

OMNIMUT, Mutualité Libre de Wallonie
rue Natalis, 47B
4020 LIEGE

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} janvier 2019

La modification des taux de cotisations pour l'année 2019 a été

- décidée par le conseil d'administration le **20 septembre 2018**
- approuvée par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le **13 décembre 2018**.

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

- décidées par l'assemblée générale de la mutualité le **19 septembre 2019**
- approuvée par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le **28 novembre 2019**.

La mutualité est affiliée à l'union nationale des mutualités libres dont les statuts sont disponibles sur le site internet de celle-ci à l'adresse suivante : <http://www.mloz.be>

OMNIMUT, Mutualité Libre de Wallonie

établie à Liège.

O.A. 506

reconnue par AR du 31.12.1919

(Moniteur belge du 14.04.1920)

Vu la loi du 06.08.1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités et ses arrêtés d'exécution;

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

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

Après délibération, les membres de l'Assemblée générale d'Omnimut, Mutualité Libre de Wallonie, réunis en date du 19 septembre 2019 à Liège, ont décidé, au quorum de présences et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la Mutualité au 1^{er} janvier 2019 comme suit :

STATUTS

CHAPITRE I.

DENOMINATION - BUTS - SIEGE SOCIAL - CIRCONSCRIPTION

Article 1. Une Fédération mutualiste a été établie à Seraing le 01.10.1919 sous la dénomination "Fédération des Mutualités Professionnelles des Industries de la Province de Liège et des Provinces Limitrophes".

Elle fut reconnue par Arrêté Royal en date du 31.12.1919 (Moniteur belge du 14.04.1920) pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23.06.1894 portant révision de la loi du 03.04.1851 sur les sociétés mutualistes.

Sa dénomination "Fédération des Mutualités Professionnelles de la Province de Liège et des Provinces Limitrophes" fut homologuée par Arrêté Royal du 25 juillet 1938.

Suite à la fusion entre la "Fédération des Mutualités Professionnelles de la Province de Liège et des Provinces Limitrophes" et la "Fédération des Mutualités Professionnelles de la Province du Hainaut" dont elle reprit les droits et obligations en date du 01.01.1991, elle prit la dénomination suivante : "Fédération des Mutualités Professionnelles de la Région Wallonne".

Ses statuts furent homologués par Arrêté Royal en date du 16.11.1990 (Moniteur belge du 08.12.1990).

Consécutivement à l'application de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités, sa dénomination devint "Mutualité Professionnelle de la Région Wallonne".

Au 01.01.1995, elle fut rejointe par l'Union Fédérale de Mutualités (OA 520) ayant son siège social à Jemeppe S/Meuse dont elle reprit, à cette même date, les droits et obligations.

A cette même date, elle prit la dénomination de "Mutualité Professionnelle et Libre de la Région Wallonne".

Au 01.01.1999, elle fut également rejointe par « La Prévoyante », Mutualité Professionnelle et Libre du Tournais (OA 507) ayant son siège social à Tournai dont elle reprit les droits et obligations.

Au 01.01.2010, sa dénomination devint « Omnimut, Mutualité Libre de Wallonie ».

Article 2. Les buts de la Mutualité sont :

a) Dans le cadre de l'article 3 alinéa 1^{er}, a et c de la loi du 06.08.1990 :
la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour laquelle elle a reçu, en date du 20.04.1991, l'autorisation de l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée depuis le 20.05.1928.

Dans le cadre de sa mission d'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la Mutualité se porte garante du remboursement des prestations de santé, tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres ou aux personnes à leur charge, soit directement soit par le biais du tiers payant, pour autant que toutes les conditions d'intervention soient remplies.

La Mutualité se porte aussi garante du paiement des indemnités aux travailleurs ou aux indépendants en incapacité primaire, du paiement des indemnités aux travailleurs invalides, ou aux indépendants invalides, du paiement des indemnités de maternité et de l'allocation pour frais funéraires.

Les activités d'exécution de l'assurance obligatoire, ainsi que leur contrôle s'exercent 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.

La Mutualité s'engage à respecter toutes dispositions légales ou réglementaires visant l'activité décrite ci-avant.

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b et c de la même loi et de l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire : l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses affiliés et à leurs personnes à charge ainsi que l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans différents domaines. L'affiliation à tous les services de l'assurance complémentaire organisés par la mutualité est obligatoire, conformément à la loi du 26 avril 2010, pour tous les membres de la mutualité. Il s'agit des services suivants :

- logopédie ;
- pédicurie ;
- fourniture de matériel sanitaire ;
- orthodontie ;
- dispensation de soins dentaires ;
- prothèses capillaires et matériel adapté à la maladie grave ;
- optique ;
- médicaments homéopathiques ;

- thérapies alternatives ;
- psychologie ;
- tickets modérateurs petite enfance ;
- contraception
- vaccination ;
- énurésie ;
- kiné périnatale ;
- prévention santé ;
- intervention laser ;
- diététique - obésité ;
- séjours de soins : accueil des personnes dépendantes et/ou nécessitant des soins ;
- garde des enfants malades à domicile ;
- coordination de soins et services à domicile ;
- aides familiales ;
- gardes malades ;
- prêt de matériel ;
- télévigilance ;
- aménagement du domicile ;
- transport des malades ;
- naissance ;
- fonds d'entraide ;
- crèches/garderies ;
- activités bien-être et santé ;
- prévention nouveau-nés ;
- promotion santé ;
- défense des membres ;
- service social ;
- information aux membres ;
- service administratif (98/2);
- promotion.

c) La Mutualité a également pour but d'offrir à ses affiliés et à leurs personnes à charge, les avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale auxquels la mutualité Omnimut est effectivement affiliée. Par ailleurs, en tant que section de la société mutualiste « Mutuelle entraide hospitalisation », la mutualité agit en tant qu'agent d'assurance.

La Mutualité s'oblige à respecter scrupuleusement les opinions politiques, religieuses et philosophiques de ses membres et s'interdit toute immixtion dans les domaines politique ou confessionnel.

Article 3. Son siège social est établi à Liège et son champ d'activités s'étend à l'ensemble du territoire belge.

La Mutualité s'adresse donc à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique. De plus, elle s'adresse aussi aux militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger pour autant qu'ils soient assujettis à l'assurance obligatoire ainsi qu'aux personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger et pour autant, également, qu'elles soient assujetties à l'assurance obligatoire.

Article 4. Omnimut, Mutualité Libre de Wallonie est affiliée auprès de l'Union Nationale des Mutualités Libres établie à Bruxelles.

CHAPITRE II.

AFFILIATION – TYPE DE MEMBRES - DEMISSION - EXCLUSION

Article 5. 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 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, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;
- elle a droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique ;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur ;
- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette personne est d'office affiliée aux services :

- de l'Union Nationale des Mutualités 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 d'internement ou de détention, la personne, qui est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé est considérée, pour l'application du § 1^{er}, 1°, comme n'étant pas affiliée à la mutualité, sauf manifestation expresse de la volonté de rester affiliée aux services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 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 prénuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ;
- de s'affilier à la société mutualiste régionale « Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen » auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue possible en vertu de la réglementation régionale dont elle relève ;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance MLOZ Insurance, auprès de laquelle la mutualité est affiliée/dont la mutualité constitue une section.

Article 5 bis. L'affiliation pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'une personne visée à l'article 32 ainsi qu'à l'article 86, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne peut être refusée pour autant que :

- 1° ladite personne s'engage à respecter le prescrit des présents statuts et de ceux de l'Union Nationale ;
- 2° si l'affiliation consiste en une mutation individuelle au sens de l'article 255, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, cette mutation ne soit pas refusée ou retirée, en exécution de l'article 118, alinéa 3, de ladite loi coordonnée, par l'Union Nationale de la Mutualité dont cette personne était membre à la date mentionnée, selon le cas, à l'article 3ter, de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités.

Article 5 Ter. 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 d'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire du mois au cours duquel elle acquiert une des qualités visées à l'article 32, 1° à 16°, et 20° à 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;
- 3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 5° pour une personne visée à l'article 5, § 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 5 quater. 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 5 ter, une personne affiliée à la mutualité peut être :

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

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Union Nationale des Mutualités 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 5 ter:

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

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

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

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

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

- 2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

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

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

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

i° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

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

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

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

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

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

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 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 5 ter, 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 5 ter, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^{ème} mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

- a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;
- b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 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 arrrages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

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

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

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 5 ter, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;

2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

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

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée ne pourra à nouveau bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire au sens de l'article 5 ter qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

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

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

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

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

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

Article 6. La cotisation pour les services complémentaires 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 15 € au titre de frais de recouvrement.

Article 7. Peut être exclu de la Mutualité ou comme membre des services visés à l'article 2b, le membre qui se rend coupable d'infraction aux différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux Mutualités.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration après avoir permis au membre de faire valoir ses moyens de défense.

Article 8. Le membre démissionnaire, radié ou exclu n'a aucun droit sur les avoirs de la Mutualité.

CHAPITRE III. CATEGORIES DE MEMBRES : ABROGE

Article 9. ABROGE

CHAPITRE IV. ORGANES DE LA MUTUALITE

SECTION 1 : L'ASSEMBLEE GENERALE

COMPOSITION

Article 10. L'Assemblée Générale se compose des délégués élus dans chaque circonscription.

Il y a par circonscription un délégué, plus un par tranche de 250 membres (tels que définis à l'article 6 de l'AR du 07.03.1991). Ces délégués sont élus, pour une période de six ans, renouvelable, par les membres et par leurs personnes à charge y domiciliés.

Sont délégués suppléants les candidats non élus. Ils interviennent dans l'ordre du nombre de voix obtenues lorsqu'un délégué effectif est définitivement empêché de siéger.

En cas de parité de voix, le suppléant le plus âgé est appelé à remplacer le délégué empêché de siéger.

CIRCONSCRIPTIONS ELECTORALES

Article 11. Les élections des délégués à l'Assemblée Générale s'effectueront dans neuf circonscriptions constituées sur base des codes postaux, par tranche de mille.

Une circonscription comprend l'ensemble des membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote domiciliés dans une commune ayant un code postal commençant par 1 pour la première, par 2 pour la deuxième, par 3 pour la troisième, par 4 pour la quatrième, par 5 pour la cinquième, par 6 pour la sixième, par 7 pour la septième, par 8 pour la huitième et par 9 pour la neuvième.

Les personnes domiciliées à l'étranger sont rattachées à la quatrième circonscription.

CONDITIONS DE DROIT DE VOTE ET D'ELIGIBILITE

Article 12. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale il faut :

- être membre de la Mutualité ou avoir qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- être majeur ou émancipé;
- être affilié depuis au moins un an avant la date des élections.

Le droit de vote ne peut s'exercer que dans la circonscription à laquelle le membre est rattaché par le code postal de son domicile.

Article 13. Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, le membre ou la personne à charge doit :

- avoir le droit de vote au sens de l'article précédent;
- être de bonne conduite et ne pas être privé de ses droits civiques;
- s'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisation auprès de la Mutualité pour les services 2b;
- s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la Mutualité pour les services 2b;
- ne pas être rémunéré par la Mutualité;
- ne pas avoir été licencié comme membre du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale pour des motifs autres que des motifs économiques;
- ne pas avoir entamé une action judiciaire contre la Mutualité;
- être affilié auprès de notre Mutualité depuis au moins trois ans pour les services organisés dans le cadre de l'assurance libre ou complémentaire.

Un membre ne peut être élu que dans la circonscription à laquelle il est rattaché par le code postal de son domicile.

Article 14. Les membres et leurs personnes à charge majeures ou émancipées sont informés par lettre individuelle ou par le canal des publications destinées aux affiliés de la Mutualité :

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

Les membres et leurs personnes à charge qui souhaitent se porter candidat, dans leur circonscription, disposent d'une période de quinze jours civils à compter de la date d'envoi de l'appel aux candidatures lorsqu'il se fait par lettre individuelle, le cachet de la poste faisant foi.

Lorsque l'appel aux candidatures se fait par le biais des publications, le membre et ses personnes à charge qui souhaitent se porter candidat disposent d'une période de quinze jours civils après la fin du mois au cours duquel ces publications leur sont adressées.

PROCEDURE ELECTORALE

Article 15. Les candidatures doivent être adressées au Président de la Mutualité par lettre recommandée.

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

Le candidat qui conteste le motif de refus peut en saisir l'Office de contrôle, conformément à l'article 36 de l'A.R. du 07.03.1991.

Article 16. Une liste des candidats est établie par circonscription électorale sur base des candidatures valablement reçues.

L'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste est déterminé par tirage au sort en présence d'un huissier.

Article 17. La date de l'élection ainsi que les listes, par circonscription, des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité sont communiquées aux membres et aux personnes ayant droit de vote, par poste ou par le canal des publications, dans un délai maximal de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

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

BUREAU ELECTORAL

Article 18. 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 Président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'administration de la Mutualité.

Le Président du bureau électoral désigne un secrétaire parmi les membres du personnel de la Mutualité.

Le bureau électoral est installé au plus tard dans le mois qui suit l'appel aux candidats.

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

ETABLISSEMENT DES LISTES ELECTORALES

Article 19. Le Conseil d'administration établit les listes des électeurs par circonscription.

La qualité d'électeur dans une circonscription est constatée par l'inscription sur la liste des électeurs de cette circonscription.

Cette liste mentionne le nom, les prénoms, les numéros de membre et l'adresse de tous les électeurs.

LE VOTE

Article 20. Le vote est libre. Il se déroule par correspondance selon la répartition en circonscriptions prévue à l'article 11 des présents statuts.

VOTE PAR CORRESPONDANCE

Article 21. Le président du bureau électoral expédie à chaque électeur, en même temps que les informations prévues à l'article 17 des présents statuts, une première enveloppe renfermant un bulletin de vote propre à la circonscription à laquelle le membre est rattaché, et une seconde enveloppe portant les mentions "Port payé par le destinataire".

Cette seconde enveloppe sera préimprimée à l'adresse du Président du bureau électoral, Mutualité Professionnelle et Libre de la Région Wallonne, rue Natalis, 47b à 4020 LIEGE.

L'électeur ayant effectué son choix conformément à l'article 22 des présents statuts glissera le bulletin de vote dans la seconde enveloppe qu'il fermera et renverra par la poste pour arriver avant la date de clôture du scrutin.

Article 22. Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote.

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

DEPOUILLEMENT DES BULLETINS DE VOTE

Article 23. Le bureau électoral procède au dépouillement de tous les bulletins de vote dès la clôture du scrutin.

Les représentants, dont le nombre est déterminé selon l'article 10 des présents statuts, sont élus, par circonscription, dans l'ordre des voix obtenues.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le mandat est accordé au candidat le plus âgé.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage;
- les bulletins qui font l'objet d'une surcharge ou qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur;
- les bulletins qui sont arrivés hors délais.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votants, le nombre de votes valables et le résultat du scrutin pour l'ensemble des circonscriptions.

ABSENCE D'ORGANISATION DU SCRUTIN

Article 24. Lorsque le nombre de candidats dans une circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir dans cette circonscription, les candidats qui se sont présentés sont élus d'office sans qu'un scrutin doive être organisé.

Dans ce cas, le bureau électoral décrit au procès-verbal dont question à l'article 23 des présents statuts les raisons de la non-organisation du scrutin dans cette circonscription.

Article 25. Les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote sont informés soit par le canal des publications destinées aux affiliés de la Mutualité, soit par courrier, des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après que celui-ci se soit déroulé.

Les candidats élus sont immédiatement avertis de leur élection et des délais dans lesquels doivent se faire les actes de candidature aux postes d'administrateur de la Mutualité et de délégué à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale.

Toute contestation relative au déroulement ou aux résultats du scrutin peut être portée à la connaissance de l'Office de contrôle des Mutualités conformément à l'article 36 de l'A.R. du 07.03.1991.

Article 26. Les publications et lettres envoyées aux membres dans le cadre de la procédure électorale sont en même temps transmises à l'Office de contrôle.
La composition du bureau électoral ainsi qu'un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'Union Nationale visée à l'article 4 des présents statuts ainsi qu'à l'Office de contrôle.

Article 27. L'Assemblée Générale ainsi élue est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale.
Tout recours auprès de l'Office de contrôle suspend cette période de trente jours.

Article 28. 1. Perd la qualité de délégué, sur décision de l'Assemblée Générale de la Mutualité :

- celui qui calomnie un membre du Conseil d'administration à l'occasion de ses fonctions;
- celui qui menace ou insulte, en Assemblée, un délégué ou un membre du Conseil d'administration;
- celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la Mutualité;
- celui qui refuse de se soumettre aux statuts ou aux règlements de la Mutualité;
- celui qui a encouru une condamnation, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée, à une peine criminelle ou à un emprisonnement principal de plus de trois mois.

2. Perd d'office sa qualité de délégué, la personne qui n'est plus membre de la Mutualité.

COMPETENCE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 29. L'Assemblée Générale délibère et décide sur les objets suivants :

- les modifications des statuts;
- l'élection et la révocation des administrateurs;
- l'approbation des budgets et comptes annuels;
- la désignation pour une durée de trois ans d'un ou plusieurs réviseur(s) d'entreprises chargé(s) de contrôler le caractère fidèle et complet de la comptabilité et des comptes annuels, le caractère adéquat et le fonctionnement de l'organisation administrative et comptable et du contrôle interne ainsi que le respect des dispositions impératives en matière de fonds de réserve;
- la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 43 de la loi du 06.08.1990;
- la fusion avec une autre Mutualité;
- la mutation vers une autre Union Nationale;
- la dissolution de la Mutualité.

L'Assemblée Générale peut déléguer au Conseil d'administration ses compétences de décider des adaptations de cotisations.

Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Article 30. L'Assemblée Générale est convoquée par les administrateurs dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsqu'au moins un cinquième des membres de l'Assemblée Générale en fait la demande.

La convocation, qui reprend l'ordre du jour, se fait individuellement par lettre à la poste au plus tard vingt jours avant la date de l'Assemblée Générale.

Ce délai est ramené à 8 jours civils lorsque le quorum de présences requis aux articles 32, alinéa 3 et 80, alinéa 3 n'est pas réuni.

Article 31. L'Assemblée Générale est convoquée au moins une fois l'an, en vue de l'approbation des comptes annuels.

Chaque membre de l'Assemblée Générale disposera au plus tard huit jours avant la date de l'Assemblée Générale d'une documentation qui contient les données suivantes :

- le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services ;
- le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services ;
- le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication, ainsi que le rapport du réviseur ;
- le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services ;
- le rapport annuel concernant l'exécution des accords de collaboration.

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

Article 32. L'Assemblée Générale désigne, au début de chaque séance, les personnes qui feront office de scrutateurs pour cette séance.

Les décisions sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi ou les présents statuts en disposent autrement.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, est convoquée une deuxième Assemblée Générale qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Ne peuvent être repris à l'ordre du jour de cette Assemblée que des points qui étaient inscrits à l'ordre du jour de la première Assemblée Générale.

Chaque membre de l'Assemblée Générale a droit à une et une seule voix.

Par dérogation, un administrateur qui est également membre de l'Assemblée Générale ne peut participer à la délibération et au vote concernant la proposition de sa révocation.

Dans le cas où un membre de l'Assemblée Générale est dans l'impossibilité d'assister à une séance de l'Assemblée, il peut donner procuration à un autre membre de l'Assemblée Générale. Tout membre ne peut être porteur que d'une procuration.

SECTION 2 : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUALITE

Article 33. Le Conseil d'administration de la Mutualité est composé de maximum vingt-quatre et de minimum seize membres.

Les deux sexes doivent être représentés par une personne au minimum au sein du conseil. Le conseil ne peut, par ailleurs, comporter plus d'un quart de personnes rémunérées par la Mutualité ou par l'Union Nationale dont question à l'article 4 des présents statuts.

Lors des élections mutualistes, le nombre de mandats à pourvoir à prendre en considération est fixé de manière automatique au maximum soit vingt-quatre membres.

En toute hypothèse, le Conseil d'administration ne peut être composé d'un nombre de membres supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'Assemblée Générale de la Mutualité.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur de bonne conduite, vie et mœurs.

Il n'est toutefois pas exigé de faire partie de l'Assemblée Générale.

Les membres du Conseil d'administration cessent d'être éligibles à partir de l'âge de 73 ans. En toute hypothèse, les membres du conseil ne pourront exercer leur mandat au-delà de la veille de leur septante-sixième anniversaire, date à laquelle ils sont réputés démissionnaires d'office de leurs fonctions.

Le mandat du Conseil d'administration est gratuit.

Des jetons de présence ou remboursement des frais peuvent être prévus; ils sont fixés par l'Assemblée Générale.

Article 34. Le Conseil d'administration est élu par les membres de l'Assemblée Générale pour une durée de 6 ans.

Les candidatures sont adressées, par lettre recommandée, à l'attention du Président du Conseil d'administration au plus tard quinze jours avant la tenue de la première Assemblée Générale suivant les élections.

Sans préjudice au droit des membres de l'Assemblée Générale de se porter candidat, le Conseil d'administration peut présenter à l'Assemblée Générale sa propre liste de candidats.

Le Président établit, en respectant l'ordre alphabétique, une liste unique de l'ensemble des candidats satisfaisant aux conditions d'éligibilité pour les postes d'administrateur, qu'ils se soient présentés seuls ou qu'ils aient été repris sur la liste proposée par le Conseil d'administration, et la communique aux délégués élus au moins sept jours avant la date de l'Assemblée.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin, sinon les candidats sont élus automatiquement.

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

Seront administrateurs suppléants les candidats non élus. Ils interviennent dans l'ordre du nombre de voix obtenues lorsqu'un administrateur est définitivement empêché de siéger. En cas de parité de voix, le suppléant le plus âgé est appelé à remplacer le délégué empêché de siéger.

Article 35. En l'absence de suppléants, le remplacement d'un administrateur décédé ou démissionnaire se fait à l'Assemblée Générale suivante.

L'administrateur ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission, la révocation ou l'exclusion de la Mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration de la mutualité.

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

Le Conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié de ses membres sont présents ou représentés.

Lorsque le quorum de présences n'est pas atteint, un nouveau Conseil d'administration est convoqué qui délibérera valablement quel que soit le nombre d'administrateurs présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des votes exprimés.

En cas de parité de voix, la voix du Président est prépondérante.

Dans le cas où un administrateur est dans l'impossibilité d'assister à une séance du Conseil d'administration, il peut donner procuration à un autre membre.

Tout administrateur ne peut être porteur que d'une procuration.

COMPETENCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 36. Le Conseil d'administration est chargé de la gestion journalière et exerce toutes les compétences que la loi ou les présents statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'Assemblée Générale.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'administration peut, sous sa responsabilité, déléguer des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au Président ou à un ou plusieurs administrateurs qu'il désigne.

Le Conseil d'administration se réunit avant chaque Assemblée Générale ainsi qu'à la requête du Président ou à la demande de cinq administrateurs.

Article 37. Le Conseil d'administration élit en son sein un Président, un premier Vice-Président, un deuxième Vice-Président, un troisième Vice-Président, un Secrétaire et un Trésorier. Ces deux dernières fonctions peuvent être cumulées.

Article 38. 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 représente la Mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques.

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière au secrétaire ou à un autre membre pour traiter avec les autorités publiques.

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'Administration.

Le Président est aussi chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à la Mutualité. Il peut déléguer ce pouvoir à tout membre du personnel de la Mutualité.

Article 39. Les vice-Présidents assistent le Président dans ses tâches.

Le premier vice-Président, le deuxième en son absence ou le troisième en cas d'absence des deux premiers, exerce toutes les compétences et les prérogatives du Président après que le Conseil d'administration, convoqué à cet effet par le Secrétaire à la demande de cinq administrateurs, aura constaté, à la majorité des trois quarts de ses membres, que le Président est dans l'impossibilité de présider.

Le Conseil d'administration constate, selon la même procédure et aux mêmes majorités que celles décrites à l'alinéa 1, la fin éventuelle de cette impossibilité de présider.

Article 40. Le Secrétaire fait toutes les écritures requises, il rédige et signe, avec le Président, les procès-verbaux des séances.

Il convoque le Conseil d'administration, à la demande de cinq administrateurs qui lui font part de l'impossibilité de présider dans laquelle se trouve le Président ou de la fin éventuelle de cette impossibilité.

Article 41. Le Trésorier est responsable vis-à-vis du Conseil d'administration des finances de la Mutualité, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques ainsi que de la situation financière.

SECTION 3 : LA DIRECTION

Article 42. Le Directeur de la Mutualité est nommé par le Conseil d'administration.

Le Directeur est chargé de l'administration générale de la Mutualité ainsi que de la gestion des Ressources Humaines.

Le Directeur est responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche des services.

Le Directeur collabore à la gestion journalière de la Mutualité et fait rapport, au Conseil d'administration, sur l'évolution de la situation.

Pour réaliser sa mission, le Directeur dispose des moyens les plus étendus.

Article 43. Le Personnel de la Mutualité est engagé et révoqué par le Président ainsi que par un administrateur désigné par le Conseil d'Administration, avec recours éventuel à celui-ci.

Article 43 bis. Le comité de rémunération et de nominations a pour but de renforcer la gouvernance.

Ses rôles et missions sont de fixer la politique de rémunération au sein de la mutualité, de fixer la rémunération du directeur général et des membres du comité de direction, de proposer les indemnités et remboursements de frais des membres du conseil d'administration et de l'assemblée générale, de donner un avis sur la nomination du directeur général, des membres du comité de direction ainsi que des membres des différents comités, de veiller au respect des compétences des membres du conseil d'administration.

Le comité de rémunération et de nominations est composé du président, du 1^{er} vice-président, d'un administrateur non actif au sein de la mutualité, désigné en son sein par le conseil d'administration, du directeur des ressources humaines (invité).

On entend par membre non actif, « celui qui n'est pas membre du personnel de la mutualité et qui, en conséquence, n'est pas rémunéré par cette dernière ».

CHAPITRE V.
L'ASSEMBLEE GENERALE ET LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNION NATIONALE

Article 44. La délégation de la Mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale comprend un délégué par 7.500 membres avec un minimum de 2 et un maximum de 30.

Article 45. Les représentants des membres et des personnes à charge à l'Assemblée Générale de la Mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale doivent poser leur candidature par lettre recommandée adressée au Président du Conseil d'administration de la Mutualité quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection.

Le Président établit la liste des candidats par ordre alphabétique et la communique, au moins sept jours avant la date de l'Assemblée, aux délégués élus.

Article 46. Le vote est secret.
Chaque membre de l'Assemblée Générale de la Mutualité dispose d'une voix.
Chaque membre peut exprimer cette voix en votant pour autant de candidats qu'il y a de postes à pourvoir.

Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues.
En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, ce mandat est attribué au candidat le plus âgé.

Article 47. Le Président de la Mutualité présente à l'Union Nationale une liste des délégués que la Mutualité souhaite voir élus au Conseil d'administration de cette Union Nationale.

Cette liste mentionne, à concurrence du nombre de sièges à attribuer à la Mutualité, le nom des délégués à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale dans l'ordre du nombre de voix obtenues lors de leur élection à cette Assemblée.

Articles 47 bis à 47 decies. Abrogés.

CHAPITRE VI.
LES SERVICES DE LA MUTUALITE VISES A L'ARTICLE 2a DES PRESENTS STATUTS

Article 48. La Mutualité organise, conformément à l'article 2 a) de ses statuts et à l'article 3, alinéa 1^{er}, a) et c) de la loi du 06.08.1990, un service qui a pour but, d'une part, la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglée par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et, d'autre part, l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social de ses membres et des personnes à leur charge.

CHAPITRE VII.
LES SERVICES DE LA MUTUALITE VISES A L'ARTICLE 2b DES PRESENTS STATUTS :
CONDITIONS GENERALES D'OCTROI - AVANTAGES GARANTIS – COTISATIONS

SECTION 1 : CONDITIONS GENERALES D'OCTROI

Article 49. Sont bénéficiaires des services décrits ci-après, à moins qu'il n'y soit dérogé, les membres et les personnes à charge de ces membres qui remplissent les conditions suivantes :

- être en règle de cotisation auprès de la Mutualité;
- accomplir le stage prévu pour chaque service;
- répondre aux conditions particulières de chaque service.

Sont considérés comme étant en règle de cotisation les bénéficiaires qui se trouvent dans le cours d'une période couverte effectivement par une cotisation, ainsi que pendant le trimestre qui suit ladite période.

En cas de régularisation des cotisations effectuée avec effet rétroactif, le membre ne pourra prétendre au bénéfice des services nationaux avec effet rétroactif.

Les périodes de stage prévues par ces statuts ne sont pas exigées des membres, ni des personnes à leur charge, admis par mutation ou transfert dans la mesure toutefois où ils prouvent qu'ils ont accompli les diverses périodes de stage imposées par la Mutualité à laquelle ils étaient affiliés.

Dans l'hypothèse où le stage auprès de l'ancien service n'a pas été totalement accompli, la période d'affiliation à cet ancien service est portée en déduction du stage prévu par les présents statuts.

Dans le cas où il n'y avait pas de stage prévu pour un service similaire auquel était affiliée une personne avant de s'affilier auprès de la mutualité OMNIMUT, aucun stage n'est à accomplir.

Les interventions prévues aux services visés à l'article 2b des présents statuts ne seront octroyées que pour autant que toutes les conditions d'intervention soient remplies au moment du fait permettant de prétendre au bénéfice desdits services.

Article 50. Les membres sont définitivement admis le premier jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d'affiliation aux services décrits au présent chapitre.

Article 51. Abrogé.

Article 52. Les cotisations dues par ménage mutualiste dont le montant est fixé au tableau en annexe sont versées trimestriellement ou annuellement et par anticipation.

Les cotisations dues par ménage mutualiste devront, en toute hypothèse, respecter les dispositions de l'arrêté royal exécutant l'article 67 de la loi du 26 avril 2010 relativement à la fixation d'une cotisation minimale et maximale.

La première cotisation due est versée au plus tard pour la fin du mois qui suit la date de la signature du bulletin d'affiliation.

Article 53. Un membre ne peut réclamer, pour lui-même ou les personnes à sa charge, l'intervention desdits services que pour autant qu'il fût en ordre de cotisation au moment où ont été réalisées les prestations pour lesquelles l'intervention est demandée.

L'intervention des services est, conformément à l'article 67, alinéa 1^{er}, g) de la loi du 26 avril 2010, égale pour chaque personne qui y est affiliée. Dans les cas où des services peuvent être diminués des interventions octroyées aux membres en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, le principe d'égalité précité s'apprécie au regard du montant total de l'intervention.

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

Article 53 bis. Conformément aux dispositions légales, les services visés à l'article 2b sont soumis aux prescriptions suivantes :

1. L'action en paiement des interventions financières et indemnités se prescrit par deux ans à compter du moment où l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

L'action en paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement d'interventions financières et indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué.

2. L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées 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 applicable lorsque l'octroi indu d'interventions financières et indemnités a été provoqué par des manoeuvres 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.

3. L'action en paiement des cotisations se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

4. L'action en remboursement des cotisations payées indûment se prescrit par cinq ans à compter du jour où le paiement des cotisations indues a été effectué.

5. Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

6. La prescription est suspendue pour cause de force majeure.

Article 54. La Mutualité intervenue dans le cadre des services visés à l'article 2b des présents statuts est subrogée, à concurrence du montant des prestations octroyées, dans tous les droits que les membres et les personnes à leur charge peuvent faire valoir à l'égard des tiers responsables des dommages occasionnés.

SECTION 2 : ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

I. (ABROGE)

Article 55. (ABROGE)

II. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Article 56. Logopédie

1. Les bénéficiaires

Le service a pour but d'assurer une couverture complémentaire des prestations de logopédie en faveur du bénéficiaire de moins de 18 ans, ayant un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant, en règle de cotisation dans le cadre du présent service.

2. Les interventions du service

a) Ce service accorde une intervention sur la quote-part du ticket modérateur lorsqu'il y a intervention en assurance obligatoire à raison de 100 % du TM pour les bénéficiaires ayant 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 et de 50 % pour les autres.

b) En cas de refus d'intervention de l'assurance obligatoire, une indemnité est accordée pour le remboursement des séances de logopédie.

Documents justificatifs : certificat médical plus rapport logopédique et reçu de la logopède.

Taux : 6,20 € par séance (maximum 50 séances par année civile).

Les séances au cours desquelles il est fait application de la méthode dite Tomatis sont assimilées aux séances de logopédie, ainsi que les séances d'éducation audio-vocale, et sont prises en charge dans les mêmes conditions.

c) Ce service comprend également l'organisation d'un service de logopédie pour lequel la quote-part personnelle du membre est fixée à 2,5 € par séance pour les séances de 30 minutes et 5 € par séance pour les séances de 60 minutes ; le solde, pour atteindre le montant de l'honoraire légal étant payé au prestataire par l'ASBL Solidarité & Santé.

Ce service est accessible aux membres qui ne peuvent bénéficier d'une intervention en assurance obligatoire.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec l'ASBL Solidarité et Santé.

d) Ce service accorde également une intervention lors de la réalisation du test de Quotient Intellectuel lorsque celui-ci est suivi d'un traitement logopédique.

Documents justificatifs :

- le rapport attestant du test de Quotient Intellectuel ;
- la preuve qu'un traitement logopédique est réalisé après le test de Quotient Intellectuel ;
- la preuve de paiement.

Intervention : 20 € (1 fois par vie).

L'avantage repris au point a) est cumulable avec les intervention prévues aux point c) et d).

Article 57. Pédicurie

Ce service accorde une indemnité pour le remboursement des soins de pédicurie médicale pour les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus ainsi que les diabétiques.

On entend par diabétique, les bénéficiaires d'un trajet de soins, d'une convention diabète ou de la prestation 102852 attestée durant l'année en cours ou l'année précédant la demande d'intervention en assurance complémentaire.

L'intervention par séance s'élève à 2,5 €.

Le nombre de séances est limité à 12 par année civile.

Documents justificatifs : reçus du (de la) pédicure/podologue comportant la ou les dates des prestations.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi. »

Article 58. Fourniture de matériel sanitaire

Ce service recouvre la vente de matériel sanitaire.

La liste du matériel disponible à la vente 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 la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec la société coopérative Union des Centres Médicaux Intermutualistes (UCMI).

Article 58 bis. Soins de santé préventifs - Dentisterie

(ABROGE)

Article 58 ter. Soins dentaires orthodontiques

1. Les bénéficiaires

Le service a pour but d'assurer une couverture complémentaire des soins orthodontiques en faveur du bénéficiaire ayant obtenu un accord en vertu de l'assurance obligatoire pour traitement orthodontique et bénéficiant d'un dossier médical global auprès du médecin traitant.

Il faut que le titulaire soit en règle de cotisation dans le cadre du présent service et qu'il ait effectivement droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé.

2. Les interventions du service

Le service rembourse pour le traitement orthodontique correspondant aux règles et conditions reprises à l'article 5 de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- un forfait de 75 € pour la prestation de 1ère intention ;

condition d'intervention : l'intervention n'est accordée que si le traitement orthodontique de 1ère intention a fait l'objet d'un accord du médecin conseil en vue d'une intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

- un montant maximum de 500 € par traitement orthodontique définitif, réparti en deux versements forfaitaires de 250 € consécutifs respectivement au remboursement en assurance obligatoire des prestations 305631-305642 (forfait pour appareillage en début de traitement) et 305675-305686 (forfait supplémentaire pour appareillage).

En toute hypothèse, qu'il s'agisse d'un traitement de 1ère intention ou d'un traitement définitif, il ne pourra être octroyé un montant forfaitaire supérieur au montant effectivement pris en charge par le membre.

Pièce justificative : document émis par la mutualité dûment complété par le prestataire.

Les interventions prévues au présent article sont cumulatives.

Article 58 quater. Dispensation de soins dentaires

Les soins dentaires prodigués sont dispensés avec garantie d'application des honoraires légaux pour l'ensemble des prestations.

D'autre part, il n'y a pas de perception des tickets modérateurs pour les personnes 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. La non-perception du ticket modérateur ne s'applique pas aux traitements d'orthodontie et à la fourniture de prothèses.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec l'ASBL Solidarité et Santé.

Article 59. Prothèses capillaires et matériel adapté à la maladie grave

Ce service accorde :

- a) une intervention dans la fourniture d'une prothèse capillaire.

Taux : 50 € (limité toutefois au montant restant à charge de l'assuré après intervention de l'assurance obligatoire).

Pièces justificatives : certificat médical et facture.

Cette prestation est accordée en cas d'intervention de l'assurance obligatoire et en complément à cette dernière. Son renouvellement ne pourra être octroyé, au plus tôt, que deux ans à dater de la fourniture de la prestation précédente.

- b) une intervention dans l'achat d'un vêtement adapté exclusivement dans les cas de cancer, maladie de Crohn ou patients stomisés à raison de 20 € par année civile.

L'intervention, est, en toute hypothèse, plafonnée au montant payé et est accordée sur base du formulaire type établi par la mutualité, dûment complété et signé par le fournisseur, ou d'une preuve d'achat du matériel adapté.

Article 60. Optique

1. Ce service accorde une intervention forfaitaire de 50 € dans les frais d'achat d'une monture de lunettes destinée au port de verres correcteurs, de verre(s) correcteur(s) ou de lentille(s) de contact correctrice(s) en faveur des bénéficiaires visés par l'article 30 bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Un délai de deux ans est imposé entre deux interventions pour un même bénéficiaire. Ce délai est calculé sur base des dates de fourniture.

L'intervention est accordée sur présentation de la facture acquittée d'un opticien agréé.

2. Ce service accorde une intervention forfaitaire de 25 € dans les frais d'achat d'une monture de lunettes destinée au port de verres correcteurs, de verre(s) correcteur(s) ou de lentille(s) de contact correctrice(s) en faveur des titulaires et des personnes à leur charge visés par l'article 30 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Un délai de deux ans est imposé entre deux interventions pour un même bénéficiaire. Ce délai est calculé sur base des dates de fourniture.

L'intervention est accordée sur présentation de la facture acquittée d'un opticien agréé.

Cette disposition ne peut aboutir à ce qu'une personne ayant un statut social visé par l'article 37 § 1^{er}, § 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, obtienne une intervention moindre que les autres membres.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Article 61. Médicaments homéopathiques

Ce service prévoit le remboursement à raison de 50 % des médicaments homéopathiques.

Le remboursement est attribué conformément à ce qui suit :

- les médicaments homéopathiques doivent faire l'objet d'une prescription médicale ;

- tous les médicaments homéopathiques prescrits en préparation magistrale, officinale ainsi que les spécialités homéopathiques seront remboursés ;
- les spécialités homéopathiques préparées et fournies par des laboratoires agréés par le RASH seront remboursées.

Le montant maximal du remboursement est fixé à 60 € par année civile.

Justificatifs requis : BVAC ou facture établie par le fournisseur agréé et portant mention de spécialités « homéopathiques ».

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Article 62. Thérapies alternatives

Le service octroie en faveur des titulaires et des personnes à leur charge une intervention dans les séances de thérapies alternatives.

Les thérapies alternatives visées sont : l'ostéopathie, la chiropractie, l'acupuncture, l'homéopathie, les thérapies manuelles, la sophrologie, la thérapie par ondes de choc, l'hypnose, l'hippothérapie, le mindfulness, le mindmapping, la posturopodie ou posturologie.

Cette intervention s'élève à 10 € par séance. Elle est limitée, par année civile, à 6 séances par bénéficiaire, toutes thérapies confondues.

- Ostéopathie, chiropractie, acupuncture et homéopathie

L'intervention n'est accordée que si le traitement est effectué par un ostéopathe, un chiropracteur, un acupuncteur ou un homéopathe.

En ce qui concerne les ostéopathes, seules feront l'objet d'une intervention les prestations attestées au moyen du document requis dont le modèle figure à l'annexe 20 des présents statuts.

Elle n'est pas accordée si le thérapeute délivre une attestation de soins donnés (INAMI).

En ce qui concerne l'homéopathie, seules feront l'objet d'une intervention les prestations attestées par un prestataire légalement reconnu comme homéopathe.

- Thérapies manuelles, sophrologie, thérapie par ondes de choc, hypnose, hippothérapie, mindfulness, le mindmapping, la posturopodie ou posturologie

L'intervention est exclusivement réservée aux soins pratiqués par un thérapeute diplômé d'une instance officiellement reconnue dans sa discipline soit au niveau belge soit au niveau européen.

En toute hypothèse, l'intervention est subordonnée à la production d'une facture établie par le thérapeute.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Article 63. Psychologie

Ce service accorde une intervention dans les séances individuelles de psychologie non prises en charge ou remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire.

L'intervention est exclusivement réservée aux soins pratiqués en Belgique par un psychologue diplômé d'une instance officiellement reconnue dans sa discipline.

Le bénéficiaire doit avoir un dossier médical global auprès de son médecin traitant.

Taux :

a) Intervention de 10 € par séance, limitées à 12 séances par an pour les moins de 18 ans ;

b) Intervention de 8 € par séance, limitées à 10 séances par an pour les 18 ans et plus.

Un plafond maximum de 60 séances est fixé sur l'espace d'une vie, incluant les prestations accordées en faveur des bénéficiaires de moins de 18 ans et 18 ans et plus.

Justificatif requis : reçu du psychologue.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Article 63 bis. Remboursement des tickets modérateurs pour les jeunes de moins de 18 ans

Ce service a pour but la couverture des tickets modérateurs légaux relatifs aux prestations ambulatoires effectuées en faveur des jeunes de moins de 18 ans inscrits à charge d'un titulaire bénéficiant des services complémentaires.

Les prestations ambulatoires concernées sont les suivantes : les consultations et visites effectuées auprès des médecins généralistes et spécialistes, les soins dentaires, les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie.

Sont par conséquent exclus de l'intervention, les soins prodigués en cas d'hospitalisation ainsi que les médicaments et toutes les prestations de la nomenclature ambulatoire autres que celles visées à l'alinéa précédent.

Pour prétendre à ce service, le jeune de moins de 18 ans doit avoir effectivement droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et bénéficier d'un dossier médical global ouvert auprès de son médecin traitant.

La couverture du ticket modérateur ne peut, en toute hypothèse, être supérieure au montant restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire.

Pièces justificatives : copie des justificatifs des prestations effectuées en faveur du jeune de moins de 18 ans.

Article 63 ter – Contraception

La Mutualité organise un service qui a pour but d'intervenir dans le remboursement des frais liés à la contraception. Pour en bénéficier, il faut avoir un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant.

Le montant de l'intervention s'élève à 40 € par année civile ou 120 €-répartis en 3 X 40 € sur une période de 3 ans pour les contraceptifs « longue durée » (stérilet/implant), sans toutefois pouvoir dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire et en tenant compte de l'intervention de l'assurance complémentaire dans le cadre de l'article 63 bis des présents statuts.

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

- pilule contraceptive (classification « contraception », à l'exclusion du traitement hormonal de substitution);
- patch contraceptif ;
- éponge contraceptive ;
- anneau vaginal ;
- stérilet ;
- implant contraceptif ;
- contraceptif injectable.

Les moyens contraceptifs non repris dans la liste ci-dessus (préservatif et assimilés, ...) ne sont pas pris en considération et ne donnent lieu à aucun remboursement.

L'intervention est accordée sur présentation de l'attestation de fourniture (BVAC ou annexe 30) délivrée par le pharmacien et portant son cachet ou, dans les cas de demandes de remboursement introduites pour les stérilets, implants et contraceptifs injectables, sur présentation d'une attestation médicale.

L'intervention peut également être accordée sur présentation du formulaire ad hoc établi par la Mutualité, dûment complété et signé par le bénéficiaire et le prestataire.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci- dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Remarques :

- En cas de changement de moyen contraceptif en cours d'année, le plafond de 40 €/an sera respecté et il ne pourra donc y avoir de dépassement.
- Un stérilet/implant dont le prix est inférieur à 120 € sera remboursé comme une fourniture annuelle, soit une intervention unique de 40 € à la date de fourniture.

Article 64. (Abrogé)

Article 64 bis. Vaccination

Ce service intervient :

- a) dans le coût de tous les vaccins reconnus en Belgique à concurrence d'un montant maximum de 25 € par année civile et par bénéficiaire.
- b) dans le coût des traitements de désensibilisation définitive à concurrence d'un montant maximum de 25 € par année civile et par bénéficiaire, et ce, durant une période maximale de 3 ans.

L'intervention reprise sous b) est cumulable avec l'intervention a), dans les limites prévues.

Justificatif : reçu du pharmacien.

Pour bénéficier de cette intervention, le membre doit bénéficier d'un dossier médical global ouvert auprès de son médecin traitant.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci- dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Article 64 ter : Enurésie

Ce service intervient dans les frais de traitement de l'énurésie pour les enfants entre 3 et 12 ans.

L'intervention est de 25 € par an :

- soit dans l'achat d'un réveil énurésie auprès d'Omnimut shop sur base de la facture ;
- soit dans l'achat de médicament de type "desmopressine" (Minirin) ou "oxybutynine" (Ditropan, Kentera, générique) ou "tolterodine" (Detrusitol) prescrit par un médecin spécialiste.

Prise en charge du ticket modérateur sur base du BVAC.

Pour bénéficier de cette intervention, le membre doit bénéficier d'un dossier médical global ouvert auprès de son médecin traitant.

L'intervention ne peut être supérieure au prix payé par le bénéficiaire.

Article 65. (Abrogé)

Article 65 bis. Kiné périnatale

- A) Ce service a pour but la couverture des tickets modérateurs légaux relatifs aux séances de kiné périnatale effectuées en faveur des titulaires ou des personnes à charge cotisant à l'assurance complémentaire.

Pour bénéficier de ce service, la personne doit avoir effectivement droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et avoir un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant.

L'intervention est limitée à 9 séances par grossesse. Elle ne peut toutefois être supérieure au montant restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire dans le cadre de l'article 63 bis des présents statuts.

Pièces justificatives : copie de l'attestation de soins établie par le prestataire.

- B) Sont assimilées à la kiné périnatale les séances de formations prénatales en piscine, collectives ou individuelles, dispensées aux futures mamans.

L'intervention est également limitée à 9 séances par grossesse à raison de 5 € par séance. Elle ne peut toutefois être supérieure au montant effectivement payé.

Pièces justificatives : attestation officielle du responsable de l'organisation dispensatrice de ces formations prénatales.

Article 65 ter. Prévention santé

1. Dépistage

a) Ce service a pour but d'intervenir dans les frais de dépistage des maladies suivantes : cancers, ostéoporose, diabète, maladies cardio-vasculaire (y compris l'examen cardiologique de dépistage en vue de la pratique d'un sport), allergènes et audition.

b) Ce service accorde également une intervention dans les frais d'un contrôle sanguin par an, quelle qu'en soit la raison médicale, un tel contrôle permettant ipso facto un dépistage.

Octroi d'un forfait de 10 € dans le cadre des actes médicaux liés au dépistage de ces maladies et au contrôle sanguin à raison de maximum 4 par an, tous examens confondus, une seule fois par an pour le contrôle sanguin.

Justificatif : attestation du prestataire établie selon le modèle de la Mutualité.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Pour bénéficier de ce service, il faut avoir un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant.

2. Gestion du diabète

Le service a pour but de proposer aux membres un certain nombre d'interventions en matière de prévention et de gestion du diabète. Le membre doit être en possession d'un Dossier Médical Global.

a) Achat de matériel

1) Remboursement de 50 % du prix d'achat de tiges, podomètre, glucomètre impédancemètre et capteur de mesure du taux de glycémie si le bénéficiaire n'est pas détenteur d'un trajet de soins du diabète ou de la convention diabète et a bénéficié du remboursement de la prestation 102852 attestée durant l'année en cours ou l'année précédant la demande d'intervention en assurance complémentaire.

2) Remboursement de 50 % du prix d'achat d'aiguilles de stylo à injection si le bénéficiaire est détenteur d'un trajet de soins du diabète ou d'une convention diabète ou a bénéficié du remboursement de la prestation 102852 attestée durant l'année en cours ou l'année précédant la demande d'intervention en assurance complémentaire.

Justificatif : facture d'achat originale.

Un cumul est possible pour les points a1 et a2 mais pour l'ensemble des interventions un plafond de 150 € par année civile est appliqué.

b) Le service accorde une intervention annuelle forfaitaire de 20 € aux membres qui apportent la preuve de leur affiliation à l'Association Belge du Diabète ou toute autre association ayant un objet social similaire.

3. Sevrage tabagique

Une intervention forfaitaire de 30 €/5 années civiles est octroyée sur base d'un document dûment complété par un médecin, un tabacologue certifié FARES (fonds des affections respiratoires) ou le centre d'aide aux fumeurs, attestant du suivi d'un traitement de sevrage tabagique (séances et/ou médicaments prescrits).

Pour bénéficier de ce service, il faut avoir un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant.

Article 65 quater. Intervention laser

Ce service intervient dans les frais d'intervention de chirurgie réfractive (intervention LASER) exclusivement pour un traitement de myopie, astigmatisme, presbytie ou hypermétropie à hauteur de 75 € par œil et par vie.

Pour bénéficier de ce service, il faut avoir un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant.

Document justificatif : attestation du prestataire ayant procédé à l'intervention.

Article 65 quinquies. Diététique - Obésité

Ce service a pour but d'intervenir dans les frais de diététique à raison de :

1. maximum 30 €/an à choisir parmi ces possibilités :

a) 10 € par séance de consultation chez un nutritionniste, diététicien ou nutrithérapeute agréé par l'Union des Nutrithérapeutes ou 10 € par abonnement mensuel PASSLIB chez Weight Watchers, avec un maximum de 3 par an.

Documents justificatifs : attestation du nutritionniste, du diététicien, une copie du PASSLIB de chez Weight Watchers.

b) 30 € octroyés après 6 séances consécutives chez Weight Watchers.

Document justificatif : une copie du document de chez Weight Watchers prouvant la présence aux séances.

c) 30 € dans l'achat de médicaments prescrits par un médecin sur base de la copie de la prescription médicale datant de moins d'un an et du BVAC ou facture.

Pour bénéficier de ce service, il faut avoir un dossier médical global ouvert auprès du médecin traitant.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

2. Une intervention supplémentaire de 20 € sera octroyée automatiquement en cas de combinaison d'une pratique d'un sport ayant fait l'objet de l'intervention reprise à l'article 75, 7a de nos statuts qui vise l'affiliation à un club sportif agréé par une fédération nationale, provinciale ou régionale ainsi qu'aux centres de fitness et à toute activité sportive régulière (min. 10 séances) et de la diététique, c'est-à-dire dès détection de l'octroi des codes d'intervention spécifiques déterminés en assurance complémentaire.

Article 65 septies. Séjours de soins / accueil « répit » des personnes dépendantes et/ou nécessitant des soins

Ce service se compose de 5 types d'intervention :

- 1) séjour dans une structure de convalescence ou maison de repos pour personnes âgées ou maisons de repos et de soins (ci-après dénommées maisons de repos), avec intervention financière complémentaire éventuelle en cas d'accompagnement de l'aidant proche ;
- 2) accueil de l'affilié en centres de soins de jours ;
- 3) séjour balluchon Alzheimer ;
- 4) séjour balnéaire ;
- 5) « répit ».

Complémentairement, le service « séjours de soins » pourra également, le cas échéant, organiser le retour à domicile de l'affilié par la coordination de l'aide et des soins à domicile.

1. Séjour dans une structure de convalescence ou maisons de repos, avec intervention financière complémentaire éventuelle en cas d'accompagnement de l'aidant proche

L'intervention pour séjour dans une structure de soins ou de repos de l'affilié consiste en un séjour limité dans le temps en faveur de personnes ayant perdu temporairement ou définitivement leur autonomie.

Dans ce cadre, le service octroiera, sur proposition du service social de la Mutualité de l'affilié, un séjour limité dans le temps dans une maison de convalescence conventionnée dont la liste exhaustive figure à l'annexe 30 des présents statuts ou dans une maison de repos non conventionnée mais agréée par une entité fédérée.

Dans ce cadre, le service pourra également octroyer une intervention financière complémentaire à l'affilié dépendant pour les actes de la vie journalière qui est accompagné par son aidant proche durant le séjour.

1° La demande

Pour obtenir un accord, l'affilié doit, avant le début du séjour, introduire auprès du service social de sa Mutualité un questionnaire médical et un formulaire administratif.

Pour obtenir une intervention financière complémentaire en cas d'accompagnement de l'aidant proche, la demande doit être faite conjointement à la demande de l'affilié aidé.

2° Conditions d'intervention du service

La demande de l'affilié « aidé » doit remplir soit un des critères médicaux, soit un des critères de soins, soit un critère d'isolement social.

N'entrent pas en considération les demandes pour les affiliés atteints d'une maladie contagieuse.

1) Critères médicaux

- a) présenter une affection médicale ou chirurgicale qui a nécessité une hospitalisation classique ou de jour, et pour autant qu'une demande soit introduite au maximum 14 jours après la fin de l'hospitalisation ;
- b) avoir suivi un traitement lourd, notamment par radiation ionisante et/ou chimiothérapie ;
- c) être soumis à des séances de dialyse.

2) Critères de soins

- 1° nécessité pour l'affilié de bénéficier de soins infirmiers ou d'une rééducation physique ;

2° nécessité pour l'affilié de bénéficier d'aide pour les actes de la vie journalière (AVJ) :

- aide pour se déplacer et/ou ;
- aide pour aller à la toilette et/ou ;
- aide pour s'alimenter et/ou ;
- aide pour se lever et/ou se coucher (ou autres transferts) ;
- aide pour se laver ou s'habiller /se déshabiller ;

3° nécessité d'une observation la nuit et/ou aide pour la prise de médicaments.

3) Critère d'isolement social

Dans ce cadre, un séjour peut être accordé :

- durant le temps nécessaire à l'organisation d'une coordination de soins et aide à domicile ;
- pour accorder du répit à l'aidant proche qui assume régulièrement l'aide aux actes de la vie journalière ;
- pour pallier à l'absence d'un aidant.

3° Intervention complémentaire en cas d'accompagnement par l'aidant proche lors du séjour

La demande de l'aidé en vue d'obtenir une intervention financière complémentaire en cas de séjour de l'aidant proche doit remplir les conditions suivantes :

1° L'aidé a besoin d'aide pour les actes de la vie journalière :

- soit une aide, partielle ou totale, pour 3 AVJ ;
- soit une aide totale pour 2 AVJ ;
- soit une désorientation et une aide partielle ou totale pour 2 AVJ.

2° La dépendance de l'aidé est chronique.

3° L'aidant proche s'occupe de l'aidé quotidiennement.

4° Lieu de séjour de soins

Les séjours faisant l'objet d'une intervention ont lieu :

- soit dans un établissement qui a conclu une convention de collaboration avec les Mutualités Libres ;

La liste des maisons de convalescence conventionnées dans le cadre du présent service figure à l'annexe 30 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.

- soit dans une maison de repos pour personnes âgées ou maisons de repos et de soins agréée par une entité fédérée (Communauté ou région).

Le choix de l'établissement appartient à l'affilié. Néanmoins il sera, si nécessaire, orienté par le service social vers le type d'institution le plus adéquat compte tenu des besoins en aide pour

les AVJ tels qu'ils sont indiqués dans le formulaire administratif. Il sera également tenu compte de son souhait d'être accompagné.

5° Ordre de priorité pour la gestion des séjours dans les établissements de convalescence (établissements conventionnés)

1) Priorité 1

Un affilié qui répond à un des critères médicaux se verra attribuer un accord de priorité 1 s'il répond à une des conditions suivantes.

La gradation au sein de la priorité 1 est la suivante :

P1 a : Hospitalisation avec besoin d'aide pour les actes de la vie journalière (AVJ) avec :

- ✓ minimum une aide, partielle ou totale, pour 3 AVJ, ou une aide totale pour 2 AVJ ;
- ✓ et ne sont pas accompagnés durant le séjour.

P1 b : Hospitalisation avec soins infirmiers plusieurs fois par jour.

P1 c : Présenter une pathologie invalidante.

P1 d : Besoin en soins important avec isolement social et/ou nécessité de mettre en place une coordination d'aide et de soins à domicile.

2) Priorité 2

Un affilié qui répond à un des critères médicaux ou qui répond cumulativement à un des critères de soins et un isolement social se verra attribuer un accord de priorité 2.

La gradation au sein de la priorité 2 est la suivante :

P2 a : Sortie d'hospitalisation avec besoin limité en soins ou aide aux actes de la vie journalière.

P2 b : Traitement : radio-, chimiothérapie ou dialyse.

P2 c : Besoin en soins léger avec isolement social.

3) Priorité 3

Un affilié qui répond soit à un des critères de soins, soit à un critère d'isolement social se verra attribuer un accord de priorité 3.

La gradation au sein de la priorité 3 est la suivante :

P3 a : Besoin en soins important sans isolement social.

P3 b : Besoin en soins léger sans isolement social.

A l'exception des affiliés ayant obtenu un accord P2 b, l'affilié qui bénéficie d'un code de priorité 2 mais qui ne respecte pas la date d'arrivée proposée, perd sa priorité et n'aura donc plus priorité par rapport aux autres assurés qui eux respecteraient les priorités indiquées.

6° Durée des accords

Les durées maximales d'accord sont les suivantes :

1) Séjour dans une structure d'hébergement (établissement de convalescence ou maison de repos) :

- 21 jours

- 2) Intervention complémentaire en cas d'accompagnement de l'aidant proche : à concurrence du nombre de jours pour lequel un accord a été obtenu par l'affilié aidé.

7° L'intervention du service

L'intervention du service pour le séjour de l'affilié dans une structure de convalescence ou maison de repos s'élève à € 25 par jour.

L'intervention financière complémentaire en cas d'accompagnement de l'aidant proche s'élève à 20 € par jour.

2. Accueil de l'affilié dans un centre de soins de jour

L'accueil de l'affilié consiste en un accueil en journée, dans un centre de soins de jours agréé par une entité fédérée (Communauté ou région), et ce afin de permettre à l'aidant de prendre du répit.

1. Demande et conditions d'intervention

Pour obtenir un accord, la demande de l'affilié doit répondre aux mêmes conditions que celles prévues en assurance obligatoire pour une intervention en centre de soins de jours, à savoir une dépendance correspondant à un forfait infirmier B ou C.

2. Durée de l'accord

La durée maximale de l'accord pour l'accueil de l'affilié en centres de soins de jours est de 21 jours par an.

3. L'intervention du service

L'intervention en cas d'accueil en centre de soins de jours s'élève à 10 € par jour.

3. Séjour baluchon Alzheimer

Le séjour baluchon Alzheimer assure un séjour, au domicile de l'affilié, en faveur de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une démence proche) dont l'aidant a besoin de répit.

Dans ce cadre, le service octroiera, sur proposition du service social de la mutualité de l'affilié, un séjour au domicile de l'affilié d'une personne formée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une démence proche).

1) Demande et conditions d'intervention

Pour obtenir un accord, la demande doit établir que :

- l'affilié est atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence proche ;
- l'aidant proche a besoin de répit.

2) Durée de l'accord

La durée maximale de l'accord pour un séjour balluchon Alzheimer est de 21 jours par an.

3) L'intervention du service

L'intervention du service pour le séjour balluchon Alzheimer s'élève à 30 € par jour.

4. Séjour balnéaire

L'intervention pour séjour balnéaire consiste en un séjour limité dans le temps au littoral pour les personnes en déficit d'autonomie.

Le service octroiera, sur proposition du service social de la mutualité, un séjour limité dans le temps au sein de l'établissement DUNNEPANNE, Maria Hendrikalaan, 5 à 8420 DE HAAN.

L'intervention est de 37 €.

Pour les personnes 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, l'intervention est portée à 40 €.

L'intervention financière complémentaire en faveur de l'aidant proche dans l'établissement précité s'élève à 20 € par jour.

5. « Répit » : le service octroie une intervention de 2 €/heure avec un plafond de 10 €/jour et 210 €/année civile pour un service « répit » (garde active à domicile, activités extérieures individuelles ou collectives) proposé aux personnes en situation de handicap, enfants ou adultes, et à leur famille pour soulager les aidants.

Condition : le service « répit » doit être agréé AWIPH.

Remarques :

Cumul des interventions du service « séjours de soins »

Les interventions du service « séjours de soins », prolongations éventuelles comprises, ne pourront pas excéder 21 jours par an.

Modalités de remboursement

Les structures d'accueil ayant conclu une convention de collaboration avec les Mutualités Libres pourront facturer ces interventions en tiers payant.

Pour les autres structures d'accueil, la facture de ladite structure sera adressée à l'affilié, à charge pour ce dernier de la transmettre à la Mutualité pour obtenir remboursement à concurrence des interventions du service.

Article 66. Garde d'enfants malades à domicile

Définition des interventions

1. Les membres

Le service de garde des enfants malades est organisé en faveur des affiliés visés à l'article 9 des statuts ainsi qu'en faveur des personnes à leur charge.

2. Objet et étendue du service

2.1. Objet

Le service a pour objet de garantir la garde au domicile d'enfants malades de 3 mois à moins de 15 ans.

2.2. Etendue territoriale

Les prestations offertes sont limitées au territoire de la Belgique.

2.3. Conditions d'intervention

Pour pouvoir bénéficier des prestations garanties, l'assuré doit être domicilié en Belgique et être en règle de cotisations pour les services complémentaires au moment où il fait appel au service.

Le service n'interviendra que pour autant que l'enfant pour lequel l'intervention est sollicitée ait la qualité de personne à charge du membre ouvrant l'accès aux prestations.

2.4. Période de couverture

Les prestations de garde d'enfants malades sont assumées du lundi au vendredi de 8h00 à 19h00, soit 5 jours par semaine.

3. Prestations octroyées

3.1. Présence au domicile de l'enfant malade de moins de 15 ans

A la demande du bénéficiaire, le service organise et prend en charge le coût de la garde d'un enfant à domicile à concurrence de 10 heures par jour maximum et pour une durée maximale de 3 jours ouvrables consécutifs.

Pour bénéficier de la garantie, le bénéficiaire devra fournir, sous pli fermé à l'attention du médecin agréé par le service, un certificat médical indiquant la situation du patient et précisant qu'une présence est nécessaire auprès de l'enfant malade. Le bénéficiaire 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 2,50 euros par heure de garde ; une heure de garde entamée est considérée comme une heure entière de garde.

Le membre s'acquitte de sa contribution au moyen du bulletin de virement qui lui est envoyé par la mutualité.

Le membre restant en défaut de payer sa contribution aux frais de garde ne pourra plus faire appel à ce service jusqu'au jour de la réception du paiement indu.

Dans le cas où une demande adressée par un affilié serait annulée tardivement (c'est-à-dire au-delà de 18 heures, la veille de la mission) et qu'il est impossible pour Tempo Team Childcare d'affecter la/le garde à une autre mission, le membre sera redevable à la mutualité d'un montant de 35 euros à titre de frais d'annulation.

3.2. Exclusions

- les maladies chroniques ;
- les maladies nécessitant des soins médicaux relevant d'un service infirmier ou d'infirmière à domicile ;
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile. Par hospitalisation à domicile, il faut comprendre, le cas d'un enfant qui, atteint de maladie lourde ne relevant pas de la compétence des puéricultrices, nécessite au moins deux visites de médecin par jour ;
- le week-end et les jours fériés ;
- pendant les repos hebdomadaires et les congés légaux des bénéficiaires.

Les services "Garde d'enfants" ne sont en aucun cas un service de baby-sitting et ne sont conçus pour les convenances personnelles des bénéficiaires.

4. Limites à la couverture

Afin que l'assistance puisse être organisée de manière optimale, le bénéficiaire veillera à contacter le service avant toute intervention et à n'engager des frais d'assistance qu'avec son accord. A défaut de l'avoir fait, ces frais sont remboursés dans la limite de ceux qui auraient été engagés si les prestations avaient été organisées directement par le service.

Pour pouvoir bénéficier de la couverture des prestations, le membre s'engage à :

- fournir les justificatifs originaux des dépenses engagées qui lui sont demandées ;
- apporter les preuves des faits qui donnent droit aux prestations garanties lorsque celles-ci lui sont réclamées.

A défaut, il pourra être réclamé au membre le remboursement des sommes qui ont été supportées par le service et ce, à concurrence du préjudice qui a été subi du fait d'un manquement à ces engagements ou dans leur totalité en cas d'intention frauduleuse.

Le nombre de jours de garde est limité à un plafond de 8 jours maximum par année civile et par enfant pour lequel il est fait appel au service.

La fourniture d'une garde à domicile dans les 24 heures de l'appel ne pourra être garantie dans les cas exceptionnels d'épidémies ou de force majeure.

5. Organisation du service

Pour l'organisation de ce service, il est fait appel à la société Tempo-Team Child Care SA, sphère Business Park à 1731 ZELLIK.

Article 66 bis. Coordination de soins et services à domicile

Le service a pour but d'organiser ou de soutenir sur le territoire belge des activités d'aide, de guidance et d'assistance par l'organisation et la coordination de tout type de service d'aide sociale et de soins à domicile.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec l'ASBL Solidarité et Santé, l'ASBL Namur Assistance, l'ASBL Vivre à Domicile Brabant Wallon, l'ASBL Vivre à domicile SH ainsi que l'ASBL Vivre à domicile Province de Liège.

Les bénéficiaires de ce service sont les titulaires ou personnes à charge qui :

- soit souhaitent rester à la maison, malgré un problème de santé ou un handicap ;
- soit ont quitté l'hôpital et ont encore besoin de soins ;
- soit administrent des soins à un parent malade ou handicapé.

Modalités pratiques :

L'affilié est tenu de téléphoner au centre de coordination des services de soins à domicile.

Le coordinateur ou la coordinatrice qui réceptionne l'appel fournit une écoute et aide à l'évaluation des besoins, il ou elle informe le bénéficiaire de tous les types d'aide et de tous les services disponibles et veille à la prise en charge et à la collaboration avec les services d'aide, à choisir librement par la personne.

- Lorsque plusieurs prestataires ont un rôle à jouer, ils organisent des réunions régulières, auxquelles le médecin traitant est invité, en vue d'une harmonisation de l'ensemble.
- Les différents prestataires impliqués dans l'aide à domicile sont :
 - infirmière ;
 - aide familiale ;
 - aide-ménagère ;
 - garde malade ;
 - repas à domicile ;
 - transporteur ;
 - volontaire ;
 - service de bricolage ;
 - service palliatif ;

- pédicure ;
- ergothérapeute (pour les avis concernant l'aménagement de l'habitation) ;
- kinésithérapeute ;
- service social.

Pour le service social, l'affilié peut contacter l'assistante sociale de sa région par téléphone, en se rendant à la permanence sociale ou en demandant une visite à domicile s'il est dans l'impossibilité de se déplacer. Elle l'informe et l'aide dans ses démarches administratives et sociales au niveau de la Mutualité ou des organismes sociaux extérieurs. Elle le soutient et assure également une guidance psychosociale.

Article 67. Aides familiales

- a) Ce service accorde une intervention horaire forfaitaire dans les prestations fournies par un(e) aide familiale.

Pièce justificative : quittance du service d'aides familiales.

Taux : intervention horaire de 0,50 € dans les suppléments à charge des assurés complémentaires qui obtiennent une aide familiale d'un service d'aides familiales agréé.

- b) Titres-services

L'intervention de l'article 67 est élargie aux titres-services pour les personnes ayant obtenu le statut de malade chronique durant l'année en cours ou l'année X-1

Pièce justificative : facture de l'agence de titres-services + détection du code « malade chronique » au sens AMI du terme (base légale : arrêté royal du 15 décembre 2013

<https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/?1&tmpl=kdoc&OIDN=500787&-VIEW=1&ulang=fr>

L'intervention du service est limitée à 520 heures par année civile et par bénéficiaire.

Article 68. Gardes malades

Ce service accorde une intervention horaire forfaitaire dans les prestations fournies par un(e) garde malade.

Taux : 0,75 € par heure.

Pièce justificative : quittance officielle de la (du) garde malade ou du service de gardes malades agréé.

L'intervention du service est limitée à 375 € par année civile et par bénéficiaire.

Article 68 bis. Prêt de matériel

Ce service a pour but d'assurer le développement d'une activité de prêt de matériel de nursing et de réadaptation.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec la société coopérative Union des Centres Médicaux Intermutualistes (UCMI).

Les bénéficiaires de ce service sont les titulaires ou personnes à charge qui :

- ont besoin de matériel adapté suite à leur état de santé ;
- s'occupent d'un membre de la famille dont l'état de santé nécessite la mise à disposition d'un matériel spécifique.

L'affilié est tenu de contacter le service de prêt le plus proche. Il doit s'y présenter, muni de sa carte d'identité sociale ou d'une vignette d'identification.

La liste du matériel de prêt figure à l'annexe 40 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.

Le matériel est prêté gratuitement pendant 1 mois aux affiliés en règle pour les cotisations.

Article 69. Télévigilance

Ce service a pour but de fournir aux affiliés un système de téléassistance qui permet d'intervenir lorsque ceux-ci ont un malaise, tombent ou se blessent accidentellement.

Par « système de téléassistance », on entend le pendentif ou le bracelet muni d'un bouton qui permet d'entrer en contact avec une centrale d'alarme ou le GSM.

Cette dernière a la possibilité d'immédiatement identifier l'appel et prend contact avec l'affilié pour envoyer l'aide requise. Elle reste en contact avec celui-ci jusqu'à l'arrivée des services de secours. Si l'affilié est incapable de répondre lui-même, la centrale d'alarme appliquera les instructions convenues au moment de l'installation, en avertissant le voisin ou le membre de la famille désigné.

Une quote-part mensuelle et forfaitaire de 5 € est remboursée aux titulaires et aux personnes à leur charge dans le coût de location de matériel de télévigilance.

Pièces justificatives : preuve du paiement à la centrale d'appel ou copie de la facture.

L'intervention est attribuée par mois complet d'utilisation du matériel précité.

Article 69 bis. Aménagement du domicile

Ce service intervient dans les frais exposés pour l'acquisition de techniques d'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 liste des aides techniques faisant l'objet d'une intervention comprend spécifiquement et exclusivement:

- Des aides aux soins (sièges percés, sièges de toilettes, de douche et de bains) ;
- Des adaptations et des aménagements permettant le maintien au domicile :

- lit et sommier électriques, fauteuils électriques,
- barres et poignées d'appui,
- dispositifs électriques d'ouvertures et de fermeture de portes,
- sièges lift, plateformes élévatrices.

L'intervention n'est accordée que si l'aménagement a été réalisé à la suite d'un rapport rédigé par un(e) ergothérapeute.

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.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié doit préalablement introduire une demande auprès du service social de la mutualité qui vérifiera que les conditions d'octroi sont bien remplies.

L'intervention accordée s'élève au montant à charge du bénéficiaire et est plafonnée, tous aménagements confondus, à 250 € dans la vie du bénéficiaire.

Justificatifs : l'intervention est accordée sur présentation du rapport de l'ergothérapeute et de la facture d'aménagement.

Article 70. Transport des malades

La Mutualité organise un service de transport des malades.

1. Ce service a pour but d'allouer aux membres visés à l'article 9 des présents statuts et aux membres de leur famille à charge une indemnité en cas de transport non-urgent en ambulance équivalente à 50 % du montant du transport. Cette indemnité est toutefois limitée à 190 € par transport.
2. En cas de transport par VSL (véhicule sanitaire léger) ou ambu-sanitaire ou T.P.M.R. (transports pour personnes à mobilité réduite), l'intervention est équivalente à 50 % du montant du transport et également limitée à 190 € par transport.
3. Le taxi patenté est remboursé à raison de 0,25 € le kilomètre, lorsqu'il n'y a pas possibilité de trouver une ambulance ou que ce mode de transport ne s'impose pas impérativement sur le plan médical. Cette intervention ne peut toutefois excéder le montant effectivement facturé.
4. a) Une intervention est également octroyée, à raison de 0,25 € le kilomètre, pour les transports effectués par une association de bénévoles reconnue et moyennant la remise de justificatifs identiques au transport en taxi.

Les interventions pour les transports en taxi sont subordonnées à la remise d'une prescription médicale établissant la nécessité du transport et d'une quittance du transporteur.

La même intervention sera accordée pour un transport par an effectué vers un lieu de court séjour ou de convalescence (ou vacances organisées par télé-secours vacances).

Dans ce contexte, une demande préalable devra être introduite auprès du service social de la Mutualité.

L'intervention sera calculée sur base d'un trajet aller-retour par jour à partir du domicile ou de la résidence du patient jusqu'au lieu de dispensation des soins.

- b) Une intervention est également octroyée, à raison de 0,34 € le kilomètre, pour les transports effectués par une association de bénévoles reconnue, en faveur de personnes transportées pour des traitements de chimiothérapie, radiumthérapie, dialyse et visite de contrôle (follow-up).

Justificatifs : en sus de la quittance du transporteur,

- pour les dialysés : annexes 53 et/ou 54 (demande d'intervention pour frais de déplacement en assurance obligatoire) ;
- pour les cancéreux : demande d'intervention en assurance obligatoire dans les frais de voyage du bénéficiaire qui satisfait aux dispositions de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989. L'intervention ne peut excéder le montant effectivement facturé.

Des interventions précitées, il y a lieu de déduire les montants éventuellement alloués par l'assurance obligatoire.

L'intervention du service est plafonnée à 745 € par an.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec l'ASBL « Patients Assistance ».

5. En cas de transport par hélicoptère médical sur le territoire national, le service intervient dans les frais de transport restant à charge du membre sans excéder le plafond de 500 € maximum.

Par hélicoptère médical, il faut entendre une ambulance volante de réanimation comportant des dispositifs techniques destinés à maintenir en vie le patient transporté, disposant à son bord d'un médecin spécialiste en anesthésie et réanimation et étant techniquement en mesure de transporter sans risque des traumatisés graves.

Les membres, ainsi que les personnes à leur charge, ont droit aux avantages de ce service à partir du septième mois suivant celui au cours duquel a été payée la première cotisation.

Par personnes à charge, il faut comprendre celles visées par la législation et la réglementation en matière d'assurance obligatoire.

Article 71. Allocation de naissance

- a) Ce service octroie une allocation à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant bénéficiaire d'allocations familiales une seule fois par enfant.

Montant de l'allocation : 300 €.

Pièce justificative : extrait d'acte de naissance ou d'adoption.

- b) D'autre part, le service prend en charge durant la première année de naissance ou d'adoption jusqu'à 40 € maximum de dépenses consenties pour l'achat de matériel destiné aux femmes enceintes et au confort du bébé. Ces achats doivent avoir été effectués auprès de la société coopérative Union des Centres Médicaux Intermutualistes (UCMI).

Pièce justificative : facture d'achat établie par UCMI durant une période qui commence au plus tôt 3 mois avant la naissance ou l'adoption et durant une période maximale de 1 an + extrait d'acte de naissance ou d'adoption.

Condition : il faut être membre de la mutualité à la date de la facture pour bénéficier de l'intervention.

- c) Assistance à la maternité et à l'adoption

Le service accorde une intervention de 5 € par titre service acheté dans le cadre de l'assistance ménagère durant une période qui commence au plus tôt 3 mois avant la naissance ou l'adoption et durant une période maximale de 6 mois. La date ultime d'achat doit se situer dans la période de 6 mois suivant la naissance ou l'adoption limitée à une fois par enfant.

Le nombre de titres service est plafonné à 30 durant cette période.

Justificatif : la facture d'achat des titres service établie au maximum 3 mois avant et 6 mois après la naissance ou l'adoption + extrait d'acte de naissance ou d'adoption.

Les avantages repris aux points a, b et c sont accordés au bénéfice de l'enfant lors de son affiliation en tant que personne à charge du parent titulaire affilié auprès de la Mutualité et pour autant que l'enfant soit membre à partir du jour de la naissance ou de l'adoption.

d) Allocation de grossesse

Une allocation forfaitaire de 100 €/grossesse est octroyée dans le but d'aider la future maman à prendre en charge les frais médicaux ou autres liés à la grossesse.

Pièce justificative : le document prévu par la mutualité, complété et signé par le gynécologue (attestant de la grossesse).

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

Article 72. (Abrogé)

Article 73. Fonds d'entraide

A. Bénéficiaires

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

Entrent uniquement en considération pour une intervention, les bénéficiaires avec un statut social au sens de l'article 37, §§ 1, 2 et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

B. Conditions

Entrent en considération pour une intervention,

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

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

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

C. Intervention

L'intervention prévue dans ce service :

- s'élève à 50% des frais restant à charge du bénéficiaire et
- est limitée à un maximum de 500 euros par année civile.

D. Pièces justificatives

L'intervention est octroyée sur présentation :

- d'une demande effectuée par le bénéficiaire auprès du service social de la mutualité;
- de factures, notes de frais qui attestent des frais exceptionnels et élevés à charge du membre.

Article 74. Fréquentation d'une crèche ou garderie privée

Ce service accorde une allocation journalière forfaitaire dans les coûts de crèche ou de garderie privée, agréée par l'O.N.E.

L'allocation est fixée à 1 € par jour, quelle que soit la durée de présence (semaine de 6 jours).

Pièce justificative : facture ou attestation de fréquentation mentionnant les périodes et le nombre de jours.

Article 75. Activités bien-être et santé

Ce service accorde une intervention dans le cadre de diverses activités de nature à promouvoir le bien-être physique, psychique et social.

Les interventions sont octroyées conformément aux conditions énumérées ci-après tout en ne pouvant, toutefois, être supérieures au montant effectivement payé par le membre.

1) CLASSES DE NEIGE

Taux : 50 €.

Pièce justificative : attestation de participation.

L'intervention est accordée aux enfants de moins de 18 ans.

Les classes de neige doivent obligatoirement avoir lieu en dehors des périodes de vacances scolaires.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

2) CLASSES DE MER OU D'ARDENNES

Taux : 25 €.

Pièce justificative : attestation de participation.

L'intervention est accordée aux enfants de moins de 18 ans.

Les classes doivent obligatoirement avoir lieu en dehors des périodes de vacances scolaires.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

3) STAGE A.D.E.P.S.

Taux : 2,5 € par jour avec un maximum de 28 jours calendrier par an.

Pièce justificative : attestation de participation.

Le stage doit obligatoirement avoir lieu pendant les vacances scolaires.

L'intervention est accordée, aux enfants de moins de 18 ans, pour les stages de maximum 28 jours calendrier par an.

Tous les stages (sportifs, langues, photos, etc.) sont repris dans cette rubrique, à l'exclusion des stages privés, à condition qu'ils soient organisés par la Communauté Culturelle Française, la Province, la Ville, la Commune, les A.S.B.L.

4) CAMPS ET PLAINES DE JEUX

Taux : 1 € par jour avec un maximum de 28 jours calendrier par an.

Pièce justificative : attestation de participation.

Les séjours doivent obligatoirement avoir lieu pendant les vacances scolaires.

L'intervention est accordée, pour les enfants de moins de 18 ans, pour les séjours de maximum 28 jours calendrier par an.

Les colonies, camps (guides, scouts, patro) et organisations communales sont dans cette rubrique.

5) VACANCES HANDICAPES

Ce service accorde aux bénéficiaires reconnus handicapés par le Ministère de la Prévoyance Sociale, pour les séjours organisés dans des centres adaptés, une intervention de 10 € par jour avec un maximum de 21 jours calendrier par an.

L'intervention sera octroyée sur présentation d'une demande formulée auprès du service social de la Mutualité et de la facture des frais de séjour.

6) VACANCES JEUNES

Ce service organise des cures d'air pour les jeunes de moins de 18 ans proposées par l'agence de voyage Ligne Bleue en partenariat avec soit l'ASBL Vacances vivantes, soit la société BDK.

L'intervention couvre 40 % du prix du séjour avec un plafond annuel de 225 €.

7) PRATIQUE D'UN SPORT

a. La pratique-d'un sport : intervention de 40 €, sous conditions, octroyée sans limite d'âge. Une intervention est octroyée sur le montant de l'affiliation à un club sportif agréé par une

fédération nationale, provinciale ou régionale ainsi qu'aux centres de fitness et à toute activité sportive régulière (min 10 séances).

L'intervention ne peut être accordée que si la personne concernée est affiliée au service et en ordre de cotisation le jour du paiement de l'abonnement au club sportif ou au centre de fitness.

Taux : 40 € par an.

Pièce justificative : attestation de l'organisation sportive.

La mutualité autorise l'introduction d'une demande d'intervention par voie digitale. La pièce justificative requise est une photo des documents justificatifs mentionnés ci-dessus.

La mutualité se réserve le droit de réclamer l'original du justificatif durant une période de 3 mois à dater de la réception de l'envoi.

b. Une intervention de 10 € est octroyée maximum 1 X/an/activité mentionnée ci-dessous (soit max 30 €/an) pour :

- la participation à un événement sportif de type « challenge » ;
(on entend par « challenge » une activité sportive ponctuelle pour laquelle une participation financière a été demandée)
- lorsqu'on se rend à vélo à son travail ;
- la participation à un stage sportif.

Cette intervention n'est pas cumulable avec l'intervention octroyée à l'article 75.3) pour un même stage. Le cas échéant, l'intervention la plus avantageuse sera octroyée (soit X jours à 2,50 € soit les 10 €).

Remarque : les camps et plaines de jeux repris à l'article 75.4) ne sont pas considérés comme des stages sportifs. La mutualité permet le cumul des interventions prévues au point 4 et au point 7 alinéa b) du présent article, étant donné que les critères d'octroi de ces avantages sont bien distincts.

Les interventions a et b sont cumulables mais le plafond annuel pour l'ensemble de cet avantage ne peut dépasser 50 €.

8) BREVET DE SECOURISME

Une intervention de 20 € est octroyée sur les frais d'inscription à une formation de secourisme organisée par la Croix Rouge ou organisme reconnu officiellement.

Cette intervention est payable une seule fois par vie.

Justificatif : attestation de réussite.

Article 75 bis. Prévention nouveau-nés

Il est attribué par nouveau-né un colis unique rassemblant un ensemble d'articles en relation avec la prévention de la maladie ainsi que la sécurité à domicile comprenant un drap de bain hypoallergénique (100 x 140 cm, blanc avec liseré brodé du logo Omnimut) en éponge (400 gr /m²) avec étiquette de nettoyage, un thermomètre digital avec pointe flexi, 2 blocs-portes, 4 protections de table, un set de 2 pare-soleil en couleur ainsi qu'un coussin voiture destiné à la protection de la nuque des nouveau-nés.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec l'ASBL Solidarité et Santé.

Article 76. (Abrogé)

Article 76 bis. (Abrogé)

Article 76 ter. (Abrogé)

Article 76 quater. Défense des membres

La mutualité organise un service de conseil juridique sous la dénomination service défense des membres.

Ce service a pour buts :

- de conseiller les membres dans leurs différends avec les prestataires et les hôpitaux ou, éventuellement, dans leurs actions envers ceux-ci ;
- de donner 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 ;
- de gérer les actions en justice prévues à l'article 39 de la loi du 6 août 1990, afin d'assurer la défense des membres vis-à-vis des tiers.

Aucune contribution financière ne sera exigée du membre pour pouvoir faire appel aux diverses interventions du service.

Ce service est obligatoire pour tous les membres de la Mutualité.

Article 76 quinquies. Information aux membres

Le service information aux membres est un service obligatoire organisé en faveur des affiliés ainsi qu'en faveur des personnes à leur charge.

Le service a pour but d'assurer aux affiliés l'accès à l'information afin de leur apporter une meilleure connaissance des principes essentiels de la réglementation sociale et des équipements de santé en vue de les responsabiliser quant à une meilleure prise en charge de leur santé et de leur bien-être en général.

L'information aux membres vise en particulier :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- les services complémentaires ;
- les questions de santé ;
- l'actualité de l'A.M.I. ;
- la bonne utilisation de la législation sociale et de la sécurité sociale ;
- l'amélioration de la qualité de la vie des membres.

Art. 76 Sexies : Service social

Objet

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

Bénéficiaires

Ce service s'adresse à tout le monde.

Avantage

Le service octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils, en exécution de la réglementation applicable en région wallonne.

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Moyens

Pour la réalisation des avantages qui ne relèvent pas de l'exécution de l'assurance obligatoire, le service est intégralement financé par des moyens mis à disposition par la région wallonne en vertu de l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social. Cet arrêté est repris en annexe 2 des présents statuts.

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

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.

Ce service, conformément au point 1° de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6 de la loi du 26 avril 2010, ne constitue pas une opération et ne crée pas un droit individuel à une intervention lorsque se produit un événement futur et incertain.

Article 77. Service administratif

- Le centre administratif visé sous le code (98/1), distinct du service administratif (98/2), 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 « ni ni » ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé 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 centre administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro ;
- Le service administratif (98/2) a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au

cours des exercices précédents et imputés à ce service. En ce qui concerne les charges et les recettes spécifiques pouvant être affectées au service administratif (98/2), il y a également lieu de se référer aux charges et produits déterminés par l'Office de contrôle. Par ailleurs, des cotisations administratives ne peuvent être perçues que dans le cadre dudit service administratif (98/2).

Article 77 bis. (Abrogé)

Article 77 ter. Promotion

Ce service organise la promotion de la Mutualité au travers de campagnes de marketing ou de sponsoring d'événements dans le cadre de la politique générale de la Mutualité.

Pour la réalisation de ce service, la Mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités avec l'ASBL Solidarité et Santé.

CHAPITRE VIII. RECETTES - DEPENSES - PLACEMENTS DE FONDS

Article 78. La Mutualité tient une comptabilité pour chaque service conformément aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

- les cotisations mentionnées à l'article 52 des présents statuts;
- les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux;
- les intérêts ainsi que les bénéfices sur titres affectés à chacun d'eux sur base des disponibilités au 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

Les dépenses de chacun des services sont constituées par :

- les avantages garantis par les présents statuts;
- les pertes sur titres;
- les frais de fonctionnement.

Article 79. Les fonds sont placés conformément aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur.

CHAPITRE IX. MODIFICATION DES STATUTS - FUSION - MUTATION - DISSOLUTION

SECTION 1 : MODIFICATION DES STATUTS

Article 80. La compétence de modifier les statuts appartient à l'assemblée générale.

Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres est présente ou représentée et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

Si le quorum de présences n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale peut être convoquée qui délibère quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

Article 81. Les modifications statutaires sont transmises à l'Office de contrôle pour approbation.

La condition d'approbation visée à l'article 11 § 1er de la loi du 06/08/1990 étant remplie, les modifications entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale et au plus tôt à la date de l'Assemblée Générale.

SECTION 2 : FUSION AVEC UNE AUTRE MUTUALITE

Article 82. La Mutualité peut fusionner avec une autre Mutualité de la même Union Nationale sur décision prise, à la majorité des deux tiers, alors que la moitié des délégués sont présents ou représentés, à moins qu'il s'agisse d'une seconde convocation, par l'Assemblée Générale convoquée spécialement à cet effet.

Cette convocation mentionne :

- les motifs de la fusion;
- les droits et obligations des Mutualités concernées, de leurs membres et leurs personnes à charge;
- l'affectation des fonds sociaux;
- les modifications de statuts ou les nouveaux statuts;
- les formes et conditions de la liquidation.

Article 83. La fusion doit être approuvée par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale ainsi que par l'Office de Contrôle qui fera procéder à la publication prévue à l'article 12 § 1er de la loi du 06.08.1990.

Elle entre en vigueur à partir du premier janvier qui suit l'approbation par l'Office de Contrôle.

SECTION 3 : MUTATION

Article 84. La Mutualité peut à tout moment prendre la décision de muter vers une autre Union Nationale conformément aux dispositions légales prévues par l'article 5 de la loi du 6 août 1990.

Cette décision est prise par l'Assemblée Générale convoquée à cet effet qui délibère selon les modalités prévues à l'article 80 des présents statuts.

La mutation sortira ses effets au premier janvier qui suit la date de l'approbation par l'Office de Contrôle.

SECTION 4 : DISSOLUTION

Article 85. La Mutualité peut être dissoute sur décision prise, à la majorité des deux tiers, alors que la moitié des délégués sont présents ou représentés, à moins qu'il s'agisse d'une seconde convocation, par l'Assemblée Générale convoquée spécialement à cet effet.

Cette convocation mentionne :

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

Article 86. La même Assemblée Générale désigne un ou plusieurs liquidateur(s) choisi(s) sur la liste des réviseurs d'entreprises agréés.

Article 87. Le ou les liquidateur(s) désigné(s) transmet(tent) la décision dans un délai de trente jours civils à la Direction du Moniteur belge pour y être publiée avec mention de l'identité du ou des liquidateurs.

Article 88. (ABROGE)

Article 89. Toute décision relative à la dissolution est communiquée sans délai à l'Office de contrôle.

Elle n'a d'effets qu'à condition que l'Office de contrôle ne s'y oppose pas dans les soixante jours à dater de la communication.

CHAPITRE X. ENTREE EN VIGUEUR DES PRESENTS STATUTS

Article 90. Les présents statuts entrent en vigueur le 1er janvier 2019.

Liste du matériel à la vente UCMI au 1er juillet 2017

<u>Aide à la mobilité</u>	prix (tvac) membre 2017
Paire de béquilles (adultes)	de 6,50 à 26,00
Cannes (cannes de marche, canne quadripode)	de 11,00 à 80,00

<u>Aide à la vie journalière</u>	prix (tvac) membre 2017
Cannes de préhension	de 20,00 à 70,00
Enfile bas	de 13,00 à 16,00
Gobelet (canard, à déglutir, ...)	de 6,00 à 15,00
Bol micro-ondes avec ventouse	de 16,00 à 22,00
Urinal homme + couvercle	de 4,50 à 7,50
Panne ovale	de 10,00 à 15,00
Bidet pour wc	de 10,00 à 15,00
Rehausseur wc	de 36,00 à 50,00
Appui toilette	de 40,00 à 65,00
Seaux & chaises toilettes + pièces rechange (S. A. V.)	de 7,50 à 200,00
Assises rotatives pour permettre de quitter un véhicule	de 21,60 à 40,00
Chaise haute de cuisine ambio	de 100,00 à 130,00

<u>Aide à la toilette</u>	prix (tvac) membre 2017
Tapis de bain	de 17,50 à 25,00
Poignée pour sortie de la baignoire	de 35,00 à 65,00
Planche de bain	de 35,00 à 50,00
Siège bain manuel & électrique	de 120,00 à 650,00
Accessoires pour siège de bain électrique	de 130,00 à 160,00
Tabouret de douche	de 55,00 à 70,00
Chaise de douche	de 65,00 à 165,00
Barres d'appui	de 8,50 à 18,00
Râpes électriques sur pieds	de 45,00 à 65,00
Sets de manucure et pédicure	de 35,00 à 55,00

<u>Aide au diagnostic</u>	prix (tvac) membre 2017
Glucomètre	de 38,50 à 50,00
Fournitures pour glucomètre (tigettes, ...)	de 25,00 à 50,00
Tensiomètres	de 26,00 à 120,00
Adaptateur tensiomètre M6 Comfort	de 16,50 à 22,00
Oxymètre	de 60,00 à 150,00

<u>Aide à la médication</u>	prix (tvac) membre 2017
Distributeur de médicaments - semainier 7 modules	de 12,50 à 20,00
Coupe médicaments	de 7,00 à 12,00
Aérosols	de 50,00 à 120,00
Filtres & masques aérosols	de 1,90 à 25,00
Appareils pour traitement des allergies	de 30,00 à 50,00

<u>Rééducation</u>	prix (tvac) membre 2017
Matériel réeduc. (home-trainer, vélo elliptique, spinning et tapis de marche)	de 220,00 à 1.750,00

<u>Comfort & bien être</u>	prix (tvac) membre 2017
Appareils pour luminothérapie (lunettes, ...)	de 87,00 à 450,00
Cefaly (prévention & traitement migraine) + accessoires	de 12,00 à 325,00
Oreiller Oxy 2 (pour patient appareillé)	de 54,50 à 75,00
Taies de rechange pour oreiller Oxy2	de 12,50 à 20,00
Appareils de traitement à la chaleur (bouillote, gilet, ...)	de 20,00 à 60 ,00
Systèmes de massage (couvre-sièges, matelas, ...)	de 60,00 à 325,00
Protèges-matelas anti-acariens	de 85,00 à 175,00

Coussins cervicales pour le voyage	de 15,00 à 45,00
Déshumidificateurs et accessoires	de 10,00 à 350,00
Purificateurs + accessoires	de 20,00 à 325,00

<u>Hospitalisation à domicile</u>	prix (tvac) membre 2017
Lits électriques médicalisés complets sans matelas	de 950,00 à 2.300,00
Matelas médical	de 70,00 à 650,00
Sangle enrouleur automatique pour perroquet lit médicalisé	de 40,00 à 50,00
Housse pour matelas	de 13,50 à 20,00
Oreillers médical	de 31,50 à 120,00
Table de lit	de 90,00 à 250,00
Fauteuils - Relax électrique	de 600,00 à 1500,00
Perroquet sur pied	de 120,00 à 180,00
Lève-personne	de 1500,00 à 2500,00
Sangles de lève-personnes pour le transport du malade	de 100,00 à 175,00
Gants de toilettes jetables	de 2,00 à 30,00
Matériel incontinence (produits de soins, langes, alèses, bavoirs)	de 3,50 à 145,00

<u>Prévention des escarres</u>	prix (tvac) membre 2017

Coussins anti-escarres pour siège	de 25,00 à 70,00
Coussin rond caoutchouc gonflable (bouée)	de 18,50 à 25,00
Matelas anti-escarres	de 40,00 à 400,00
Compresseur anti-escarres	de 75,50 à 100,00
Kit compresseur + matelas anti-escarres	de 108,00 à 400,00


<u>Omnibaby</u>	prix (tvac) membre 2017
Humidificateur	de 50,00 à 80,00
Anneaux de dentition	de 5,00 à 10,00
Biberons & tétines	de 4,50 à 12,00
Sachets et pots de conservation du lait maternel	de 10,00 à 35,00
Thermobag (sac chauffeur/refroidisseur pour biberon)	de 20,00 à 30,00
Stérilisateur (micro-ondes & électrique)	de 27,00 à 75,00
Tire-lait manuel & kit tire-lait	de 16,00 à 60,00
Chauffe biberon électrique	de 35,50 à 45,00
Cuillères	de 6,50 à 10,00
Set 1er couverts	des 6,50 à 8,00
Tasses + poignées	7,50 à 10,00
Bavoirs (jetables)	de 1,70 à 5,50
Kit hygiène	de 25,00 à 35,00
Kit naissance	de 25,00 à 40,00

Poubelles pour langes bébé & cassettes-recharges	de 20,50 à 30,00
Langes & produits de soins (savons, crèmes & lingettes, tapis de soins)	de 1,70 à 80,00
Coussin & matelas pour le bain	de 12,50 à 25,00
Coussin positionneur dormeur (small & large)	de 22,50 à 40,00
Crème anti crevasse pour mamelons	de 10,00 à 20,00
Thermomètres	de 5,15 à 70,00

<u>Sécurité & prévention</u>	prix (tvac) membre 2017
néant	néant

ANNEXE A L'ARTICLE 62

Attest osteopathie Attestation ostéopathie


09512345600095123456000

Naam/Nom: JANSSEN Jan
Adres/Adresse: Stationstraat 1
1000 Brussel
☎: 02/123 45 67

Erkenningsnr/N° d'agrément:

Kleef van de patiënt / Vignette du patient

Naam en voornaam patiënt / Nom et prénom du patient

.....

Datum consultatie Date consultation	Ontvangen bedrag Montant reçu
.....

Handtekening verstreker
Signature du prestataire

Stempel verstreker
Cachet du prestataire

SPECIMEN

Liste des maisons de convalescence conventionnées

ANNEXE A L'ARTICLE 65 SEPTIES

La Résidence du Lac
avenue Amédée Hesse, 45
4900 Spa
Tél. : 087/77.10.74

Le Belvédère
avenue Reine Astrid, 28
4910 Theux
Tél. : 087/53.91.91

Château Sous-Bois
chemin Sous-Bois, 22
4900 Spa
Tél. : 087/77.02.12

La Seniorie du Sart-Tilman
route du Condroz, 406
4031 Liège-Angleur
Tél. : 04/367.45.55

Résidentie 't Neerhof
Nieuwstraat, 69
9660 Brakel-Elst
Tél. : 055/43.15.10

Résidence St-James
avenue Wolfers, 9
1310 La Hulpe
Tél. 02/653.62.99

Home Bethanie
Bois Pirart, 127
1332 Genval
Tél. : 02/655.00.70

Résidence Dr J. Hustin
rue de l'Hôpital, 9
6030 Marchienne-au-Pont
Tél. : 071/44.85.10

Résidence du Bois de La Pierre
Venelle du Bois de la Pierre, 20
1300 Wavre
Tél. : 010/42.06.00

Astoria
Leopoldlaan, 7
8420 De Haan
Tél. : 059/24.24.11

Cité Sérine
rue des Cultivateurs, 30
1040 Bruxelles
Tél. : 02/733.72.10

Het Namaste Huis
Veldestraat, 57
9850 Merendree
Tél. : 09/371.58.20

Même si ...
Rousseaulaan, 21
8670 Koksijde
Tél. : 010/88.97.54

Domaine de Nivezé
route du Tonnelet, 76
4900 SPA
Tél. : 087/79.00.00

Heureux Séjour
rue de la ferme, 4
6180 Courcelles
Tél. : 071/92.36.70

Liste du matériel à la location UCMI au 28 juin 2018

Le transport pour le matériel lourd (lit, lève personne, home-trainer) s'élève à 10 €.

Montant des locations redevables à partir du 2ème mois :

Aide à la mobilité	prix (tvac) membre 2018
canne quadripode	6,00
cadre de marche pliant (4 pieds fixes)	6,00
paire de béquilles enfant	6,00
remarque : paire de béquilles adulte (uniquement à la vente !!!)	
rollator (2 roulettes avant - 2 pieds fixes arrière) pliant	6,00
chaise roulante repose pieds ou repose jambes, adultes & enfants	de 8 à 12
Aide à la vie journalière	prix (tvac) membre 2018
appui toilette	6,00
chaises toilettes (seau vendu séparément pour raison d'hygiène)	6,00
Aide à la médication	prix (tvac) membre 2018
aérosol (masques adultes & enfants vendus séparément)	7,00
Rééducation	prix (tvac) membre 2018
pédalier (encadrement avec pédales à fixer à un fauteuil ou une chaise)	6,00
vélos d'appartement	12,00
Hospitalisation à domicile	prix (tvac) membre 2018
lit électrique médicalisé complet qui comprend :	25,00
1 matelas médical (achat d'une housse pour raison d'hygiène)	
1 perroquet	
1 jeu de barres latérales pivotantes	

lit manuel (sommier sur roulettes, réglages dos et jambes manuellement)	8,00
jeu de barres pour lits médicalisés manuels	6,00
perroquet pour lits médicalisés manuels	6,00
perroquet sur pied (socle à placer derrière le lit nuptial)	6,00
pied à perfusion sur roulettes (pour déposer les poches à perfusion)	5,00
table de lit (tablette sur 4 roulettes)	6,00
lève personne électrique (palan)	12,00
soulève couverture (pour personnes opérées au niveau des jambes)	5,00
matelas	6,00
appui-dos	6,00
Prévention des escarres	prix (tvac) membre 2018
compresseur anti-escarres (+ différents matelas alternating vendus séparément pour raison d'hygiène)	6,00
Femmes enceintes & confort bébés	prix (tvac) membre 2018
tire-lait électrique (kits tire-lait vendus séparément pour raison d'hygiène)	8,00
pèses bébés électroniques fonctionnant sur piles	6,00

Tableau de cotisations de l'entité 506 – Omnimut, mutualité libre de Wallonie

Version 2019/1

Date d'approbation : 20/09/2018

Date d'application : 01/01/2019

Catégories de membres

Cat. 1 : Ménage mutualiste sans personne à charge

Cat. 2 : Ménage mutualiste avec personnes à charge

Cotisations propres

Services		Accords (nombre)	Références (articles des Statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
				Cotisations normales	
Code	Nom			Cat. 1	Cat. 2
15	Autres opérations	9	56 à 76 quater	79,32	79,32
37	Information aux membres sur les avantages offerts	1	76 quinquies et 77 ter	4,20	4,20
93	Patrimoine	1	-	3,60	3,60
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	77	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	77	50,76	50,76
	Cotisation Union Nationale (soins urgents à l'étranger)			5,52	5,52
TOTAL				143,40	143,40

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
15	Autres opérations	0441.385.632	ASBL Soins Chez Soi
15	Autres opérations	0433.990.866	ASBL VAD Namur
15	Autres opérations	0809.644.449	ASBL VAD-BW
15	Autres opérations	0811.872.677	ASBL VAD – PLg
15	Autres opérations	0420.926.649	ASBL Solidarité et Santé
15	Autres opérations	0816.935.978	ASBL VAD-SH
15	Autres opérations	0864.154.291	ASBL Patients Assistance
15	Autres opérations	0417.008.641	SA Tempo-Team Childcare
15	Autres opérations	0403.939.078	SCRL U.C.M.I.
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0420.926.649	ASBL Solidarité et Santé
93	Patrimoine	0420.926.649	ASBL Solidarité et Santé