, la période prise en considération prenant cours le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle la première facture introduite pour remboursement a été émise, étant entendu que ladite facture ne peut pas être antérieure à la date d'affiliation du membre auprès de la mutualité.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée que si celle-ci est destinée au port de verres correcteurs.

L'intervention n'est pas cumulable avec l'intervention prévue au §1.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec la S.A.S. Lunettes pour Tous.

§ 3. Chirurgie corrective au laser

Ce service intervient dans les frais de la chirurgie oculaire corrective au laser, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 100 euros par œil.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois par œil dans la vie du bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention est accordée pour toute opération par chirurgie corrective au laser des malformations de l'œil (myopie, astigmatisme, presbytie ou hypermétropie).

Exclusion

Aucune intervention n'est accordée lorsque la prestation fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire agréé par l'INAMI ou d'un état d'honoraires ou d'une facture établie par un prestataire agréé par l'INAMI ou l'hôpital.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou d'une preuve de paiement.

§ 4. Lentilles intra - oculaires

Ce service intervient dans le coût des lentilles intra-oculaires en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 50 euros par œil.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois par œil dans la vie du bénéficiaire.

Conditions d'intervention

Le paiement est automatique après intervention de l'assurance obligatoire.

Article 68 - Thérapies alternatives

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§ 1. Homéopathie – produits homéopathiques

Ce service intervient dans les frais d'achat de produits homéopathiques, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 50% du prix d'achat des produits homéopathiques.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 75 euros par bénéficiaire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du document établi par le pharmacien comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du pharmacien ou de l'officine pharmaceutique - nom des produits - date de délivrance - montant des débours à charge du membre, et :

- pour les spécialités homéopathiques, le code national et le nom du produit, lequel est repris par un astérisque (*) sur le BVAC ;
- pour les préparations magistrales, effectuées en laboratoire ou en officine, le pseudo code 0586883. La formule de la préparation ne doit pas être indiquée.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de la preuve de paiement en pharmacie (BVAC).

§ 2. Homéopathie, ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, mésothérapie, mindfulness therapy, sophrologie et shockwave therapy

Ce service intervient dans le coût des séances/consultations d'homéopathie, d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, de mésothérapie, de mindfulness therapy (thérapie de la pleine conscience), de sophrologie et de shockwave therapy, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 10 euros par séance.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 10 séances par bénéficiaire, toutes séances confondues.

Le plafond est porté, par année civile, à 13 séances pour les bénéficiaires atteints d'une des pathologies lourdes ou chroniques figurant dans la liste reprise en annexe 2 des présents statuts.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée que si le traitement est effectué par un prestataire qui exerce sa discipline dans le respect des dispositions légales et, dans le cas de la mindfulness therapy, que si le bénéficiaire a suivi un cycle complet de huit séances.

Les prestations d'homéopathie et de mésothérapie doivent être prodiguées par un docteur en médecine.

Les prestations d'acupuncture doivent être prodiguées par un docteur en médecine ou par un acupuncteur diplômé et inscrit à la Belgian Acupunctors Federation (« BAF »), à l'Association Belge des Acupuncteurs Diplômés de Chine (« ABADIC ») ou à l'European Federation for Oriental Medicine (« EUFOM »).

Les prestations de shockwave therapy doivent être prodiguées par un docteur en médecine ou un kinésithérapeute.

Les prestations de chiropraxie doivent être prodiguées par un chiropracteur membre de l'Union Belge des Chiropracteurs.

Les prestations de mindfulness therapy doivent être prodiguées par un prestataire ayant suivi une formation certifiée :

- par une université belge ou étrangère,
- par l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM),
- auprès des instructeurs formés au CFM (Center for Mindfulness, Boston),
- ou auprès d'instituts qui proposent le cursus du CFM.

Les prestations de sophrologie doivent être prodiguées par un prestataire ayant suivi une formation certifiée par le Réseau de Sophrologie Dynamique, par l'Ecole Belge de Sophrologie Fondamentale et de Relaxation ou par les écoles belges de sophrologie caycédiennne.

Exclusion

Le service n'intervient pas pour les traitements esthétiques et anti-cellulites.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du document-type établi par la mutualité, complété et signé par le prestataire, comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du prestataire - qualité du prestataire - nature de la prestation - date de la prestation.

L'intervention relative aux prestations d'ostéopathie est subordonnée à la remise d'une attestation conforme au modèle reproduit à l'annexe 7 des présents statuts.

Les demandes d'intervention relatives aux prestations d'acupuncture, d'homéopathie, de chiropraxie, de mésothérapie et d'ostéopathie peuvent également être introduites par voie digitale. Les pièces justificatives requises sont celles reprises ci-dessus.

Article 69 - Psychologie

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§1. Séances chez un psychologue.

Ce service intervient dans le coût des séances chez un psychologue, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant restant à charge du membre après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire, avec un maximum de 20 euros par séance. Elle n'est accordée qu'une seule fois par séance, qu'il s'agisse d'une thérapie individuelle ou familiale.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 16 séances et/ou bilans par bénéficiaire.

Le plafond est porté, par année civile, à 22 séances pour les bénéficiaires atteints d'une des pathologies lourdes ou chroniques figurant dans la liste reprise en annexe 2 des présents statuts.

Condition d'intervention

L'intervention est uniquement accordée pour les séances chez un psychologue licencié en psychologie ou détenteur d'un master en psychologie, chez un orthopédagogue clinicien, chez un sexologue membre de la Société des Sexologues Universitaires de Belgique ou chez un psychothérapeute reconnu avant 2016 et détenteur d'un certificat européen, dispensées dans le cadre de soins ambulatoires.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire et/ou
- d'un document/état d'honoraires complété par le prestataire comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du prestataire et mention de son titre - nature de la prestation - date de la prestation - montant à charge du membre.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, les pièces justificatives requises sont la ou les photo(s) des pièces reprises ci-dessus.

§2. Ligne d'écoute et de soutien psychologique.

Ce service intervient également, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge, en organisant une écoute et un soutien psychologique.

Plafond

L'intervention est limitée à cinq appels téléphoniques ou vidéoconférences, par année civile et par bénéficiaire.

Modalités pratiques

Lorsque le bénéficiaire s'adresse à la centrale d'assistance mise en place dans le cadre de l'accord de collaboration conclu par la mutualité avec la S.R.L. ICAS BELGIUM, la centrale offre une écoute et un soutien psychologique assurés par des psychologues diplômés, durant les plages horaires suivantes : entre 8h et 20h, du lundi au vendredi.

Chaque appel aura une durée de 45 minutes maximum.

Article 70 - Psychomotricité

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention dans le coût des séances chez un psychomotricien, en faveur des personnes à charge âgées de moins de 18 ans.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 10 euros par séance individuelle ou collective.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 750 euros par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

Ce service intervient en faveur des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.

L'intervention est accordée :

- si les séances sont dispensées chez un psychomotricien diplômé reconnu par l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones,
- si le bénéficiaire a suivi un cycle complet de huit séances,
- soit sur la base d'une prescription établie par un médecin généraliste, un pédiatre, un pédopsychiatre ou un neuro-pédiatre, soit demandée par un psychologue de centre PMS, de santé mentale ou de planning familial.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée:

- sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire
- et/ou d'un document complété par le prestataire, comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du prestataire et mention de son titre - nature de la prestation - date de la prestation - montant à charge du membre.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, les pièces justificatives requises sont la ou les photo(s) des pièces reprises ci-dessus.

Article 71 - Kinésithérapie

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention en faveur des (futures) mamans et des nouveau-nés, titulaires ou personnes à charge, pour :

- les séances de préparation à l'accouchement ;
- les soins pré- et post-natals (kinésithérapie, haptonomie, massage) à la (future) maman ou au bébé ;
- les prestations d'assistance à l'accouchement (kinésithérapie et haptonomie) lors de l'accouchement.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée pour :

- les séances de préparation à l'accouchement ;
- les soins pré- et postnatals (kinésithérapie, haptonomie, massage) prodigués à la (future) maman ou au bébé,

est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 5 euros par séance.

L'intervention accordée pour les prestations d'assistance à l'accouchement (kinésithérapie et haptonomie) s'élève au montant des frais réellement facturés.

Plafond

Les interventions cumulées de ce service sont limitées à 100 euros (100 euros par enfant en cas de naissances multiples), montant maximum cumulé dont peuvent bénéficier la maman et le(s) nouveau(x)-né(s).

Conditions d'intervention

L'intervention pour les séances de préparation à l'accouchement et les soins pré- et postnatals est uniquement accordée pour les séances données par un médecin, un(e) kinésithérapeute, un(e) infirmier/ère ou une sage-femme, au cours de la période débutant six mois avant l'accouchement et se terminant six mois après l'accouchement.

Une fausse-couche est assimilée à un accouchement.

Le paiement de l'intervention est exécuté après l'accouchement.

Exclusion

Aucune intervention n'est accordée pour les prestations d'assistance à l'accouchement lorsqu'elles font l'objet d'une intervention en assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé.

Article 72 - Ticket modérateur

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde le remboursement du ticket modérateur relatif à des soins de santé prodigués aux bénéficiaires âgés de moins de 18 ans.

Montant de l'intervention

L'intervention est égale au ticket modérateur légal, à savoir la différence entre les honoraires des prestataires servant de base au calcul du remboursement par l'assurance obligatoire et le montant remboursé par ladite assurance.

Lorsque les prestations sont prodiguées par un kinésithérapeute, l'intervention s'élève à 50% du ticket modérateur légal. Elle est toutefois égale au ticket modérateur légal pour les membres bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§1er, 2 ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Conditions d'intervention

Ce service intervient en faveur des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.

L'intervention est limitée aux consultations et visites effectuées par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste et aux prestations dispensées par un kinésithérapeute dans le cadre de soins ambulatoires.

L'intervention n'est accordée que pour autant que le bénéficiaire dispose d'un dossier médical global (DMG) ouvert auprès de son médecin traitant et valable à la date de la prestation de soins pour laquelle une intervention est demandée.

L'intervention ne peut en aucun cas être supérieure au montant restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire, le cas échéant dans le cadre du « maximum à facturer » (MAF).

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'attestation de soins dûment établie par le prestataire de soins.

Article 73 - Diététique - Nutrition

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§ 1. Séances de diététique

Ce service accorde une intervention pour les séances de diététique en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 15 euros par séance de diététique.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 4 séances par bénéficiaire.

Le plafond est porté, par année civile, à 12 séances pour les bénéficiaires atteints d'une des pathologies lourdes ou chroniques figurant dans la liste reprise en annexe 2 des présents statuts.

Conditions d'intervention

L'intervention est uniquement accordée pour les séances données par un diététicien ou un médecin nutritionniste, dispensées dans le cadre de soins ambulatoires.
L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire, ou d'une note d'honoraires.

L'intervention pour les séances supplémentaires est, en outre, subordonnée à la production d'un certificat médical attestant la pathologie et des indications de la prise en charge diététique.

Les bénéficiaires seront toutefois dispensés de cette formalité si la mutualité est déjà en possession d'un document équivalent produit dans le cadre d'une autre demande d'intervention.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, les pièces justificatives requises sont la ou les photo(s) des pièces reprises ci-dessus.

§ 2. Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales

Ce service accorde une intervention dans le prix d'achat des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 10 % du prix d'achat sans excéder le montant des frais restant à charge du membre après l'intervention de l'assurance obligatoire.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 150 euros par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée que pour les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, figurant dans la liste reprise en annexe 3 des présents statuts et prescrits par un médecin à un bénéficiaire atteint d'une des pathologies lourdes ou chroniques figurant dans la liste reprise en annexe 2 des présents statuts.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire de délivrance établi par un pharmacien et attestant la prescription de l'aliment diététique par un médecin ou d'une facture établie par la société spécialisée distribuant le produit accompagnée de la prescription médicale de l'aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales.

Le bénéficiaire devra en outre produire un certificat médical attestant de la pathologie et des indications de la prise en charge diététique, sauf si la mutualité est déjà en possession d'un document équivalent produit dans le cadre d'une autre demande d'intervention.

§ 3. Alimentation entérale par sonde

Ce service accorde une intervention destinée à couvrir les frais restant à charge des patients bénéficiant d'une alimentation entérale administrée par sonde.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 25 euros par mois.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'en cas d'intervention de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

Le paiement est automatique après intervention de l'assurance obligatoire.

Article 74 - Prévention et dépistage

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§ 1. Ce service intervient, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge, dans le coût des consultations et/ou examens liés à la prévention ou au dépistage des affections suivantes :

- cancer ;
- maladies cardio-vasculaires ;
- allergies ;
- affections respiratoires ;
- surdité du nouveau-né ;
- ostéoporose ;
- diabète ;
- troubles du sommeil ;
- ainsi que pour les bilans auditifs, les visites de contrôle chez un ophtalmologue et les examens médicaux d'aptitude à la pratique d'un sport.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 15 euros pour une consultation ou un examen lié à la prévention ou au dépistage.

Plafond

L'intervention n'est accordée que maximum trois fois par année civile, par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention pour les examens et analyses se limite aux examens et analyses prescrits par un médecin.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par un médecin (le médecin prescripteur ou le médecin prestataire) ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative

requis est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

- §2. Ce service intervient également, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge, dans le coût du test prénatal non invasif (NIPT) en vue de la détection de la trisomie 21 chez le fœtus.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par un médecin (le médecin prescripteur ou le médecin prestataire) ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

- §3. Ce service intervient également, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge, dans le coût des consultations et/ou examens liés au dépistage d'un « burn out » (syndrome d'épuisement professionnel).

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 25 euros pour l'ensemble des consultations ou examens liés au dépistage d'un « burn out ».

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois dans la vie du bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention se limite aux examens et analyses prescrits par un médecin et réalisés dans un centre spécialisé dans le diagnostic du « burn out » (Clinique du stress du CHU Brugmann, Université de Liège, Institut Européen d'intervention et de recherche sur le burn out, Clinique de la gestion du stress et du burn out du Domaine ULB-Erasme).

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par un médecin (le médecin prescripteur ou le médecin prestataire) ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité.

Article 74bis - Thérapie du sommeil

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention dans le coût d'une thérapie du sommeil et/ou dans l'achat d'un appareil pour l'apnée du sommeil, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant restant à charge du membre après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire ou toute autre intervention prévue légalement.

Plafond

L'intervention est limitée à 100 euros par bénéficiaire.

Ce montant maximum s'applique, pour un même bénéficiaire, au cours d'une période de cinq années civiles consécutives.

Condition d'intervention

L'intervention est limitée aux traitements ayant lieu dans une clinique du sommeil d'un hôpital et aux appareils pour l'apnée du sommeil achetés suite à une hospitalisation dans une clinique du sommeil d'un hôpital – pour un examen polysomnographique.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le prestataire et/ou
- d'une facture établie par le prestataire de soins.

Article 75 - Vaccins

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention dans le coût de tous les vaccins reconnus comme tels en Belgique, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant restant à charge du membre après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire ou toute autre intervention prévue légalement.

Plafond

L'intervention est limitée à 35 euros par année civile, par bénéficiaire.

Sous réserve d'une ratification par l'assemblée générale lors de sa plus proche réunion, le conseil d'administration de la mutualité pourra décider de majorer le plafond pour un type de vaccin spécifique.

Condition d'intervention

L'intervention est limitée aux vaccins reconnus comme tels en Belgique.

Pièces justificatives

Le paiement est automatique après intervention de l'assurance obligatoire.

A défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire, l'intervention est accordée sur production du BVAC ou d'une facture établie par le pharmacien et comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du pharmacien ou de l'officine pharmaceutique - identité du médecin prescripteur (ou prescription médicale jointe) - nom des produits - date de délivrance - montant des débours à charge du membre.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

Territorialité

L'intervention n'est due que si le vaccin a été acheté sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France).

Article 76 - Traitement des allergies

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention dans le coût du traitement des allergies et plus particulièrement dans le coût de tous les désensibilisants et médicaments antihistaminiques allopathiques reconnus comme tels en Belgique, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

§ 1. Désensibilisants

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant restant à charge du membre après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire ou toute autre intervention prévue légalement.

Plafond

L'intervention est limitée à 75 euros par année civile, par bénéficiaire.

Elle est accordée pour maximum cinq années civiles consécutives, tenant compte de la date des factures d'achat.

Sous réserve d'une ratification par l'assemblée générale lors de sa plus proche réunion, le conseil d'administration de la mutualité pourra décider de majorer le plafond pour un type de désensibilisant spécifique.

Limite

L'intervention n'est accordée que pour un seul traitement de désensibilisation dans la vie du bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention est limitée aux désensibilisants reconnus comme tels en Belgique.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du BVAC ou d'une facture établie par le pharmacien comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du

pharmacien ou de l'officine pharmaceutique - identité du médecin prescripteur (ou prescription médicale jointe) - nom des produits - date de délivrance - montant des débours à charge du membre.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

Territorialité

L'intervention n'est due que si le désensibilisant a été acheté sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France).

§2. Médicaments antihistaminiques allopathiques

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire, avec un maximum de 10 euros par médicament antihistaminique acheté.

Plafond

L'intervention est limitée à 50 euros par année civile, par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'en cas d'intervention de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- soit de l'attestation de fourniture (BVAC ou annexe 30) délivrée par le pharmacien et portant son cachet ;
- soit du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le bénéficiaire et le prestataire de soins.

Territorialité

L'intervention n'est due que si le médicament antihistaminique a été acheté sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France).

Article 77 - Contraception

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient dans le coût des moyens de contraception en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

L'intervention est exclusivement accordée pour les moyens de contraception suivants :

- la pilule contraceptive ;
- le patch contraceptif ;

- l'anneau vaginal ;
- le stérilet ;
- l'implant contraceptif ;
- l'injection contraceptive ;
- le diaphragme ;
- le préservatif.

Les moyens contraceptifs non-repris dans la liste ci-dessus (exemple : hormones de substitution) ne sont pas pris en considération pour une intervention. Pour le préservatif, l'intervention ne sera accordée qu'en cas d'achat en pharmacie.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée s'élève au montant restant à charge du membre après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire.

Plafond

L'intervention est limitée, par bénéficiaire, à :

- 50 euros, par année civile, pour les moyens de contraception autres que le stérilet et l'implant contraceptif ;
- 150 euros, au cours d'une période de trois années civiles consécutives, pour le stérilet et l'implant contraceptif.

L'intervention en faveur du stérilet ou de l'implant contraceptif n'est cumulable avec une intervention pour d'autres moyens contraceptifs que moyennant le respect d'un plafond annuel de 50 euros, tous moyens de contraception confondus, étant entendu que le paiement de l'intervention pour le stérilet ou l'implant contraceptif est effectué en une fois, l'année de la pose du stérilet ou de l'implant.

La date prise en compte pour calculer le plafond correspond à la date d'achat du moyen de contraception.

Pour les bénéficiaires atteintes d'endométriose, l'intervention est portée à :

- 75 euros, par année civile, pour la pilule ;
- 225 euros, au cours d'une période de trois années civiles consécutives, pour le stérilet.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- soit de l'attestation de fourniture (BVAC ou annexe 30) délivrée par le pharmacien et portant son cachet. Dans le cas des demandes de remboursement introduites pour les stérilets, implants et injections, le bénéficiaire fournira une attestation médicale.
- soit du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le bénéficiaire et le prestataire de soins.

Lorsque la bénéficiaire est atteinte d'endométriose, l'intervention complémentaire octroyée pour la pilule ou le stérilet est accordée sur production d'un certificat médical établi par un gynécologue.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la preuve de paiement de la pharmacie (BVAC).

Article 78 - Aide au sevrage tabagique

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§1. Médicaments et substituts nicotiniques

Ce service intervient dans les frais d'achat de médicaments et substituts nicotiniques, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge qui souhaitent arrêter de fumer.

Plafond

L'intervention est limitée, par bénéficiaire, à 75 euros par année civile, tous médicaments et substituts nicotiniques confondus.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée que pour les médicaments et substituts nicotiniques prescrits par un médecin et achetés en pharmacie. L'intervention est également accordée en cas d'achat via une pharmacie en ligne. Aucune intervention n'est accordée pour la cigarette électronique.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- soit de l'attestation de fourniture (document émis par le pharmacien) indiquant le médecin prescripteur, le nom du médicament ou du substitut nicotinique, la date de délivrance et le montant des débours à charge du bénéficiaire ;
- soit du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le bénéficiaire, le médecin prescripteur et le pharmacien.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la facture de la pharmacie, ainsi qu'une photo de la prescription médicale.

Territorialité

Lorsque l'achat est effectué via une pharmacie en ligne, il est présumé avoir lieu en Belgique.

§2. Suivi chez un tabacologue

Ce service intervient dans le coût d'une séance chez un tabacologue, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 25 euros. Cette intervention s'applique pour un même bénéficiaire au cours d'une période de deux années civiles consécutives.

Condition d'intervention

L'intervention est uniquement accordée pour les séances chez un docteur en médecine ou un tabacologue reconnu, licenciés en psychologie ou praticiens d'une profession de soins de santé ayant satisfait au test final d'une formation en tabacologie, organisée par les A.S.B.L. Fonds des Affections respiratoires (FARES) ou Vlaamse Vereniging voor respiratoire Gezondheidszorg en tuberculosebestrijding (VRGT).

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production d'un document/état d'honoraires complété par le prestataire, comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire - identité du prestataire et mention de son titre - nature de la prestation - date de la prestation - montant à charge du membre.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

Article 78bis - Addictologie

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge, dans le coût des consultations et/ou examens liés au bilan / dépistage précoce d'une addiction.

Montant de l'intervention

L'intervention est égale au ticket modérateur légal, à savoir la différence entre les honoraires des prestataires servant de base au calcul du remboursement par l'assurance obligatoire et le montant remboursé par ladite assurance.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 50 euros par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention se limite aux examens et analyses dispensés dans tout centre d'addictologie situé en Belgique.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par un médecin ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité.

Article 79 - Formations de secourisme

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge, dans le coût d'une des formations pour particuliers suivantes, dispensées par la Croix-Rouge de Belgique et/ou par la Ligue Francophone Belge de sauvetage :

- secourisme ;

- recyclage secourisme ;
- premiers secours ;
- BEPS ;
- réanimation bébé ;
- 3 minutes pour sauver une vie ;
- premiers secours en route ;
- défibrillation.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 20 euros.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une fois par vie, par bénéficiaire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de tout document établi et signé par la Croix Rouge de Belgique ou à la Ligue Francophone Belge de Sauvetage comportant les mentions suivantes : identité du bénéficiaire – paiement à la Croix Rouge de Belgique ou à la Ligue Francophone de Sauvetage – date du paiement.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de la pièce justificative reprise ci-dessus.

Article 80 - Diabète

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§1. Affiliation à une association de patients diabétiques

Ce service accorde aux bénéficiaires, titulaires ou personnes à charge, atteints du diabète, une intervention dans les frais d'affiliation auprès de l'association de patients diabétiques « Association Belge du Diabète » (ABD), A.S.B.L. ou de la « Vlaamse Diabetes Vereniging » A.S.B.L.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant des frais d'affiliation à charge du membre.

Plafond

L'intervention est limitée à 35 euros par année civile, par bénéficiaire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production d'une preuve de paiement de la cotisation d'affiliation (quittance ou carte de membre nominative).

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de la pièce justificative reprise ci-dessus.

§2. Aide à l'achat de tigettes, lancettes, aiguilles à insuline et patchs pour capteur de glycémie

Ce service accorde une intervention dans les frais d'achat de tigettes, lancettes, aiguilles à insuline et patchs pour capteur de glycémie en faveur des bénéficiaires, titulaires ou personnes à charge, atteints du diabète.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 50% du prix à charge du membre.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 160 euros par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

Cette intervention n'est accordée que si le bénéficiaire :

- dispose d'un DMG (dossier médical global)
- et
- bénéficie d'un suivi d'un patient diabétique de type 2 s'agissant de l'achat de tigettes et de lancettes
 - bénéficie soit d'un suivi d'un patient diabétique de type 2, soit d'une convention du diabète, soit d'un trajet de soins diabète s'agissant de l'achat d'aiguilles à insuline
 - bénéficie d'une convention du diabète s'agissant de l'achat de patchs pour capteur de glycémie.

Pièce justificative

L'intervention est accordée sur production de la facture d'achat ou du BVAC.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

Article 81 - Équipement de protection pour grands brûlés

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention en faveur des bénéficiaires, titulaires ou personnes à charge, grands brûlés, qui ont besoin d'un équipement de protection.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 50% de la facture.

Plafond

L'intervention est limitée à 500 euros par année civile, par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- d'une prescription médicale précisant la protection nécessaire et la justifiant,
- d'une facture originale.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, les pièces justificatives requises sont les photos des pièces reprises ci-dessus.

Article 82 - Perruques

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux bénéficiaires, titulaires ou personnes à charge, souffrant de calvitie, une intervention dans les frais d'achat d'une perruque.

Montant de l'intervention

L'intervention est égale au montant de l'intervention accordée par l'assurance obligatoire.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'en cas d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

Le paiement est automatique après intervention de l'assurance obligatoire.

Article 83 - Vêtements adaptés pour les patients atteints d'un cancer ou de la maladie de Crohn ou stomisés

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux bénéficiaires, titulaires ou personnes à charge, souffrant d'un cancer ou de la maladie de Crohn ou stomisés, une intervention pour l'achat de vêtements adaptés.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 75 euros.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une fois par année civile.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de toute autre pièce probante admise par la mutualité attestant l'engagement d'une dépense.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de la pièce reprise ci-dessus.

Article 84 - Audition

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient, en faveur des titulaires et des personnes à charge, dans les frais d'achat d'un appareil auditif, dans les frais de souscription d'une assurance omnium pour cet appareil et dans les frais d'achat de bouchons d'oreille sur mesure.

§1. Achat d'un appareil auditifMontant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 60 euros par oreille.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois tous les 5 ans.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée que si le placement de l'appareil auditif a fait l'objet d'un accord du médecin-conseil en vue d'une intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

Le paiement est automatique après intervention de l'assurance obligatoire.

§2. Achat de bouchons d'oreilleMontant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 30 euros par paire de bouchons.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois tous les 5 ans, par paire de bouchons.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée que si les bouchons ont été réalisés sur mesure par un audiologue agréé par l'INAMI.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le fournisseur ou de la facture d'achat.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

Article 85 – Suivi après cancer

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux bénéficiaires titulaires et personnes à charge ayant subi un cancer, une intervention dans le coût des séances de soutien et d'aide à la réintégration sociale et professionnelle réalisées dans le cadre du programme RESTART de l'A.S.B.L. Oncobulle.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 40 euros par séance.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 2 séances par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention est uniquement accordée en faveur des séances réalisées dans le cadre du programme RESTART de l'A.S.B.L. Oncobulle.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée par le biais du « tiers-payant » : le prestataire déduit de la facture présentée au membre le montant de l'intervention accordée dans le cadre de l'assurance complémentaire et demande ensuite à la mutualité le remboursement de ladite intervention.

Article 86 - Fonds d'entraide

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service vise à octroyer une intervention financière aux membres confrontés à des difficultés financières et qui ne peuvent faire face à des frais ponctuels en conséquence de leur état de santé, d'un traitement médical ou de soins.

L'intervention est accordée pour des dépenses précédant la demande de maximum 12 mois, exposées en Belgique, pour les raisons suivantes :

- **achat et placement de prothèses dentaires ;**
- **achat de prothèses auditives ;**
- **achat de produits d'optique : verres correcteurs ou lentilles correctrices ;**
- **frais d'hospitalisation de longue durée (plus de 7 jours), à l'exception des hospitalisations en chambre particulière ;**
- **frais de transport de malades lorsque le plafond prévu à l'article 87 des présents statuts est atteint ou lorsque les frais ne donnent pas lieu à l'intervention de l'assurance complémentaire.**

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 50% des frais restant à charge du membre après l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire, de l'assurance complémentaire, de tout autre type d'assurance ou en vertu d'une législation ou

d'une réglementation spécifique.

Plafond

L'intervention est limitée à 1.000 euros par année civile et par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention est subordonnée à une décision d'une commission ad hoc. Elle ne pourra toutefois pas être refusée s'il est satisfait aux conditions statutaires et s'il y a suffisamment de moyens disponibles.

L'intervention n'est accordée que si le ménage mutualiste a épuisé toutes les possibilités de prise en charge de la dépense par l'assurance obligatoire, l'assurance complémentaire, tout autre type d'assurance ou en vertu d'une législation ou réglementation spécifique (communautaire ou régionale notamment) et que le montant des frais restant à charge du membre dépasse 250 euros.

En outre, l'intervention n'est accordée que moyennant la preuve écrite d'un refus motivé d'intervention du CPAS ou de toute autre institution, pour des raisons autres qu'administratives.

La demande d'intervention doit être introduite auprès du service social de la mutualité.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- **des factures des dépenses concernées (un devis n'est pas suffisant) ;**
- **du dernier avertissement-extrait de rôle ;**
- **de toutes les preuves des revenus et des dépenses fixes ;**
- **du refus d'intervention du CPAS ou de la Fondation contre le cancer ;**
- **de tout autre document pouvant justifier l'octroi d'une intervention du fonds d'entraide.**

Article 87 - Transport des malades

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient dans les frais exposés par les titulaires et les personnes à leur charge pour un déplacement vers ou venant d'un établissement hospitalier, un centre de réhabilitation ou une institution de convalescence.

Montant de l'intervention

Lorsque le membre fait appel à un transporteur agréé par la mutualité, l'intervention s'élève à 50% du prix de la distance kilométrique sur la facture. Cette intervention est portée à 75% pour les membres bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1er, 2 ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et à 100% pour les patients dialysés ou suivant un traitement d'oncologie, consultations « follow-up » comprises.

Lorsque le membre fait appel à un transporteur non agréé par la mutualité, l'intervention s'élève à 30% du prix de la distance kilométrique sur la facture. Cette intervention est portée à 50% pour les membres bénéficiant 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 et à 100% pour les patients dialysés ou suivant un traitement d'oncologie, consultations « follow-up » comprises.

La liste des transporteurs agréés par la mutualité figure à l'annexe 10 des présents statuts et en fait partie intégrante.

Elle peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;
- ladite 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.

Pour le transport urgent au sens de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente effectué en hélicoptère médicalisé, l'intervention s'élève à 50% des frais restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire.

Plafond

L'intervention est limitée à 750 euros par année civile, par bénéficiaire.

Ce plafond est porté à 250 euros par mois pour les patients dialysés ou suivant un traitement d'oncologie, consultations « follow up » comprises.

Pour le transport urgent effectué en hélicoptère médicalisé, un plafond distinct de 1.000 euros par année civile, par bénéficiaire, est appliqué.

Conditions d'intervention

Le transport pour lequel l'intervention est demandée doit être justifié par une hospitalisation, des soins ambulatoires, une revalidation, des séances dans le cadre d'un traitement de dialyse ou d'oncologie ou une admission ou une sortie d'une institution de convalescence.

Pour le transport non urgent, l'intervention n'est accordée que si le transport a été effectué en ambulance, en hélicoptère médicalisé, en taxi, via un chauffeur Uber, en service de transport adapté ou dans le cadre d'un service de transport bénévole organisé.

Pour le transport urgent, l'intervention n'est accordée que si le transport a été effectué en hélicoptère médicalisé.

L'intervention ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais de transport restant à charge du membre après l'intervention de l'assurance obligatoire.

On entend par « hospitalisation », l'admission dans :

- un hôpital général (établissement hospitalier agréé sous le numéro 710) ;
- un hôpital psychiatrique (établissement hospitalier agréé sous le numéro 720) ;
- un hôpital militaire ;
- un service hospitalier équipé spécialement pour les soins des grands brûlés ;
- une unité de soins palliatifs reconnue.

L'hospitalisation de jour est considérée comme une hospitalisation.

Les interventions du service 100/112, les frais de transport des donneurs pour une transplantation de moëlle osseuse ou de plaquettes sanguines, à l'exception de l'autotransfusion sont toujours censés concerner une admission en milieu hospitalier.

On entend par « soins ambulatoires », les prestations dispensées de manière ambulatoire par un médecin et/ou un kinésithérapeute pour autant que ces prestations soient réalisées dans un établissement hospitalier reconnu par l'INAMI ou dans une polyclinique liée à cet établissement.

On entend par « centre de revalidation », les centres conventionnés par l'INAMI.

On entend par « institution de convalescence », une institution reconnue par la mutualité et figurant sur la liste reprise en annexe 4 des statuts.

Le montant de l'intervention est limité au parcours du domicile ou de la résidence du bénéficiaire, ou encore de l'endroit de l'accident à l'établissement hospitalier et le retour au domicile ou la résidence du malade ou une institution de convalescence.

Le service n'intervient dans les frais facturés par une société d'ambulances que si cette société a effectivement effectué le transport du bénéficiaire.

Lorsque le membre fait appel à un transporteur agréé par la mutualité via la centrale d'assistance mentionnée *infra*, l'intervention est accordée par le biais du « tiers-payant » : le transporteur déduit de la facture présentée au membre le montant de l'intervention accordée dans le cadre de l'assurance complémentaire et demande ensuite à la mutualité le remboursement de ladite intervention.

Exclusions

Le service n'intervient pas pour un transport justifié par :

- un séjour dans un établissement de cures thermales ;
- une hospitalisation psychiatrique ouverte (numéros de service 35, 36, 38, 39, 42, 43) ;
- une consultation dans un cabinet privé ;
- des prestations médicales tenant à l'esthétique, sauf si ces prestations sont couvertes par l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

Hors les cas où le tiers-payant s'applique, l'intervention est accordée sur production d'un document (original ou copie) détaillant les frais pour lesquels une intervention est demandée : facture en cas de transport en ambulance ou en hélicoptère, ticket ou reçu du transporteur en cas de transport en taxi, via un chauffeur Uber ou en service de transport adapté.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la preuve de paiement.

Centrale d'assistance

Pour les transports non urgents, les titulaires et les personnes à leur charge peuvent contacter une centrale d'assistance qui analyse le besoin et propose le mode de transport le plus approprié.

Pour l'organisation de cette centrale, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec la Croix-Rouge de Belgique - Communauté francophone, fondation d'utilité publique. Des accords de collaboration ont également été conclus avec Patients Assistance A.S.B.L., Solumob Volontaires A.S.B.L. et I-Mens A.S.B.L. pour l'organisation du transport non urgent de malades.

Article 88 - Séjour temporaire en maison de repos ou en maison de repos et de soins

Numéro de code de classification (O.C.M.): 15

Ce service accorde en faveur des titulaires et des personnes à leur charge une intervention en cas de séjour temporaire dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins, agréée par l'INAMI.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 30 euros par jour.

Plafond

L'intervention est limitée à 14 jours par année civile et par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée que si la période de séjour temporaire dans la maison de repos ou la maison de repos et de soins n'est pas suivie directement par une admission de longue durée (plus de 3 mois).

Article 89 - Garde à domicile de personnes malades ou handicapées

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service a pour but d'offrir un court répit au membre, titulaire ou personne à charge, reconnu en qualité d'« aidant proche Partenamut », en intervenant dans les frais de séjour, au domicile, d'une personne formée à l'accompagnement des personnes :

- atteintes d'une des maladies suivantes :
- autisme

- accident vasculaire cérébral, thrombose, embolie
- arthrose, arthrite, polyarthrite
- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- cancer
- diabète
- épilepsie
- fibromyalgie/Ehler Danlos
- maladie mentale (schizophrénie, troubles bipolaires, anxiété, dépression, burn-out)
- maladie de Parkinson
- maladies cardiaques
- maladie d'Alzheimer, maladie neurodégénérative ou apparentée
- sclérose en plaques
- sclérose en plaques amyotrophique

ou

- reconnues comme personnes handicapées par le SPF Sécurité sociale ou par une agence régionale d'intégration des personnes handicapées.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée s'élève au montant de la facture et est octroyée au membre malade ou reconnu handicapé.

Plafond

L'intervention est limitée à 1.000 euros par année civile et par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée que si le membre malade ou reconnu handicapé bénéficie de l'aide d'un « aidant proche Partenamut ».

Article 90 - Coaching scolaire

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une intervention pour les séances de coaching scolaire en faveur des bénéficiaires reconnus en qualité d'« aidant proche » percevant des allocations familiales.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 20 euros par séance de coaching scolaire.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 5 séances par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention est uniquement accordée pour les séances dispensées par un coach scolaire membre de l'European Mentoring & Coaching Council (« EMCC »).

L'intervention est accordée jusqu'à la fin de la perception des allocations familiales.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production :

- soit d'une facture établie par le prestataire ;
- soit de toute autre pièce probante admise par la mutualité. Doivent y figurer : le nom du bénéficiaire - le nom et la qualité du prestataire - les dates des séances - le prix payé et le type de prestation.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo de l'une des pièces reprises ci-dessus.

Article 91 - Séjour de convalescence ou de répit

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde en faveur des titulaires et des personnes à leur charge une intervention :

- pour un séjour d'une durée limitée dans une institution de convalescence agréée par la mutualité et figurant en annexe 4 des statuts,
- pour un séjour de répit organisé par AccessAndGo-ABP A.S.B.L.

Une intervention est également prévue dans les frais de séjour de l'aidant proche Partenamut qui accompagne la personne en perte d'autonomie pendant son séjour.

§1. Séjour de convalescenceMontant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 35 euros par jour.

Elle s'élève également à 35 euros par jour pour l'aidant proche Partenamut accompagnant et est octroyée au membre avec autonomie limitée, sauf si la personne accompagnée n'est pas affiliée à la mutualité, auquel cas l'intervention est octroyée à l'aidant proche Partenamut, membre de la mutualité.

Ces interventions sont accordées par le biais du « tiers-payant » : l'institution de convalescence déduit de la facture présentée au membre le montant de l'intervention accordée dans le cadre de l'assurance complémentaire et demande ensuite à la mutualité le remboursement de ladite intervention.

Plafond

L'intervention est limitée à 14 jours par année civile et par bénéficiaire. Une prolongation de 14 jours maximum est néanmoins autorisée dans les cas où le retour à domicile s'avère trop complexe en raison de l'indisponibilité d'un aidant proche ou d'un service de soins et d'aide à domicile. Cette prolongation bénéficie également à l'accompagnant reconnu en qualité d'« aidant proche Partenamut ».

Conditions d'intervention

L'intervention est accordée aux personnes :

- ayant été hospitalisées (hospitalisation ou hospitalisation de jour) ;

- ayant suivi un traitement lourd (séances de chimiothérapie ou rayons ionisants) ou astreintes à des séances de dialyse ;
- dépendantes dans les actes de la vie quotidienne (besoin d'aide pour se laver, se déplacer, aller aux toilettes, etc.) et/ou ayant besoin de soins (soins infirmiers, soins de kinésithérapie, etc.).

Le séjour doit avoir été effectué dans une institution de convalescence agréée par la mutualité. La liste des institutions de convalescence agréées par la mutualité figure à l'annexe 4 des présents statuts et en fait partie intégrante.

Elle peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;
- ladite 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.

L'intervention est subordonnée à l'octroi par la mutualité d'un accord préalable. Elle ne pourra toutefois pas être refusée s'il est satisfait aux conditions statutaires et s'il y a suffisamment de moyens disponibles.

La demande de séjour de convalescence doit être introduite auprès du département d'aide aux personnes de la mutualité au moyen d'un formulaire contenant tous les éléments médicaux et/ou sociaux nécessaires à la prise de la décision. Si la demande est motivée par une hospitalisation, elle doit être introduite dans les deux mois qui suivent l'hospitalisation. Si nécessaire, le département d'aide aux personnes prendra contact avec le demandeur pour l'obtention d'informations complémentaires.

L'accord a une durée de validité de deux mois, sauf si l'institution de convalescence concernée limite les possibilités de réservation à un terme inférieur.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de la facture de l'institution de convalescence.

§2. Séjour de répit

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 35 euros par jour.

Elle s'élève également à 35 euros par jour pour l'accompagnant reconnu en qualité d'« aidant proche Partenamut ». Cette intervention est octroyée au membre avec autonomie limitée, sauf si la personne accompagnée n'est pas affiliée à la mutualité, auquel cas l'intervention est octroyée à l'aidant proche Partenamut, membre de la mutualité.

Plafond

L'intervention est limitée à 28 jours par année civile et par bénéficiaire, tant pour le bénéficiaire avec autonomie limitée que pour l'aidant proche Partenamut.

Conditions d'intervention

Le séjour pour lequel une intervention est demandée doit être organisé par l'A.S.B.L. AccessAndGo-ABP.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de la facture établie par l'A.S.B.L. AccessAndGo-ABP.

§3. Disposition commune

Les interventions prévues aux §§ 1 et 2 peuvent être cumulées entre elles, moyennant le respect d'un plafond total de 28 jours par année civile et par bénéficiaire, tant pour le bénéficiaire avec autonomie limitée que pour l'accompagnant reconnu en qualité d'« aidant proche Partenamut ».

Article 92 - Accueil en centre de jour et/ou de nuit

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient dans les frais d'accueil du titulaire ou d'une personne à sa charge dans un centre de jour et/ou de nuit spécialisé dans l'accueil de personnes âgées ou handicapées. Une intervention est également prévue pour la personne qui accompagne le bénéficiaire âgé ou handicapé reconnu en qualité d'« aidant proche Partenamut ».

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 6 euros par jour/nuit. Elle s'élève également à 6 euros par jour/nuit pour l'aidant proche Partenamut et est octroyée au bénéficiaire âgé ou handicapé, sauf si ce dernier n'est pas affilié à la mutualité, auquel cas l'intervention est octroyée à l'aidant proche Partenamut.

Plafond

L'intervention est limitée à 50 jours/nuits par année civile, tant pour le bénéficiaire âgé ou handicapé que pour l'aidant proche Partenamut qui l'accompagne.

Condition d'intervention

Le service n'intervient que si le centre de jour et/ou de nuit fait l'objet d'une reconnaissance :

- par l'INAMI en ce qui concerne les centres de soins de jour et/ou de nuit spécialisés dans l'accueil des personnes âgées ; ou
- par une des Communautés - ou par l'organisme auquel elles ont délégué leur compétence en la matière - en ce qui concerne les centres de jour et/ou de nuit spécialisés dans l'accueil des personnes handicapées.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'original d'une facture ou d'une note de frais.

Article 93 - Séjour de revalidation ou programme multidisciplinaire pour personnes atteintes d'un cancer ou de la sclérose en plaques

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient dans les frais d'accueil du titulaire ou d'une personne à sa charge dans un centre de revalidation pour personnes atteintes d'un cancer ou de la sclérose en plaques ou dans les frais de participation à un programme multidisciplinaire favorisant la revalidation ou la réintégration.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 75 % du coût restant à charge du bénéficiaire.

Plafond

L'intervention est limitée, par bénéficiaire, à 200 euros par année civile.

Conditions d'intervention

Le service intervient pour les séjours de revalidation ou les programmes pluridisciplinaires, organisés par la mutualité ou à son initiative, en accompagnement de patients et/ou de leur entourage (partenaire, conjoint ou membre de la famille apparenté jusqu'au second degré), qui souffrent ou ont souffert d'un cancer ou de la sclérose en plaques et qui favorisent la réintégration dans la société ou visent à adoucir les effets des traitements.

Le service intervient également dans les frais d'un programme de revalidation oncologique organisé par un hôpital reconnu par les pouvoirs publics.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'original d'une facture ou d'une note de frais.

Article 94 - Soins palliatifs à domicile

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service intervient en faveur des titulaires et des personnes à leur charge dont le séjour à domicile est encadré par un service spécialisé de soins palliatifs.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 150 euros. L'intervention est renouvelable une fois.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée que si une intervention est accordée dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée automatiquement sur production des pièces justificatives requises pour l'obtention de l'intervention en assurance obligatoire.

Article 95 - Garde des enfants malades à domicile

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service a pour but d'organiser la garde à domicile d'enfants malades et d'intervenir dans les frais de garde.

Plafond

L'intervention est limitée à dix-huit jours par année civile et par enfant inscrit à charge d'un titulaire cotisant à l'assurance complémentaire.

Pour une même maladie, l'intervention est limitée à trois jours ouvrables maximum.

Conditions d'intervention

L'enfant pour qui l'intervention est demandée doit être inscrit à charge du titulaire pour l'assurance complémentaire et être âgé de 3 mois au moins et de moins de 15 ans.

Le titulaire doit :

- être domicilié en Belgique ;
- être en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire au moment où il est fait appel au service.

Exclusions

Aucune intervention ne sera accordée pour :

- les enfants atteints d'une maladie chronique ;
- les enfants atteints d'une maladie nécessitant des soins médicaux requérant la présence permanente d'un service infirmier ou d'une infirmière au domicile ;
- les enfants atteints d'une maladie relevant de l'hospitalisation à domicile. Par hospitalisation à domicile, il faut comprendre le cas d'un enfant qui, atteint d'une maladie lourde ne relevant pas de la compétence d'un(e) garde d'enfants malades, nécessite au moins deux visites du médecin par jour.

Modalités pratiques en cas de garde organisée dans le cadre de l'accord de collaboration conclu par la mutualité avec Manpower Personal Services S.A.

Lorsque le membre s'adresse à la centrale d'assistance mise en place dans le cadre de l'accord de collaboration conclu par la mutualité avec Manpower Personal Services S.A., la centrale organise la garde de l'enfant à son domicile dans les limites suivantes :

- entre 7h00 et 19h00, avec un minimum de cinq heures et un maximum de dix heures par jour ;
- à concurrence de trois jours ouvrables maximum pour une même maladie ;
- du lundi au vendredi.

Aucune garde ne sera assurée les jours fériés, pendant les repos hebdomadaires et les congés légaux des bénéficiaires.

Ce service n'est en aucun cas un service de baby-sitting et n'est pas conçu pour les convenances personnelles des bénéficiaires.

La fourniture d'une garde à domicile dans les 24 heures de l'appel ne pourra pas être garantie dans les cas exceptionnels d'épidémies ou de force majeure.

Pour bénéficier de la garde, le membre devra remettre un certificat médical indiquant la période de maladie. Il devra également communiquer les coordonnées du médecin traitant.

Le membre restant en défaut de fournir le certificat médical se verra refuser toute nouvelle garde au cours de la même année civile.

Le membre contribue aux frais de garde de l'enfant à concurrence de 3 euros par heure de garde ; une heure de garde entamée est considérée comme une heure entière de garde. Si la garde excède neuf heures, le membre s'acquittera d'une contribution de 10 euros par heure de garde à partir de la 10^e heure.

Le membre s'acquitte de sa contribution au moyen du bulletin de virement qui lui est envoyé par la mutualité.

Le membre annulant une demande de garde moins de douze heures avant le début de la garde sera redevable d'un montant de 35 euros à titre de frais d'annulation. L'absence de l'enfant au moment où la garde se présente à son domicile est considérée comme une annulation.

Le membre restant en défaut de payer sa contribution aux frais de garde après deux rappels ne pourra plus faire appel à ce service jusqu'au jour de la réception du paiement inclus.

Montant de l'intervention pour les frais de garde organisée en dehors de l'accord de collaboration conclu par la mutualité

Lorsque la garde n'a pas été organisée à l'initiative de la centrale d'assistance mise en place dans le cadre de l'accord de collaboration conclu par la mutualité, le service intervient dans les frais de garde exposés par le parent, pour autant que celui-ci ait fait appel à un service organisé ou subsidié par les pouvoirs publics.

Le montant de l'intervention s'élève au montant des frais à charge du parent, à l'exception d'une contribution de 3 euros par heure de garde, cette contribution étant portée à 10 euros par heure de garde à partir de la 10^e heure de garde.

En aucun cas, l'intervention accordée ne pourra dépasser l'intervention maximale prévue par les statuts dans le cas où le membre a fait appel au tiers avec lequel la mutualité a conclu un accord de collaboration.

L'intervention est accordée sur production d'un certificat médical et de l'original de la facture ou note de frais.

Article 96 - Aides familiales et ménagères

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service a pour buts :

- d'aider les membres à obtenir l'assistance d'une aide familiale auprès des services agréés par le ministère compétent et la mutualité ;
- d'octroyer aux membres une intervention dans les frais résultant de cette assistance et restant à leur charge.

§ 1. Recours à une aide familiale ou ménagère pour raisons de santé ou raisons sociales

Le service intervient dans le coût des prestations d'une aide familiale ou ménagère à domicile, reconnue par les pouvoirs publics, ou dans la prise en charge de titres-services ou de « chèques A.L.E. » (ci-après « les titres »).

Montant de l'intervention

L'intervention accordée au membre est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 0,75 euro par heure ou par titre.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 1.000 heures/titres.

Conditions d'intervention

Le recours à une aide familiale ou ménagère doit être justifié par des raisons de santé ou des raisons sociales.

L'intervention est octroyée uniquement aux membres bénéficiant 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.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de la facture ou de la preuve de paiement.

La mutualité se réserve le droit de demander la production d'une attestation du médecin-traitant ou d'un(e) assistant(e) social(e) confirmant que l'état de santé du bénéficiaire ou sa situation sociale nécessite le recours à une aide familiale ou ménagère. A défaut de production d'un tel document, le service cessera d'intervenir à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la demande de production d'une attestation.

§ 2. Recours à une aide familiale ou ménagère en cas d'accouchement, d'hospitalisation d'un enfant ou d'adoption

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant des prestations d'une aide familiale ou ménagère, reconnue par les pouvoirs publics, ou des titres services ou « chèques A.L.E. » (ci-après les titres) pour autant que ces prestations soient dispensées ou ces titres acquis

- dans le mois qui précède ou dans les 3 mois qui suivent l'accouchement,

- dans les 3 mois qui suivent le début d'une hospitalisation, de plus de huit jours, d'un enfant en service pédiatrie, ou néonatal ou en service pour prématurés,
- dans les 3 mois qui suivent une adoption.

Plafond

L'intervention est limitée à 200 euros par année civile et par bénéficiaire (400 euros en cas de naissance multiple).

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de la facture ou de la preuve de paiement.

§ 3. Recours à une aide familiale ou ménagère en cas de traitement de longue durée (oncologie, dialyse)

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant de l'intervention prestée par une aide familiale ou ménagère, reconnue par les pouvoirs publics, ou des titres services ou « chèques A.L.E. ».

Lorsque l'intervention est octroyée dans le cas d'un traitement de radiothérapie ou d'immunothérapie, les titres-services ou chèques « A.L.E. » doivent être acquis dans les trois mois qui suivent le début du traitement.

Plafond

L'intervention est limitée à 300 euros par année civile et par bénéficiaire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de la facture ou de la preuve de paiement.

§4. Recours à une aide familiale ou ménagère par un aidant proche Partenamut

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant de l'intervention prestée par une aide familiale ou ménagère, reconnue par les pouvoirs publics, ou des titres services ou « chèques A.L.E. » acquis par le membre, titulaire ou personne à charge, reconnu en qualité d'« aidant proche Partenamut ».

Plafond

L'intervention est limitée à 350 euros par année civile et par bénéficiaire.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de la facture ou de la preuve de paiement.

Article 97 - Subventionnement de structures socio-sanitaires : centres d'aide familiale
 Numéro de code de classification (O.C.M.) : 38

Ce service a pour but de soutenir des centres d'aide familiale en leur qualité de structure socio-sanitaire au sens de l'article 1er, 5° de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, 6° alinéa de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

A cet effet, le service peut accorder aux centres d'aide familiale, mentionnés ci-après, un subside dont le montant maximal est fixé annuellement.

Ce montant maximal peut, le cas échéant, être adapté par décision du conseil d'administration pour autant que :

- la décision du conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités par lettre recommandée ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- lesdites décisions soient reprises avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Ce service n'accorde aucun avantage ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

Le membre de la mutualité qui s'adresse à ces centres ne bénéficie pas d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes y faisant appel.

Sont renseignés ci-dessous, les centres d'aide familiale subsidiés, de même que leur objet social tel que prévu par leurs statuts, et le montant maximal du subside susceptible d'être accordé pour l'année en cours :

- Aide à Domicile en Milieu Rural (en abrégé ADMR) A.S.B.L. a pour but d'apporter une aide à tout individu, famille, personne âgée ou handicapée pour résoudre toute difficulté quotidienne découlant de l'accomplissement, au sens le plus large, de leurs tâches familiales et ménagères.

Elle met, dans cette perspective, à la disposition des personnes précitées un personnel qualifié capable de les accompagner tel notamment aides familiales, aides ménagères, gardes à domicile, assistants sociaux, employés administratifs,...

Pour réaliser ce but, l'association, notamment :

- organise l'action des prestataires par l'intermédiaire de ses antennes régionales ;
- organise des sessions de formation continue pour l'ensemble du personnel ;
- collabore à toute initiative tendant à coordonner des soins intégrés à domicile au sens le plus large ;
- participe à un travail de réseau entourant le bénéficiaire de l'aide ;
- participe à toute autre initiative sociale.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 35.500 euros :

- ADMR - Dinant : 5.000 euros
- ADMR - Bertrix : 7.200 euros
- ADMR - Chimay : 1.500 euros
- ADMR - Verviers : 5.500 euros
- ADMR - Huy : 15.000 euros
- ADMR - Tournai : 1.250 euros.

Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 35.500 euros :

- ADMR – Dinant : maximum 5.000 euros
- ADMR – Bertrix : maximum 7.200 euros
- ADMR – Chimay : maximum 1.500 euros
- ADMR – Verviers : maximum 5.500 euros
- ADMR – Huy : maximum 15.000 euros
- ADMR – Tournai : maximum 1.250 euros

- Le Centre Familial de Verviers A.S.B.L. a pour but social d'accompagner, de soutenir et de venir en aide à toute famille ou personne vivant seule qui, suite à une perturbation intervenue dans son existence, se retrouve en situation difficile ou dans des conditions de précarité sociale, économique, affective, médicale ou organisationnelle.
Pour ce faire, elle mettra tout en œuvre, et prioritairement à travers un service d'aides familiales, pour concevoir, organiser et gérer toute organisation ou service qui puisse répondre à cet objectif, ou collaborer avec toute institution œuvrant dans ce sens, et à quelque niveau institutionnel que ce soit.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 1.750 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 1.750 euros.

- Le Centre Familial de Braine-l'Alleud et des Environs A.S.B.L. a pour but d'intervenir auprès des familles, personnes âgées, malades ou handicapées, en difficulté, en mettant à leur disposition des aides familiales, des aides seniors ou toute autre personne, capables de les assister ou de les remplacer dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 9.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 9.000 euros.

- L'Office d'Aide aux Familles Luxembourgeoises A.S.B.L. a pour but de promouvoir l'aide à domicile sous toutes ses formes à la disposition des familles, des personnes âgées ou handicapées.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 5.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 5.000 euros.

- Le Service Familial de Charleroi A.S.B.L. a pour but de promouvoir le service familial sous toutes ses formes, notamment par l'organisation de prestations au profit de personnes en perte d'autonomie qui se trouvent confrontées à des difficultés de la vie quotidienne.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 5.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 5.000 euros.

- Le Service d'Aide à domicile A.S.B.L. a pour but l'organisation d'un service d'aide aux Familles et aux Personnes Agées. Le but de ce service, dans son activité d'aide à la vie quotidienne, est de seconder ou de remplacer les personnes qui éprouvent des difficultés à accomplir leurs tâches familiales et ménagères en raison d'une maladie, d'un handicap ou de circonstances sociales ou familiales particulières.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 50.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 80.000 euros.

- Le Service Provincial d'Aide Familiale A.S.B.L. a pour but d'organiser sur le territoire de la Province de Namur, l'aide et/ou le maintien au domicile de la population de ladite Province. Elle se destine notamment à réaliser les activités suivantes : l'organisation globale du travail des aides familiaux ainsi que l'organisation globale du travail du personnel entrant dans le cadre des titres services.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 12.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 12.000 euros.

- Le Centre Indépendant d'Aide aux Familles (en abrégé C.I.A.F.) A.S.B.L. a pour buts d'organiser, dans un esprit pluraliste, au bénéfice des familles et des personnes âgées moins favorisées sur le plan socio-économique :
 - un service d'aide familiale à domicile
 - un service d'aide-ménagère
 - un service de garde malades
 - un service de garde d'enfants
 - un service de transports de personnes et de matériel médico-social
 - un service mobile de tâches administratives d'assurance maladie-invalidité pour compte de mutualités
 - tout autre service médico-social nécessaire au bien-être des familles.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 200.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 150.000 euros.

- Aide et Service à Domicile Enghien et Environs A.S.B.L. a pour objet l'organisation d'un service d'aide aux familles et aux personnes âgées, afin de maintenir à domicile les personnes âgées, les handicapés et les convalescents et d'aider les familles éprouvant des difficultés dans l'exécution des tâches ménagères. A ces fins, elle met à la disposition des intéressés des personnes capables de les assister et les soutenir dans les tâches familiales et les travaux ménagers.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 1.250 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 1.250 euros.

- Le Centre familial de Bruxelles A.S.B.L. a pour but de venir en aide aux familles, aux personnes handicapées et aux personnes âgées, en mettant à leur disposition des aides familiaux, ménagers ou autres capables d'assister les personnes dans leurs tâches familiales et ménagères et qui, tant pour le recrutement que pour l'exercice de leur activité, devront satisfaire aux exigences du statut des aides familiaux, ménagers ou autres.

L'association a également comme but social l'insertion socioprofessionnelle de demandeurs d'emploi difficiles à placer, par la prestation de services ou la production de biens à destination des habitants, des collectivités, des entreprises.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 250.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 250.000 euros.

- Le Centre familial de la Région wallonne A.S.B.L. a pour but de prendre toute initiative pouvant se révéler nécessaire en vue de mettre à la disposition de familles, personnes âgées et/ou handicapées, des aides familiales ou toute autre personne capable de leur apporter une aide.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à 65.000 euros. Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à 65.000 euros.

Article 98 - Location de matériel

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service a pour buts :

- de faciliter l'accès des membres à du matériel médical et sanitaire par l'organisation d'un service de location de matériel ;
- d'accorder une intervention aux bénéficiaires, dans le prix du loyer porté en compte pour la location de matériel médical et sanitaire.

Les bénéficiaires sont les titulaires et personnes à charge qui :

- soit ont besoin de matériel adapté en raison de leur état de santé ;
- soit accueillent un membre de leur famille malade ou handicapé, quelle que soit la nature de la maladie ou du handicap.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 50 % du loyer. En aucun cas, l'intervention accordée en cas de recours à un service de location externe ne peut être supérieure à l'intervention accordée en cas de recours au service de location de la mutualité.

Restent à la charge du bénéficiaire :

- les frais de transport ;
- les frais de réparation pour les dégâts qui seraient occasionnés durant la période de location.

Certains articles, tels que précisés à l'annexe 8 des présents statuts, sont mis gratuitement à la disposition des bénéficiaires, pendant une période de 90 jours maximum. Il s'agit :

- d'articles liés à la naissance et à la petite enfance (0-3 ans inclus) ;
- d'articles destinés à des bébés prématurés pris en charge par « L'Etoile des Enfants », cellule pédiatrique de l'A.S.B.L. Centre de coordination Vivre à Domicile Hainaut.

Pour bénéficier de ces avantages, le bénéficiaire devra s'adresser au service de location de la mutualité.

Aucune intervention n'est accordée en cas de recours au service de location organisé par l'A.S.B.L. C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles, auprès duquel les membres bénéficient de loyers réduits, renseignés à l'annexe 8 des présents statuts, en application de l'accord de collaboration conclu par la mutualité.

La liste du matériel pouvant être loué à l'A.S.B.L. C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles figure à l'annexe 8 des présents statuts et en fait partie intégrante.

Elle peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;
- ladite 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.

Plafond

Lorsque le bénéficiaire s'est adressé à un service de location autre que le service de location de la mutualité, l'intervention est limitée à 75 euros par année civile.

Pièce justificative

L'intervention est accordée sur présentation de la facture.

Article 99 - Vente de matériel

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service a pour but de faciliter l'accès des membres à du matériel médical et sanitaire, par l'organisation d'un service de vente de matériel.

La liste du matériel disponible à la vente figure à l'annexe 9 des présents statuts et en fait partie intégrante.

Elle peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;
- ladite 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.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec la S.C.R.L. Union des Centres Médicaux Intermutualistes (UCMI).

Article 100 - Télé-assistance

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service a pour buts :

- de permettre aux bénéficiaires, titulaires et personnes à charge, de faire appel à un service de télé-assistance ;
- d'octroyer aux bénéficiaires une intervention dans les frais résultant de cette assistance et restant à leur charge.

La téléassistance est un système ayant pour but d'assurer la sécurité des personnes en cas de chute, de malaise ou d'accident. Concrètement, il s'agit pour la personne concernée de porter un pendentif ou un bracelet spécial muni d'un bouton qu'il lui suffit d'actionner en cas de problème pour contacter la centrale d'alarme.

Modalités pratiques

Afin de pouvoir bénéficier de ce service, le bénéficiaire ou son représentant doit :

- signer un contrat de prêt ou d'achat du matériel de télé-assistance avec l'A.S.B.L. « Télé-Secours »;
- s'acquitter d'une quote-part dans les frais.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 2 euros par mois, sans pouvoir excéder le montant des frais à charge du bénéficiaire.

L'intervention est accordée par le biais du « tiers-payant » : le prestataire déduit de la facture présentée au membre le montant de l'intervention accordée dans le cadre de l'assurance complémentaire et demande ensuite à la mutualité le remboursement de ladite intervention.

Article 101 - Aide à l'aménagement du domicile

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

§1. Ergothérapie.

Ce service permet aux bénéficiaires, titulaires ou personne à charge, dont l'état de santé ou le handicap rend nécessaire un aménagement de leur domicile, de bénéficier des conseils d'un ergothérapeute. La nécessité de l'aménagement est appréciée au regard de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) entérinée par l'O.M.S.

Modalités pratiques

Pour bénéficier de ce service, le bénéficiaire doit s'adresser au département d'aide aux personnes de la mutualité.

§2. Aide à l'aménagement du domicile.

Ce service intervient dans les frais exposés pour l'aménagement du domicile d'un titulaire ou d'une personne à charge, dont l'état de santé ou le handicap rend cet aménagement nécessaire. La nécessité de l'aménagement est appréciée au regard de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) entérinée par l'O.M.S.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée s'élève au montant à charge du bénéficiaire.

Plafond

L'intervention est limitée, tous aménagements confondus, à 350 euros dans la vie du bénéficiaire.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée que si l'aménagement a été réalisé à la suite d'un rapport rédigé par un ergothérapeute à la demande de la mutualité et si la facture relative à cet aménagement est émise dans les deux ans suivant la réalisation du rapport.

Le bénéficiaire pour qui l'intervention est demandée doit être âgé de 65 ans au moins à la date à laquelle a été rédigé le rapport de l'ergothérapeute.

Modalités pratiques

Pour bénéficier de ce service, le bénéficiaire doit s'adresser au département d'aide aux personnes de la mutualité.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur présentation de la facture et du rapport de l'ergothérapeute.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'A.S.B.L. C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles.

Article 102 - Subventionnement de structures socio-sanitaires : promotion de la santé et de l'aide sociale

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 38

Ce service a pour but de soutenir des associations ayant pour but la promotion de la santé ou de l'aide sociale, en leur qualité de structure socio-sanitaire au sens de l'article 1er, 5° de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, 6° alinéa de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

A cet effet, le service peut accorder :

- à l'A.S.B.L. « ROSA » (BCE n° 0745.832.604), dont le but est la promotion et la prévention de la santé - définie comme le bien-être physique, psychique et social - de la population, ayant pour objets :
 - o l'accompagnement des patients dans leurs « trajets de soins » en leur facilitant l'accès à des informations dans le domaine de la santé et des couvertures d'assurance santé, et

- la création d'applications logicielles facilitant les contacts et le partage d'informations entre patients, praticiens de la santé et des soins de santé
- à l'A.S.B.L. « C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles », dont le but est de promouvoir la santé, la sécurité, l'aide sociale et le bien-être général de toute personne, ayant pour objet le développement et le déploiement de tous types d'activités en lien avec :
 - l'information et la prévention santé,
 - l'aide, sous toute forme - matérielle, financière, médicale ou morale - aux personnes fragilisées par leur état de santé (maladie, handicap, mal-être, perte d'autonomie, etc.), leur âge, leur environnement socio-économique et/ou leur environnement socio-culturel,
 - l'inclusion sociale des personnes fragilisées,
 - le soutien, sous toute forme, matérielle, financière, médicale ou morale, aux personnes qui apportent au quotidien leur aide à une personne malade, handicapée, en perte d'autonomie ou à une personne âgée,
 - l'organisation et la coordination de tous types de services d'aide sociale, de nature à favoriser le maintien à domicile de personnes malades, handicapées, en perte d'autonomie ou âgées,
 - l'innovation dans le domaine de la santé et/ou de l'aide sociale,
 - le soutien, sous toute forme - financière, matérielle ou intellectuelle - à toutes initiatives, associations ou entreprises poursuivant un but similaire à celui de l'association,

un subside dont le montant maximal est fixé annuellement.

Ce montant maximal peut, le cas échéant, être adapté par décision du conseil d'administration pour autant que :

- la décision du conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités par lettre recommandée ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- lesdites décisions soient reprises avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Ce service n'accorde aucun avantage ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

Il n'a pas davantage pour objet d'accorder au membre de la mutualité qui s'adresse à ces associations d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes qui y font appel.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à :

- 1.800.000 euros pour l'A.S.B.L. « ROSA » ;
- 200.000 euros pour l'A.S.B.L. « C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles ».

Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à :

- 2.000.000 euros pour l'A.S.B.L. « ROSA » ;
- 200.000 euros pour l'A.S.B.L. « C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles ».

Article 103 - Subventionnement de structures socio-sanitaires : centres de coordination de soins et de services à domicile

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 38

Ce service a pour but de soutenir des centres de coordination de soins et de services à domicile en leur qualité de structure socio-sanitaire au sens de l'article 1er, 5° de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, 6° alinéa de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

A cet effet, le service peut accorder à l'A.S.B.L. Centre de coordination Vivre à Domicile Hainaut (en abrégé « VAD-H »), à l'A.S.B.L. Centre de coordination Vivre à Domicile Brabant wallon (en abrégé « VAD-BW »), à l'A.S.B.L. Vivre à Domicile en province de Namur (en abrégé « VAD Namur »), à l'A.S.B.L. Centre Familial de Bruxelles, Service d'Aides Familiales, ménagères ou autres (en abrégé « CFB ») et à l'A.S.B.L. Centre de coordination Vivre à Domicile - Province de Liège (en abrégé « VAD-PLG ») - dont l'objet social, tel que prévu par ses statuts, est de coordonner des soins et des services à domicile ou de fournir à la population un service de guidance et de relais en matière de soins et service à domicile - un subside dont le montant maximal est fixé annuellement.

Ce montant maximal peut, le cas échéant, être adapté par décision du conseil d'administration pour autant que :

- la décision du conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités par lettre recommandée ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- lesdites décisions soient reprises avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Ce service n'accorde aucun avantage ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

Le membre de la mutualité qui s'adresse à ces centres ne bénéficie pas d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes y faisant appel.

Le subside accordé en 2023 s'élevait à :

- 285.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile Hainaut ;
- 285.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile Brabant Wallon ;
- 175.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile – Province de Liège ;
- 15.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile en province de Namur ;
- 245.000 euros pour le Centre familial de Bruxelles, Service d'Aides Familiales, ménagères ou autres.

Pour l'année 2024, le montant maximal du subside susceptible d'être accordé s'élève à :

- 285.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile Hainaut ;
- 285.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile Brabant Wallon ;
- 150.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile – Province de Liège ;
- 15.000 euros pour le Centre de coordination Vivre à Domicile en province de Namur ;
- 250.000 euros pour le Centre familial de Bruxelles, Service d'Aides Familiales, ménagères ou autres.

Article 104 - Service social

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 37

Ce service a pour but d'offrir, aux membres, titulaires et personnes à charge, 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.

Avantage

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

Moyens

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

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, plus particulièrement :

- l'arrêté du Collège réuni de la Commission Communautaire commune du 9 décembre 2004 relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des centres d'aide aux personnes ;
- 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.

Article 105 - Naissance et adoption

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde une allocation à la naissance ou lors de l'adoption d'un enfant faisant partie du ménage du titulaire et inscrit à sa charge en assurance obligatoire.

Montant de l'intervention

L'allocation accordée est une allocation forfaitaire. Elle s'élève à 350 euros.

Condition d'intervention

Pour bénéficier de l'allocation de naissance ou d'adoption, le titulaire doit être en ordre de cotisation le jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

Pièces justificatives

L'allocation est accordée sur production d'un extrait ou d'une copie d'un extrait d'acte de naissance ou d'adoption ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité.

Territorialité

L'allocation est due quel que soit le territoire national sur lequel la naissance a eu lieu.

Article 106 - Loisirs

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

La mutualité organise un service qui coordonne et intervient financièrement dans le coût de séjours et d'activités récréatives en vue de permettre à ses bénéficiaires de trouver équilibre et épanouissement dans la vie sociale.

§ 1. Règle générale

Ce service intervient en faveur des bénéficiaires âgés de moins de 19 ans ou qui bénéficient d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap, qui participent à des camps organisés par des mouvements de jeunesse, des classes de neige, classes de mer ou classes vertes, des stages sportifs, culturels, linguistiques, des voyages scolaires ou des plaines de jeux.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève au montant des frais réellement exposés par le membre.

Plafond

L'intervention est limitée, par bénéficiaire, à 11,50 euros par jour et à 115 euros par année civile. Pour les bénéficiaires d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap, l'intervention est limitée à 12,50 euros par jour et à 250 euros par année civile.

L'intervention est accordée pour autant que le membre soit affilié à la mutualité et en règle de cotisation le premier jour du séjour.

Les jeunes doivent faire l'objet d'une surveillance organisée durant le séjour.

Pièces justificatives

Le paiement de l'intervention est subordonné à la remise de tout document ou attestation permettant d'identifier avec certitude l'organisateur de l'activité.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la preuve de paiement.

Territorialité

L'intervention est accordée pour les activités organisées dans un pays membre de l'Union Européenne, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, en Norvège, en Islande, au Lichtenstein, au Royaume-Uni et en Suisse.

§2. Séjours organisés par un organisme agréé

Ce service intervient également en faveur des bénéficiaires âgés de moins de 19 ans ou qui bénéficient d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap, qui participent à des séjours récréatifs et de santé en Belgique et à l'étranger, à des échanges avec des jeunes d'autres communautés, à des événements "jeunes", ainsi qu'aux animations et services autour de questions permettant de promouvoir le mieux-être et la qualité de la vie chez les jeunes.

Montant de l'intervention

L'intervention s'élève à 10% du montant des frais réellement exposés par le membre pour tous les stages organisés par les organismes agréés, à l'exception des séjours organisés par BDK Stages Sportifs S.A. et BDK Organisation A.S.B.L.

Elle est toutefois portée à 20% ou 40 % pour certains séjours organisés par Vacances Vivantes - Formation et loisirs des jeunes A.S.B.L, dont la liste est reprise sur le site internet de la mutualité et/ou disponible en agences, à savoir :

- Les merveilles d'hiver avec Olaf à Saint-Idesbald, pour les 3 à 6 ans
- My Little pony à Chevetogne, pour les 5 à 7 ans
- Arts Kids à Saint-Idesbald, pour les 6 à 9 ans
- Scratch Junior – spécial Harry Potter à Petite-Chapelle, pour les 6 à 12 ans
- Poney Club à Chevetogne, pour les 8 à 12 ans
- Néerlandais ou Anglais – spécial Harry Potter à Petite-Chapelle, pour les 8 à 12 ans
- Histoires animées à Saint-Idesbald pour les 9 à 12 ans
- Arts du spectacle à Saint-Idesbald pour les 12 à 18 ans
- Equitation à Chevetogne pour les 12 à 18 ans
- Néerlandais ou anglais à Petite-Chapelle pour les 12 à 18 ans
- Bricoler écolo et rigolo à Petite-Chapelle pour les 6 à 9 ans
- Gaming Junior – spécial Harry Potter à Petite-Chapelle pour les 6 à 12 ans
- Gaming à Petite-Chapelle pour les 12 à 18 ans
- Youtubers Camp à Petite-Chapelle pour les 12 à 18 ans
- Ski à Nassfeld en Autriche pour les 8 à 18 ans

L'intervention s'élève à 20 % pour les stages résidentiels à l'étranger organisés par BDK Stages Sportifs S.A. et BDK Organisation A.S.B.L.

Pour les séjours organisés par un organisme agréé, l'intervention peut être accordée par le biais du « tiers-payant ». Dans ce cas, l'organisme déduit de la facture présentée au membre le montant de l'intervention accordée dans le cadre de l'assurance complémentaire et demande ensuite à la mutualité le remboursement de ladite intervention.

Plafond

L'intervention n'est accordée qu'une fois par année civile.

Conditions d'intervention

L'intervention n'est accordée que pour autant que le séjour ou l'activité soit organisé par un organisme agréé par la mutualité, figurant sur la liste reproduite en annexe 5 des statuts.

L'intervention est accordée pour autant que le membre soit affilié à la mutualité et en règle de cotisation le premier jour du séjour ou de l'activité.

Pour les séjours organisés par Vacances Vivantes - Formation et loisirs des jeunes A.S.B.L., et sélectionnés par la mutualité, l'intervention n'est accordée qu'aux bénéficiaires âgés de 3 ans à 18 ans inclus à la date du début du séjour.

Pour les séjours organisés par BDK Stages Sportifs S.A. et BDK Organisation A.S.B.L., et sélectionnés par la mutualité, l'intervention n'est accordée qu'aux bénéficiaires âgés de 7 ans à 18 ans inclus à la date du début du séjour.

Pièce justificative

L'intervention est accordée sur présentation d'une attestation de participation dûment complétée et signée par l'organisme agréé ou de toute autre pièce probante admise par la mutualité.

Territorialité

L'intervention est accordée pour les activités organisées dans un pays membre de l'Union Européenne, en Norvège, en Islande, au Lichtenstein, au Royaume-Uni et en Suisse.

§ 3. Disposition commune.

Les interventions prévues aux §§ 1 et 2 peuvent être cumulées entre elles.

Article 107 - Activités sportives

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux titulaires et aux personnes à leur charge une intervention dans certains frais liés à l'inscription à un club sportif, l'abonnement à une application sportive et à la participation à des challenges sportifs.

Sont entendues comme « activités sportives » toutes activités répondant au sens habituel de cette notion, lesquelles sont caractérisées par une composante physique non négligeable.

§1. Inscription à un club sportif

Ce service accorde aux titulaires et aux personnes à leur charge une intervention dans les frais d'inscription à un club sportif.

Par club sportif, il y a lieu d'entendre, toute association affiliée à une fédération sportive belge ou d'un pays limitrophe, mettant à disposition de ses adhérents, l'infrastructure et l'encadrement nécessaires à la pratique d'une activité sportive.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée s'élève au montant des frais d'inscription au club sportif.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 50 euros par bénéficiaire. L'année civile prise en considération correspond à la date de prise de cours de l'abonnement sportif.

Les interventions prévues aux §§ 1 et 2 peuvent être cumulées entre elles, moyennant le respect d'un plafond total de 50 euros par année civile et par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention est accordée pour autant que le bénéficiaire soit en ordre de cotisation le jour du paiement des frais d'inscription au club sportif.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur remise de la copie de la carte personnelle d'affiliation au club sportif, de l'attestation d'inscription ou de toute preuve de paiement ou du document fourni par la mutualité.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la preuve de paiement.

Territorialité

Le club sportif auprès duquel est prise l'inscription doit être situé sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France).

§2. Abonnement à une application sportive

Ce service accorde aux titulaires et aux personnes à leur charge une intervention dans le coût d'un abonnement annuel à des applications sportives en ligne.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 20 euros par année civile.

Plafond

Les interventions prévues aux §§ 1 et 2 peuvent être cumulées entre elles, moyennant le respect d'un plafond total de 50 euros par année civile et par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'en cas d'abonnement annuel à une des applications suivantes :

- Strava ;
- Fizz Up ;
- Asana Rebel ;

- Freeletics ;
- ForMyFit.

Cette liste peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;
- ladite 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.

Pièces justificatives

La demande d'intervention ne peut être introduite que par voie digitale. L'intervention est accordée sur production de la facture.

§3. Challenges sportifs

Ce service accorde aux titulaires et aux personnes à leur charge une intervention dans les frais d'inscription à un challenge sportif.

Par challenge sportif, il y a lieu d'entendre toute activité, événement, compétition ponctuelle qui implique une activité sportive et pour laquelle une participation financière est requise.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée s'élève au montant des frais d'inscription au challenge sportif.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 30 euros par bénéficiaire et à 10 euros par challenge.

Condition d'intervention

L'intervention est accordée pour autant que le bénéficiaire soit en ordre de cotisation le jour du paiement des frais d'inscription au challenge.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur remise de l'attestation d'inscription ou de toute preuve de paiement ou du document fourni par la mutualité.

Lorsque la demande d'intervention est introduite par voie digitale, la pièce justificative requise est une photo du formulaire spécifique dûment complété et signé ou de la preuve de paiement.

Territorialité

Le challenge sportif auprès duquel est prise l'inscription doit être situé sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France).

Article 108 - Abonnement à une application médicale en ligne

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux titulaires et aux personnes à leur charge une intervention dans le coût d'abonnement à des applications médicales en ligne dans un cadre de prévention ou de revalidation.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée s'élève au montant du coût de l'abonnement à l'application médicale.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 20 euros par bénéficiaire.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée que :

- si l'application santé est reconnue par m-healthBelgium,
- ou sur production d'une prescription médicale,
- ou si l'application santé est reconnue par Partenamut.

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production du formulaire-type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le médecin prescripteur, ou, s'il s'agit d'une application reconnue par mHealthBelgium ou par Partenamut, de la preuve de paiement.

Article 109 - Abonnement à une application de santé mentale

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

Ce service accorde aux titulaires et aux personnes à leur charge une intervention dans le coût d'un abonnement annuel à des applications de santé mentale en ligne.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 20 euros par année civile.

Condition d'intervention

L'intervention n'est accordée qu'en cas d'abonnement annuel à une des applications suivantes :

- Headspace ;
- Calm ;
- Insight Timer ;
- Petit BamBou ;
- MedItBe.

Cette liste peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- 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 ;

- ladite 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.

Pièces justificatives

La demande d'intervention ne peut être introduite que par voie digitale. L'intervention est accordée sur production de la facture.

Article 110 - Défense des membres

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 15

La mutualité organise en faveur des titulaires et des personnes à leur charge un service de conseil juridique.

Ce service a pour buts :

- de conseiller les membres dans leurs différends avec les prestataires de soins et les hôpitaux ou, éventuellement, dans leurs actions envers ceux-ci ;
- de donner un avis aux membres et les conseiller pour obtenir la couverture des soins et la garantie d'avantages pécuniaires les plus appropriés;
- de fournir tous les renseignements et informations utiles afin de réaliser les buts précédents ;
- de mettre en place, si nécessaire, une médiation avec les prestataires et hôpitaux ;
- d'agir en justice ou auprès des autorités compétentes, si opportun, avec l'accord des membres, afin d'assurer la défense de leurs intérêts vis-à-vis des tiers dans les cas et les limites autorisés par la loi, et notamment par l'article 39 de la loi du 6 août 1990.

Article 111 - Information aux membres

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 37

Ce service a pour but l'octroi d'informations en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social des membres.

Il a notamment pour objet :

- de favoriser l'éducation des membres à la santé, en leur donnant accès à des informations et conseils généraux ou personnalisés,
- de les encourager à recourir à des formules de santé moins onéreuses sans toutefois nuire à la qualité de celles-ci ;
- d'informer les membres quant à leurs droits et obligations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 112 - Service patrimonial

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 93

La mutualité organise un service patrimonial qui a pour but de financer l'acquisition et la location des biens mobiliers et immobiliers nécessaires au bon fonctionnement de la mutualité.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec Partena Promeris A.S.B.L. et Solidarité et Santé A.S.B.L.

Le montant consacré au financement de ce service s'élevait, en 2023, à 2.316.946,37 euros.

Le montant maximal consacré au financement de ce service s'élève, en 2024, à 2.550.000 euros.

Ce montant maximal peut, le cas échéant, être adapté par décision du conseil d'administration pour autant que :

- la décision du conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités par lettre recommandée ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- lesdites décisions soient reprises avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Article 113 - Service administratif - centre de répartition

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 98/1

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

Article 114 - Service administratif - réserve frais d'administration assurance obligatoire

Numéro de code de classification (O.C.M.) : 98/2

Le service administratif visé sous le code 98/2, distinct du service administratif (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 des mutualités sont également attribués à ce service visé sous le code 98/2.

Section 4 - Cotisations

Article 115 - Taux de cotisations

- A. Le montant annuel de la cotisation due par les membres pour l'assurance complémentaire est repris en annexe 1 des présents statuts.
- B. Ce montant peut varier en fonction du statut social au sens de l'article 37, §§ 1, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et de la composition du ménage mutualiste au sens de l'arrêté royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéas 2 à 4 de la loi du 26 avril 2010.

La cotisation est due dès le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'affiliation en qualité de titulaire. Lorsque l'inscription s'opère dans le cadre d'une mutation ou d'un transfert, la cotisation est due dès le premier jour du trimestre de la prise de cours de la mutation ou du transfert.

Article 116 - Modalités de paiement des cotisations et procédure de rappel

La cotisation pour l'assurance complémentaire telle que visée à l'article 7 des présents statuts est due par mois. Toutefois, elle est payable annuellement, sauf si le membre opte pour le système de la domiciliation bancaire, auquel cas elle peut être payée semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, au choix du membre. A défaut de choix exprimé, le paiement par domiciliation sera mensuel.

Les membres restant en défaut de paiement de leurs cotisations se verront adresser un rappel qui, après non-paiement dans le délai imparti, pourra enclencher une procédure de recouvrement par un bureau d'encaissement. L'activation de cette procédure de recouvrement induira la majoration des cotisations dues d'un forfait de 50 euros au titre de frais de recouvrement.

Les membres en retard de vingt-et-un mois dans le paiement de leur cotisation pour l'assurance complémentaire se verront adresser, au plus tard dans le courant du mois qui suit ce vingt-et-unième mois, une lettre de rappel les invitant à s'acquitter dans les dix jours de l'envoi de la lettre de rappel du paiement de leur cotisation et les informant de la suppression du bénéfice des avantages de l'assurance complémentaire au terme du vingt-quatrième mois de non-paiement des cotisations.

CHAPITRE X

Recettes – Dépenses – Affectation des fonds

Article 117 - Comptabilité - Recettes et dépenses

La mutualité tient sa comptabilité conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

1. les cotisations mentionnées à l'article 115 des présents statuts ;
2. les subsides des pouvoirs publics ;
3. les dons et legs ;
4. les intérêts des fonds placés ainsi que le bénéfice sur titres réalisés afférents à chacun d'eux ;
5. les fonds provenant des sociétés mutualistes dissoutes ;
6. les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux.

En vertu de l'article 78, alinéa 1^{er}, points 3° et 4° de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1 et 5 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités :

- les produits financiers doivent être répartis entre les services complémentaires et groupes de services complémentaires, sur la base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces différents services ou groupe de services ;
- si en début d'exercice la somme des disponibilités d'un service ou d'un groupe de services est négative, aucune part n'est attribuée mais un intérêt débiteur peut être imputé à ce service ou à ce groupe de services, à hauteur du taux d'intérêt moyen effectif des revenus des placements pour l'exercice considéré.

Chaque service doit supporter entièrement ses frais de fonctionnement et les dépenses résultant de l'application des présents statuts.

Article 118 - Affectation et placement de l'avoir social

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

Les fonds sociaux sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière.

Article 119 - Réviseur d'entreprise

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale désigne un réviseur d'entreprise choisi sur une liste de réviseurs agréés par l'Office de Contrôle des Mutualités. Cette désignation est effectuée sur la proposition de l'union nationale et est subordonnée à l'accord préalable de l'Office de contrôle des Mutualités.

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

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

Le réviseur assiste à l'Assemblée Générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même.

Le réviseur a le droit de prendre la parole à l'Assemblée Générale concernant les points se rapportant à ses tâches.

CHAPITRE XI

Collaborations avec des tiers

Article 120 - Collaborations avec des tiers

Conformément à l'article 43 de la loi du 6 août 1990, le Conseil d'Administration fait rapport, au moins une fois par an, à l'Assemblée Générale :

- sur la collaboration avec des tiers, quelle que soit la forme de cette collaboration,
- le cas échéant, sur la manière dont ont été utilisés les moyens financiers qui ont été apportés par la mutualité pour cette collaboration.

La collaboration visée est celle qui concerne l'exercice des missions des mutualités qui leur sont confiées par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, ainsi que la mise à disposition de la mutualité de biens et prestations par une entité liée, afin de réaliser ces missions.

Lorsque la collaboration concerne des entités liées à la mutualité, telles que définies par l'Office de contrôle des mutualités, le rapport le mentionne, ainsi que la nature des liens existant entre la mutualité et le tiers.

Le rapport et le procès-verbal de l'Assemblée Générale concernée sont transmis à l'Office de contrôle des mutualités dans le délai que ce dernier détermine.

CHAPITRE XII

Modifications des statuts - Fusion – Dissolution et liquidation - Cessation d'un service

Article 121 - Modifications des statuts

Les statuts ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la loi du 6 août 1990.

Il ne peut être décidé sur toute modification statutaire que si la moitié des membres de l'Assemblée Générale est présente ou représentée et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

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

Article 122 - Fusion

La mutualité peut fusionner avec une autre mutualité faisant partie de la même union nationale.

La fusion fait l'objet d'une délibération de l'Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet conformément aux dispositions de l'article 44 de la loi du 6 août 1990.

Article 123 - Dissolution et liquidation

La mutualité peut être dissoute sur décision de l'Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet conformément aux dispositions de l'article 45 de la loi du 6 août 1990.

En cas de dissolution, la liquidation et le partage des éventuels actifs résiduels doivent être opérés conformément aux articles 46, 46bis, 47 et 48 § 2 de la loi du 6 août 1990.

Article 124 - Cessation d'un ou de plusieurs services

En cas de cessation d'un ou de plusieurs services visés à l'article 2 B. des présents statuts, l'Assemblée Générale décide de l'affectation des actifs résiduels de ces services conformément à l'article 48 § 1^{er} de la loi du 6 août 1990.

CHAPITRE XIII**Entrée en vigueur****Article 125** - Entrée en vigueur

Les présents statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale moyennant approbation par l'Office de contrôle des mutualités.

Assemblée générale 28/06/2023

Annexe 1 : Tableau de cotisations au 1^{er} janvier 2024 (fichier ETAC)

Consulter une déclaration 509 - BRUXELLES

Définition et Statut	
Version: 2024/1	Statut: D - créé, pas contrôlé
Date d'approbation: 28/06/2023	Commentaire: <input type="text"/>
Date d'application: 01/01/2024	

▼ A. Cotisations propres

Code	Services Nom	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
			Cotisations normales	
			Cat.1	Cat.2
15	Autres opérations	63-96,98-101, 105-110	117,00	117,00
37/01	Information aux membres	111	0,84	0,84
37/02	Service social	104	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	97,102-103	6,36	6,36
93	Patrimoine	112	4,80	4,80
98/01	Centre administratif : centre de répartition	113	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	114	32,52	32,52
Total			161,52	161,52

Annexe 2 - Liste des pathologies lourdes ou chroniques donnant lieu aux interventions visées aux articles 68, 69§1, 73 §1 et §2

1	Maladie d'Alzheimer
2	Cancer
3	Transplantation d'organe
4	Infirmes moteurs cérébraux (IMC) / Hémiparésie
5	Insuffisance rénale chronique
6	Insuffisance respiratoire chronique (BPCO)
7	Maladie neuromusculaire
8	Mucoviscidose
9	Obésité (BMI > 25 ou percentile > 85)
10	Sclérose en plaques
11	Sida
12	Grand brûlé
13	Maladie de Crohn / Rectocolite Ulcéro-hémorragique (RCUH)
14	Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)
15	Diabète
16	Dénutrition
17	Burn out
18	Endométriose
19	Maladie de Parkinson
20	Cirrhose du foie suite à une hépatite

Annexe 3 - Liste des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales donnant lieu à l'intervention visée à l'article 73 § 2

Nom du produit	Société
Calshake	Fresenius Kabi
Clinutren CEREAL	Nestlé Clinical Nutrition
Clinutren eau gélifiée	Nestlé Clinical Nutrition
Clinutren G Diabète	Nestlé Clinical Nutrition
Clinutren MIX	Nestlé Clinical Nutrition
Clinutren Thickened Drink	Nestlé Clinical Nutrition
Cubitan	Nutricia
Delical boisson fruitée	BS Nutrition
Delical Calciprotéine	BS Nutrition
Delical crème dessert HP édulcorée	BS Nutrition
Delical crème dessert HP HC sans lactose	BS Nutrition
Delical crème dessert La Floridine	BS Nutrition
Delical Effimax 2.0	BS Nutrition
Delical HP-HC	BS Nutrition
Delical Maltodextrine	BS Nutrition
Delical MAX 300	BS Nutrition
Delical poudre de protéines	BS Nutrition
Delical Renal Instant	BS Nutrition
Diasip	Nutricia
Enlive Plus Drink	Abbott
Enrich Plus Drink	Abbott
Ensure Plus crème	Abbott
Ensure Plus Drink	Abbott
Ensure Plus Fresh	Abbott
Ensure Plus HP	Abbott
Ensure twocal	Abbott
Fantomalt	Nutricia
Forticare	Nutricia
Fortimel Compact	Nutricia
Fortimel Compact Fibre	Nutricia
Fortimel Compact Protein	Nutricia
Fortimel Creme	Nutricia
Fortimel Extra	Nutricia
Fortimel Fruit	Nutricia
Fortimel Jucy	Nutricia

Fortimel Regular	Nutricia
Fortimel Soup	Nutricia
Frebini Energy Drink	Fresenius Kabi
Frebini Energy Fibre Drink	Fresenius Kabi
Fresubin 2 kcal Crème	Fresenius Kabi
Fresubin 2 kcal drink	Fresenius Kabi
Fresubin 2 kcal Fibre drink	Fresenius Kabi
Fresubin 5 kcal Shot	Fresenius Kabi
Fresubin crème	Fresenius Kabi
Fresubin DB crème	Fresenius Kabi
Fresubin DB Drink	Fresenius Kabi
Fresubin Dessert fruit	Fresenius Kabi
Fresubin Eau gélifiée avec sucre	Fresenius Kabi
Fresubin Eau gélifiée sans sucre	Fresenius Kabi
Fresubin Energy Drink	Fresenius Kabi
Fresubin Energy Fibre Drink	Fresenius Kabi
Fresubin Hepa Drink	Fresenius Kabi
Fresubin Jucy Drink	Fresenius Kabi
Fresubin Protein Energy Drink	Fresenius Kabi
Fresubin Protein Powder	Fresenius Kabi
Fresubin Thickened Stage 1	Fresenius Kabi
Fresubin Thickened Stage 2	Fresenius Kabi
Fresubin Yocrème	Fresenius Kabi
Geliodiet (eau gélifiée édulcorée)	BS Nutrition
Geliodiet (eau gélifiée sucrée)	BS Nutrition
Glucerna	Abbott
Glucerna SR	Abbott
Glutamine Plus	Fresenius Kabi
Impact Oral	Nestlé Clinical Nutrition
Kabi Glutamine	Fresenius Kabi
Modulen IBD	Nestlé Clinical Nutrition
Multi-Thick	Abbott
Nepro	Abbott
Nutilis	Nutricia
Nutilis Aqua	Nutricia
Nutilis Clear	Nutricia
Nutilis complete Stage 1	Nutricia
Nutilis complete Stage 2	Nutricia

Nutilis complete Stage 3	Nutricia
Nutilis Powder	Nutricia
Nutra'cake	BS Nutrition
Nutrical	Nutricia
Nutridrink	Nutricia
Nutridrink Multifibres	Nutricia
NutriDrink Smmothie	Nutricia
Nutridrink Yoghurt Style	Nutricia
NutriniDrink Multi fibre	Nutricia
NutriniDrink Multi Fibre	Nutricia
Oral Impact	Nestlé Clinical Nutrition
Pediasure	Abbott
Pediasure Fibre	Abbott
Pediasure Plus	Abbott
Pediasure Plus Fibre	Abbott
Peptamen	Nestlé Clinical Nutrition
PreOp	Nutricia
Prosure	Abbott
Protifar	Nutricia
Provide Xtra Drink	Fresenius Kabi
Pulmocare	Abbott
Renilon 4.0	Nutricia
Renilon 7.5	Nutricia
Resource 2.0	Nestlé Clinical Nutrition
Resource 2.0 Fibre	Nestlé Clinical Nutrition
Resource dessert	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Dextrine Maltose	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Diabet	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Energy	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Energy fruit	Nestlé Clinical Nutrition
Resource fruit	Nestlé Clinical Nutrition
Resource HP HC	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Instant Protein	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Junior	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Meritene Complete	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Optifibre	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Protein Instant	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Repair	Nestlé Clinical Nutrition

Resource Senior Activ	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Soup	Nestlé Clinical Nutrition
Resource Thickenup Clear	Nestlé Clinical Nutrition
Respifor	Nutricia
Scandishake Mix	Nutricia
Souvenaid	Nutricia
Suplena	Abbott
Supportan Drink	Fresenius Kabi
Thick & Easy	Fresenius Kabi
Vivonex TEN	Nestlé Clinical Nutrition

Annexe 4 - Liste des institutions de convalescence agréées par la mutualité (articles 87 et 91)

Cité Sérine	Rue de la Consolation, 79-83	1030 Bruxelles
La Séniorie du Sart-Tilman	Route du Condroz 406	4031 Liège-Angleur
Domaine de Nivezé	Route du Tonnelet 76	4900 Spa
Le Belvédère	Avenue Reine Astrid 28	4910 Theux
Résidence Saint-Thomas de Villeneuve	Rue Eugène Falmagne 111	5170 Lustin
Résidence Dr J. Hustin	Rue de l'Hôpital 9	6030 Marchienne-au-Pont
Koninklijke Villa	Koningstraat 79	8400 Oostende
Dunepanne	Maria Hendrikalaan 5	8420 De Haan
Résidence du Château d'Or	Rue du Château d'Or 12	1180 Uccle
Résidence du Souverain	Boulevard du Souverain 139	1160 Auderghem
Résidence Le Sagittaire	Rue Vanderkindere 235	1180 Uccle
Résidence Paul Delvaux	Chaussée de Boitsfort 61	1170 Watermael-Boitsfort
Résidence Château Chenois	Chemin des Postes 260	1410 Waterloo
Résidence Hespérides (Les Jardins du Bultia)	Rue du Bultia, 45	6280 Gerpennes
Résidence Héliades (Les Jardins du Bultia)	Rue du Bultia, 39	6280 Gerpennes
Résidence Harmonia (Les Jardins du Bultia)	Rue du Bultia, 41	6280 Gerpennes
Résidence Terrasse des Hauts Prés	Rue Egide Van Ophem 28	1180 Uccle
Résidence Les Jardins de Longchamps	Avenue Winston Churchill 255	1180 Uccle
Résidence Gray Couronne	Avenue de la Couronne 42-46	1050 Ixelles
Résidence Les Jardins d'Ariane	Avenue Ariane 1	1200 Woluwe-Saint-Lambert
Résidence Prince Royal	Rue Keyenveld 58	1050 Ixelles
Le Domaine Churchill	Avenue Winston Churchill 253a	1180 Uccle
Résidence Raoul Hicguet	Rue du Poirier, 127	6061 Charleroi
Résidence Bughin-Durant	Rue de l'Ernelle, 8	6031 Charleroi
Initiative Antonin Artaud	Rue du Grand Hospice, 10	100 Bruxelles
Résidence Romana	Rue du Rubis, 7	1020 Bruxelles
Résidence Saphir	Rue Eliane Vogel-Polsky, 20	1020 Bruxelles
Résidence Bellevue	Avenue du Roi, 157	1190 Bruxelles
Résidence Les Pléiades	Avenue des Pléiades, 15-19	1200 Bruxelles
Résidence Le Chenoy	Avenue des Combattants, 93	1340 Ottignies
Résidence La Passerinette	Rue des Deux Tilleuls, 69	4630 Soumagne
Résidence Les VII Voyes	Rue des VII Voyes, 9	5020 Vedrin
Résidence HERIS	Rue de la Granitière Hanuise, 45	7060 Soignies
La Maison de Mariemont	Rue Général de Gaulle, 68	7140 Morlanwelz

Annexe 5 – Liste des organismes de vacances agréés par la mutualité (article 106 § 2)

Vacances Vivantes A.S.B.L.
Chaussée de Vleurgat 113
1000 Bruxelles

BDK Organisation A.S.B.L.
Rue du Boquillon, 48
6860 Mellier

BDK Stages Sportifs S.A.
Rue du Boquillon, 48
6860 Mellier

Taalstages Depauw vzw
't Hoge 120
8500 Kortrijk

Chat Botté S.A.
Driftweg 195
8420 De Haan

OCASC L'Office Central d'Action Sociale et Culturelle (organisme public)
Rue Bruyn 1 - Bloc FO
1120 Bruxelles

Top Vakantie V.Z.W.
Chaussée de Vleurgat 113
1000 Bruxelles

Annexe 6 – Jetons de présence, frais et indemnités forfaitaires

A. Généralités

Seuls les membres élus peuvent percevoir un jeton de présence ou le remboursement de leurs frais de déplacement. Les personnes liées par un contrat de travail à la mutualité ne peuvent pas percevoir un jeton de présence.

Un jeton de présence ne peut être accordé qu'en cas de présence effective à la réunion. Est considérée comme présence effective à la réunion, une participation par visio-conférence ou par consultation écrite.

Les montants des jetons de présence repris ci-dessous sont des montants bruts.

L'intervention dans les frais de déplacement ne peut être accordée que lorsque la réunion a lieu en présentiel et en cas de présence effective à la réunion.

Les personnes qui le souhaitent peuvent toujours renoncer aux jetons de présence et aux frais de déplacement.

B. Pour les membres de l'Assemblée Générale :

- jeton de présence : 50,00 € ;
- frais de déplacement : indemnité kilométrique pour les agents de l'Etat, indexée chaque année au 1^{er} juillet.

Le montant maximal des jetons de présence qui peut être octroyé sur une base annuelle s'élève à 200,00 €.

C. Pour les membres du Conseil d'Administration :

- jeton de présence : 150,00 € ;
- frais de déplacement : indemnité kilométrique pour les agents de l'Etat, indexée chaque année au 1^{er} juillet.

Le montant maximal des jetons de présence qui peut être octroyé sur une base annuelle s'élève à 1.050,00 €.

Il s'élève à 4.050,00 € lorsque l'administrateur siège également au Bureau du Conseil d'Administration.

D. Pour les membres du Bureau du Conseil d'Administration, par réunion du Bureau :

- jeton de présence : 250,00 €.

E. Pour le Président :

- indemnité mensuelle : 1.200,00 € (montant brut)

Cette indemnité annuelle remplace l'ensemble des jetons de présence et des frais de déplacements auxquels il aurait droit en raison de sa participation aux réunions de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration et des comités institués par le Conseil d'Administration.

Outre les prestations figurant à l'article 45 des présents statuts, cette indemnité recouvre :

- la préparation des réunions du Conseil d'Administration, du Bureau du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale;
- la participation à des réunions, formelles et informelles, en particulier avec le Directeur Général de la mutualité, le Directeur Général de MLOZ, et les Présidents d'autres mutualités ;
- la responsabilité au niveau de la représentation et de l'engagement de la mutualité.

Annexe 7 - Thérapies alternatives – attestation ostéopathie (article 68)

Attest osteopathie Attestation ostéopathie



09512345600095123456000

Naam/Nom: JANSEN Jan
 Adres/Adresse: Stationstraat 1
 1000 Brussel
 ☎: 02/123 45 67

Erkenningsnr/N° d'agrément:

Kleiver van de patiënt / Vignette du patient

Naam en voornaam patiënt / Nom et prénom du patient

.....

Datum consultatie	Ontvangen bedrag
Date consultation	Montant reçu
.....

Handtekening verstrekker
Signature du prestataire

Stempel verstrekker
Cachet du prestataire

SPECIMEN

Annexe 8 - Matériel médical et sanitaire pouvant être loué au « C.I.A.S. Région Wallonie-Bruxelles » dans le cadre du service « location de matériel » - article 98

ARTICLES	AC en règle €/jour HTVA	AC non en règle €/jour HTVA
Aérosol ^{1 2}	0,07	0,15
Appui-dos	0,10	0,20
Aide-toilette	0,10	0,19
Cadre de marche fixe	0,08	0,16
Cadre de marche pliable	0,08	0,17
Canne quadripode	0,07	0,14
Chaise roulante adulte	0,22	0,44
Chaise roulante enfant	0,81	1,61
Compresseur ¹	0,13	0,26
Pédalier	0,08	0,15
Pèse bébé ²	0,13	0,26
Porte-perfusion	0,11	0,22
Réveil urine ¹	0,12	0,25
Rollator 2 roues	0,11	0,23
Rollator 4 roues	0,19	0,38
Soulève couverture	0,09	0,17
Table de lit	0,13	0,25
Tire-lait ^{1 2}	0,21	0,42
Barrière de lit sécurité	0,11	0,22
Barrière escalier sécurité	0,10	0,20
Relax enfant ¹	0,16	0,32
Plaque mort subite	0,28	0,55
Siège auto 1/2/3 ¹	0,21	0,43
Babyphone	0,27	0,53
Plateforme vibrante	0,32	0,64
Rampes pour fauteuil roulant	0,24	0,48
Rollator Moka/Neptune 4 roues	0,18	0,36
Plateforme de transport	0,41	0,82
Barrière d'appui lit	0,21	0,41
Matelas anti-escarres	1,00	2,00
Hometrainer	0,31	0,61
Barrières de lit	0,17	0,34
Lève-personne	1,05	2,11
Perroquet sur pied	0,17	0,34
Rollator drive	0,34	0,68
Lit électrique	0,73	1,46
Oxymètre / saturomètre	0,14	0,28
Tensiomètre	0,14	0,28
Thermomètre	0,14	0,28
Podomètre	0,21	0,42
Digital connect santé	0,51	1,02

Balance	0,27	0,53
Canne Chaise	0,44	0,88
Batons de marche	0,30	0,59
Bi-Pédalier	0,28	0,56
Casque anti-bruit bébé, enfants	0,06	0,12
Tapis somnambulisme	0,48	0,96
Anti Ronflement	0,42	0,83
Tapis de course	0,99	1,97
Tapis de marche sénior	0,99	1,97
Rameur	0,63	1,26
Kit prévention enfants	0,36	0,72
Kit prévention adulte	0,20	0,40
Rollator Caddie	0,38	0,77
Fauteuil relax électrique	0,73	1,46
Aérosol portable	0,10	0,20
Céfaly + électrodes	0,39	0,78
Poussette yoyo connecté	0,44	0,89
Sonnette intelligente	0,20	0,41
Kit prévention enfants	0,16	0,32
Casque VR sports & prévention 1/2/3	0,71	1,41

¹ Certains accessoires pour ces articles sont payants

² Articles mis gratuitement à disposition de certains bénéficiaires aux conditions prévues à l'article 98 des présents statuts

Annexe 9 - Matériel médical et sanitaire pouvant être vendu dans le cadre du service « vente de matériel » - article 99

Articles	Prix TVAC	membre
Babyphone avec caméra	de € 100,00	à € 250,00
Chauffe biberon	de € 25,00	à € 50,00
Conservation lait maternel (pot, sachet, ...)	de € 10,00	à € 50,00
Pèse-bébé	de € 35,00	à € 80,00
Téterelles	de € 5,00	à € 25,00
Thermo Bag	de € 15,00	à € 35,00
Tire-lait (manuel et électrique)	de € 35,00	à € 250,00
Aérosol et accessoires	de € 2,00	à € 120,00
Nursing pads et produits de soin	de € 2,00	à € 10,00
Poussette yoyo connecté	de € 650,00	à € 750,00
Canne (axillaire, quadripode, de marche, ...)	de € 15,00	à € 50,00
Chaise roulante adulte	de € 300,00	à € 800,00
Cadre de marche, rollator ...	de € 25,00	à € 500,00
Accessoires (porte bouteille d'oxygène, ...)	de € 50,00	à € 150,00
Barre d'appui	de € 15,00	à € 158,00
Coussin (stopgliss, nuque, oreiller, bouée, ...)	de € 15,00	à € 150,00
Planche de bain	de € 25,00	à € 70,00
Aide à la cuisine (planche, ouvre-bouteille, éplucheur, ...)	de € 5,00	à € 150,00
Aide à l'habillement (crochet, enfile-bas, ...)	de € 5,00	à € 150,00
Aide au ménage (balai, ...)	de € 15,00	à € 100,00
Auto-glide	de € 90,00	à € 150,00
Banc d'accès au bain	de € 50,00	à € 300,00
Brosse (corps, cheveux, ongles, pieds, ...)	de € 5,00	à € 80,00
Vaisselle (assiette, couvert, gobelet, ...)	de € 4,00	à € 50,00
Chaise de cuisine, de travail, ...	de € 70,00	à € 3.000,00
Desserte	de € 80,00	à € 180,00
Disque de transfert	de € 50,00	à € 150,00
Handy-bar	de € 35,00	à € 80,00
Jeu de sur élévateurs	de € 10,00	à € 100,00
Lacets élastiques	de € 5,00	à € 15,00
Lift de bain	de € 300,00	à € 2.000,00
Lot de bandes antidérapantes	de € 5,00	à € 25,00
Loupe	de € 35,00	à € 100,00
Marche pied, marche d'accès au bain, ...	de € 25,00	à € 250,00
Pince de préhension & pinces diverses	de € 15,00	à € 120,00
Plan incliné, plateforme de transport, rampe d'accès, ...	de € 120,00	à € 500,00
Plaque de bain pivotante	de € 100,00	à € 250,00
Réducteur de baignoire	de € 45,00	à € 120,00

Siège releveur	de € 80,00	à € 550,00
Sortie de bain	de € 25,00	à € 250,00
Tapis anti-dérapant	de € 5,00	à € 50,00
Tourne clef	de € 5,00	à € 25,00
Siège de bain	de € 50,00	à € 900,00
Tabouret, chaise et fauteuil de douche	de € 30,00	à € 800,00
Canne Chaise	de € 200,00	à € 350,00
Bi-Pédalier	de € 200,00	à € 450,00
Tapis de marche sénior	de € 750,00	à € 1.200,00
Rollator Caddie	de € 200,00	à € 400,00
Aérosol et accessoires	de € 2,00	à € 120,00
Bouillote	de € 15,00	à € 40,00
Glucomètre	de € 25,00	à € 70,00
Luminothérapie	de € 80,00	à € 300,00
Médication (pilulier, semainier, coupe-médicament, ...)	de € 4,00	à € 30,00
Saturomètre	de € 50,00	à € 100,00
Tensiomètre	de € 30,00	à € 150,00
Thermomètre et accessoires	de € 4,00	à € 50,00
Tigarettes	de € 25,00	à € 50,00
Casque anti-Bruit bébé & +	de € 30,00	à € 200,00
Tapis somnambulisme	de € 250,00	à € 450,00
Anti Ronflement	de € 250,00	à € 450,00
Kit prévention enfants	de € 150,00	à € 250,00
Kit prévention adulte	de € 150,00	à € 250,00
Aérosol portable	de € 90,00	à € 200,00
Céfaly + électrodes	de € 150,00	à € 350,00
sonnette intelligente	de € 80,00	à € 250,00
casques Vr sports & prévention 1/2/3	de € 250,00	à € 850,00
pillulier intelligent	de € 80,00	à € 300,00
gourde intelligente	de € 50,00	à € 150,00
porte clé anti-perte	de € 50,00	à € 100,00
Montre connectée	de € 100,00	à € 350,00
Horloge aide-mémoire	de € 80,00	à € 250,00
Anti-escarres (coussin, surmatelas, ...)	de € 30,00	à € 250,00
Cadre de toilette	de € 50,00	à € 125,00
Cefaly et accessoires	de € 15,00	à € 350,00
Urinal, panne de lit, ...	de € 5,00	à € 55,00
Lève-personne	de € 1.000,00	à € 2.500,00
Accessoires de lit (appui-dos, arceau, barrière, ...)	de € 10,00	à € 400,00
Chaise hygiénique et accoudoirs de toilette	de € 50,00	à € 300,00
Fauteuil et accessoires	de € 1.000,00	à € 1.800,00
Lit électrique	de € 1.000,00	à € 2.500,00

Matelas (allonge, anti-escarres, ...)	de € 99,00	à € 1.500,00
Pied à perfusion, perroquet, ...	de € 35,00	à € 200,00
Rehausse WC	de € 30,00	à € 250,00
Sangle pour lève-personne	de € 120,00	à € 200,00
Table de lit	de € 100,00	à € 350,00
Fauteuil Relax électrique***	de € 1.000,00	à € 1.500,00
Batons de Marches	de € 200,00	à € 350,00
Tapis de course	de € 600,00	à € 1.200,00
Rameur	de € 600,00	à € 1.000,00

Annexe 10 - Liste des transporteurs agréés par la mutualité - article 87

AD mobilité	Rue royale, 29	7904	Tourpes
AIVS	Rue Thier d'oupeye, 85	4683	Oupeye
AMBU SANITAIRE DUCHENE	Rue des Maraîchers, 27	4041	Vottem
Ambuce Rescue Team	Bijkhoevelaan, 8b	2110	Wijnegem
AMBUHUY	Chaussée de Dinant, 110	5537	Anhée
Ambulance Belgium Care	Rue beau rivage, 1	1332	Rixensart
Ambulance Horizon	Rue de la place verte, 28	5650	Fraire
Ambulance Mobilité Rescue	Rue du Polissou, 38/22	5590	Achêne
Ambuteam	Route de Gembloux, 500	5002	Saint-Servais
AMG Ambulance SPRL	Avenue Reine Astrid, 59B	1780	Wemmel
ASBL Action, Coeur et Solidarité	Quatrième rue, 41 Bte 105	7330	Saint-Ghislain
AT Paramedical	Chaussée de Wavre, 35	5030	Gembloux
B.Car.Save	Rue Géry Everaerts, 81A	1300	Wavre
B.H.N. Assistance	Faubourg de Bruxelles, 146 A	6041	Gosselies
CHARLY'S Compagny	Avenue des Primevères, 5	7190	Ecaussinnes
Croix Rouge	Rue fond du Maréchal,10	5020	Suarlée
Dépoz&Moi	Avenue du verseau, 21	1410	Waterloo
Entre Vous & Nous	Rue des Frères Lefort, 6/106	1480	Tubize
Euro Medical Transfert	Grand'Route, 504	4610	Beyne-Heusay
Full Aid	Rue de Tubize, 12D	1460	Ittre
Hainaut Ambulances	Rue César Depaepe, 28B	7370	Wihéries
Handicap-Car	Rue du cimetière, 45	7370	Dour
Healthcare Group	Rue Théodore Verhaegen, 196	1060	Bruxelles
INS Ambulances	Avenue de la Résistance, 405	4630	Soumagne

JOYE	Chaussée de Dinant, 110	5537	Anhée
L'appuie-tête	Rue du Croiseau, 20	1460	Ittre
LC BW	Chaussée de Dinant, 108A	5537	Anhée
LC SECOURS	Rue de Mahene, 17	5504	Dinant
LC SOLUTIONS	Rue Haute Vinave, 17	4690	Glons
LCMS	Chaussée de Dinant, 110	5537	Anhée
Liège Ambulance	Rue Sous les Vignes, 8	4101	Seraing
Mady Mobility	Brusselsesteenweg, 255	1785	Merchtem
Maka Ambulances	Rue du Petit Berleur, 11	4460	Grâce-Hollogne
MDS ambulance	Rue Fontaine madame, 13	7300	Boussu
Mobil aide	Grandes ruelles, 57	4520	Antheit
Mobil ô Top	Rue les Gottes, 23	4577	Strée-lez-huy
MOBILITY	Chaussée de Wavre, 71	1330	Rixensart
MOBILITY SERVICES	Clos de la Grande Calandre, 5	7520	Ramegnies-Chin
Mobily Tea	Chemin du bois de Clabecq, 13	1440	Braine-Le-Château
N-Ambu	Rue du Rossignol, 62	7370	Dour
O Mobility	Chaussée de Mons, 1188	1070	Anderlecht
Onyva ensemble	Rue du Mont Saint Roch, 57	1400	Nivelles
Patient Assistance	Rue Stroobants, 48b	1140	Bruxelles
Save My Life	Avenue des Métallurgistes, 22	1490	Court-Saint-Etienne
Service Grande	Rue de Ronquières, 58	7090	Braine-le-Comte
Sulumob Volontaires	Chaussée de Gand, 1434	1082	Berchem-Sainte-Agathe
Solution Mobilité SC	Chaussée de Gand, 1434	1082	Berchem-Sainte-Agathe
SOS Medical Meuse	Rue Jean Jaurès, 1	4460	Grâce-Hollogne
Sprint Ambulance	Rue du Belloy, 10	7622	Laplaigne
Sympatax	Rue des Fougères, 128	6010	Couillet

Taxi HENDRIKS	Chaussée de Bruxelles, 161D	6040	Jumet
Taxi Hendriks Antwerpen	Neerlandweg, 17	2610	Wilrijk
Télé-Service de Flémalle	Place Vinck, 1/1	4400	Flémalle
TPMR Alain MARBAIX	Rue Princesse Astrid, 54B	7804	Rebaix
Trajet Airport SRL	Rue du grand passage, 94	7340	Colfontaine
Transport et Vie	Avenue du port, 108-110	1000	Bruxelles
UMS	Rue de vinave, 43	4042	Liers
UNIT-AIDE	Gulledelle, 92	1200	Bruxelles
Wallonie Picarde Ambulance	Rue du Crétinier, 219	7712	Herseaux