

STATUTS*

DE L'UNION NATIONALE

DES MUTUALITES LIBRES

(Applicable au 1^{er} janvier 2017)

**Modifications statutaires soumises à
l'Assemblée Générale du 24 juin 2016**

*extraits statutaires en relation avec l'article 48 : Soins Urgents à l'Etranger

UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES

Établie à Bruxelles

Assujettie à la loi du 6 août 1990

-

Reconnue par Arrêté Royal du 25 septembre 1928

(Moniteur Belge du 11 octobre 1928)

-

S T A T U T S

-

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

Vu la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités 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.

Après délibération, l'Assemblée Générale, réunie **le 24 juin 2016** à Bruxelles, a décidé, au quorum de présence et à la majorité des voix exigés par la loi, de fixer les statuts de l'Union Nationale comme suit :

CHAPITRE I

CONSTITUTION - DENOMINATION - SIEGE - CIRCONSCRIPTION ET OBJET

Article 1.

Il a été institué, le 20 mai 1928, à Bruxelles, une association mutualiste, reconnue par Arrêté Royal du 25 septembre 1928, sous la dénomination : "UNION NATIONALE DES FEDERATIONS DE MUTUALITES PROFESSIONNELLES DES INDUSTRIES DE LA BELGIQUE".

La dénomination suivante : "UNION NATIONALE DES FEDERATIONS DE MUTUALITES PROFESSIONNELLES DE BELGIQUE" a été homologuée par Arrêté Royal du 22 septembre 1931.

Par la suite, la dénomination suivante "UNION NATIONALE DES MUTUALITES PROFESSIONNELLES ET LIBRES" a été homologuée par Arrêté Royal du 11 juin 1990.

Sa dénomination actuelle est depuis le 1er janvier 1995 : "UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES". Dans ses relations avec les tiers, l'Union Nationale peut utiliser la dénomination suivante "MUTUALITES LIBRES".

Son abréviation officielle est « MLOZ ».

Article 2.

L'Union Nationale a pour objet :

- a) dans le cadre de l'article 6 de la loi du 6 août 1990, la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission ;
- b) d'organiser dans le cadre de l'article 7 § 2 de la loi du 6 août 1990 et de l'article 67 de la loi du 26 avril 2010 :
 - 1° Les services suivants obligatoires pour toutes les mutualités et pour tous leurs membres :
 - a) un service soins urgents à l'étranger ;
 - b) un service information ;
 - c) un service "Défense des membres" ;
 - d) un service promotion santé ;
 - e) un service fonds de réserve de complément ;
 - 2° le service suivant facultatif pour les mutualités et obligatoire pour les membres des mutualités qui s'y affilient ;
- c) d'organiser dans le cadre de l'article 7 § 4 de la loi du 6 août 1990 un service d'épargne prénuptiale, facultatif dans le chef des membres.
- d) d'organiser dans le cadre de l'article de l'article 67 alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 :
 - a) un service solidarité internationale ;
 - b) un service administratif (code 98/2).

Les missions prévues ci-avant s'exercent dans le respect de la loi du 6 août 1990 et de ses arrêtés d'exécution, de la loi du 26 avril 2010, de la législation et de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que des dispositions arrêtées par les instances de l'Union Nationale.

Les mutualités affiliées à l'Union Nationale offrent à leurs membres la possibilité de s'affilier aux produits d'assurance qui sont organisés par la « Mutuelle Entraide Hospitalisation », société mutualiste assurantielle (numéro d'identification), autorisés par l'Office de Contrôle des Mutualités et les unions nationales de mutualités par la décision du (date annonce Moniteur Belge) de proposer des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que de couvrir, en complément, les risques qui font partie de la prestation d'aide comme prévu à la branche 18 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal susmentionné.

Article 3.

Le siège social de l'Union Nationale est établi à 1150 Bruxelles, rue Saint-Hubert, n° 19. Le champ d'activité s'étend à l'ensemble du territoire belge. L'Union Nationale s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique ainsi qu'aux :

- personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge ;
- militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger.

CHAPITRE II
COMPOSITION DE L'UNION NATIONALE

Article 4.

L'Union Nationale se compose de mutualités reconnues conformément à la Loi.

Article 5.

Pour bénéficier des avantages octroyés par les services organisés par les présents statuts, les membres effectifs des mutualités sont répartis en deux catégories, à savoir :

* **Catégorie A :**

- a) Les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'extension, et qui cotisent pour les services complémentaires.
- b) Les travailleurs frontaliers affiliés en assurance obligatoire et qui payent les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
- c) Les personnes qui sont inscrites auprès de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, de la Caisse des Soins de Santé de HR Rail, de l'Office des Régimes Particuliers de Sécurité Sociale/Régime de la sécurité sociale d'outre-mer ou de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins, qui payent les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
- d) Les personnes, résidant en Belgique et bénéficiant du régime d'assurance soins de santé organisé par l'Union européenne en faveur de ses fonctionnaires ou par le SHAPE en faveur de ses agents et qui payent les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
- e) Les personnes qui ne sont plus soumises à l'assurance obligatoire, suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
- f) Les personnes qui ont leur domicile ou leur résidence principale en Belgique et qui en vertu d'un règlement européen ou d'un traité relatif à la sécurité sociale, ouvrent un droit au remboursement des prestations de santé et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
- g) Les personnes qui font parties du personnel d'une ambassade ou d'un consulat établi en Belgique et qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et de 1963, doivent être assurés pour les soins de santé par leur pays d'origine.

* **Catégorie B:**

Les membres titulaires ou bénéficiaires qui participent au service de l'épargne prénuptiale.

Les membres bénéficiaires sont les personnes à charge visées à l'article 55.

...

CHAPITRE V

SERVICES ORGANISES PAR L'UNION NATIONALE

Article 42.

Pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2 des présents statuts, l'Union Nationale organise, selon les modalités fixées ci-dessous, des services pour les membres (et les personnes à charge), visés à l'article 5, A et B des présents statuts, des mutualités affiliées.

Les services visés au chapitre V sont organisés pour tous les membres visés à l'article 5, ainsi que pour les personnes à leur charge visées à l'article 55, à l'exception des services visés à la section 10 qui sont uniquement organisés pour les membres (et les personnes à leur charge) visés à l'article 5. B.

A l'exception du service d'Épargne Préuptiale visé à l'article 2, c) les avantages des services sont offerts selon les moyens disponibles.

Les membres qui n'ont pas payé leurs cotisations obligatoires relativement à une période de 24 mois d'affiliation pour les services et opérations organisés par l'Union Nationale visés à l'article 2, b) sont exclus pour les services organisés par l'Union Nationale après qu'il leur ait été adressé, au plus tard dans le courant du mois qui suit ce 24ème mois (consécutifs ou non), une lettre recommandée qui les somme de payer les cotisations impayées et les informe de leur exclusion, à la fin du trimestre qui suit le 24ème mois de non-paiement des cotisations, des services complémentaires de l'Union Nationale, de la mutualité à laquelle ils sont affiliés, ainsi que des sociétés mutualistes auxquelles ils ont pu s'affilier et rester affiliés eu égard à leur affiliation à ladite mutualité.

La procédure d'exclusion sera directement gérée au niveau des mutualités.

Lorsque pour l'octroi d'une intervention il est tenu compte d'autres interventions octroyées au membre en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, il est précisé que le cumul de toutes les interventions octroyées sera toujours identique pour l'ensemble des membres. Cette disposition ne concerne pas les contrats d'assurance privés dont les interventions ne peuvent être prises en considération dans la détermination des avantages octroyés dans le cadre des présents statuts.

...

Section 5

Service de soins urgents à l'étranger

Article 48.

L'Union Nationale organise un service dénommé « Soins urgents à l'étranger ».

A. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires et leurs personnes à charge qui, avant leur départ à l'étranger, ont payé la cotisation pour les services complémentaires.

Les bénéficiaires sont tenus d'avoir leur résidence officielle en Belgique et doivent être inscrits au Registre National belge des personnes physiques. Cette condition ne vaut pas pour les personnes suivantes :

- 1) les bénéficiaires exerçant une activité liée à celle des forces belges auprès de l'Eurocorps en France, pour les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique et de la France ;
- 2) les bénéficiaires qui payent des cotisations sociales en Belgique, mais qui ont leur résidence officielle aux Pays-Bas, en Allemagne, au Luxembourg ou en France et les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique ou du pays de leur résidence officielle ;
- 3) les bénéficiaires qui payent des cotisations sociales en Belgique, mais qui sont détachés par leur employeur belge vers un pays repris au point D.1. et dont la résidence officielle se situe dans le pays de détachement, ainsi que les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique ou du pays de leur résidence officielle ;
- 4) les pensionnés, invalides et personnes à charge qui ne résident pas chez le titulaire, qui tombent dans le champs d'application des règlements européens 883/2004 et 987/2009, et dont le lieu de résidence officiel se situe dans un Etat-membre de l'Union européenne, et les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique et du pays de leur résidence officielle.

Par son recours à ce service, le patient donne l'autorisation à sa mutualité et l'organisation à laquelle le service est confié de rassembler, de traiter et de communiquer à des tiers toutes les informations médicales et autres, nécessaires pour le suivi des affaires suivantes : la gestion de l'assistance, la gestion des frais et du décompte relatif à l'assistance, ainsi que la gestion des contentieux éventuels. Les dispositions légales en matière de secret médical restent toutefois entièrement applicables.

B. Le service

Le service en cas de maladie ou d'accident à l'étranger comporte :

1. Une assistance via la centrale d'assistance Mediphone Assist lors d'un problème médical urgent ou d'un décès à l'étranger.

Par assistance, il faut entendre :

- l'information et les avis fournis dans le domaine médical et administratif ;
- les garanties de paiement accordées en cas d'hospitalisation, de dialyse et d'oxygénothérapie, de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique et de soins ambulatoires à la suite d'un accident de sports d'hiver.

- l'organisation d'un rapatriement médicalement nécessaire du malade ou de la personne blessée ;
- l'organisation du rapatriement de la dépouille mortelle ;
- l'envoi de médicaments, de prothèses et d'appareils, lorsqu'ils ne sont pas disponibles sur place ;
- les contacts avec la famille et les médecins.

2. Interventions financières.

Le service prévoit une intervention complémentaire dans les frais suivants :

- les frais de voyage et/ou de séjour supplémentaires de la personne malade ou blessée, ainsi que d'un seul compagnon de voyage ;
- les frais médicaux qui restent à charge du bénéficiaire après l'application de la réglementation nationale ou internationale relative à l'assurance maladie et après toute intervention dans le cadre d'une autre assurance imposée par une disposition légale ou réglementaire ;
- les frais de téléphone.

La centrale d'assistance Mediphone Assist détermine dans le respect des présentes dispositions statutaires, la politique à mener pour la réalisation du service décrit ci-dessus. Si le bénéficiaire ne suit pas les directives et les procédures de la centrale d'assistance, il perd son droit d'assistance et de remboursement.

C. Les conditions

Les conditions suivantes doivent être remplies pour pouvoir bénéficier du service :

1. Sauf cas de force majeure, la centrale d'assistance Mediphone Assist doit être avertie dans les 48 heures qui suivent l'admission à l'hôpital suite à un accident, une maladie ou une affection ;
2. La prestation de services est valable pour une période de 3 mois par séjour, à compter du premier jour des soins médicaux à la suite d'un accident, d'une affection ou d'une maladie.

La période de couverture du service est de 12 mois pour les étudiants qui séjournent dans un pays de l'Union Européenne ou en Norvège, en Islande, au Liechtenstein ou en Suisse, pour y participer à un programme d'échange ou pour y faire un stage et qui sont donc à même de présenter une attestation de l'établissement d'enseignement étranger.

Lorsqu'un affilié est en incapacité de travail et pour autant qu'une autorisation de séjour à l'étranger du Médecin-Conseil de la mutualité soit requise dans le cadre de l'assurance indemnités, l'assistance via la centrale d'assistance Mediphone Assist et l'intervention financière ont lieu, sans préjudice des points D et E du présent article, pour autant que le premier soin soit réalisé durant la période accordée préalablement par le médecin-conseil de la mutualité.

3. Il doit s'agir de soins médicaux urgents non programmés.

Le service ne couvre pas les soins médicaux lorsque le déplacement à l'étranger a pour but de s'y faire soigner ou examiner.

Le service se réserve le droit de refuser l'assistance et l'intervention ou de la récupérer si le voyage ou le séjour à l'étranger ou un éventuel comportement à risque au cours du séjour entraîne une aggravation de l'état de santé.

4. Pour l'intervention complémentaire dans les frais liés aux soins médicaux à l'étranger, les factures originales acquittées doivent être remises accompagnées de la preuve de leur paiement.
5. Le bénéficiaire est censé se comporter comme un « bon père de famille », il est donc censé avoir le comportement que toute personne prudente doit normalement avoir dans les mêmes circonstances.

D. Les interventions

1. Les frais liés aux soins de santé à l'étranger

Les frais de soins de santé à la suite d'un accident, d'une affection ou d'une maladie produit dans un Etat-membre de l'Union Européenne, Norvège, Islande, Liechtenstein, Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, Syrie, Egypte, en Libye, en Algérie, Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie et en Palestine entrent en ligne de compte pour une intervention du service, après déduction de l'intervention de l'AMI ou des conventions internationales ou de toutes assurances imposées par une disposition légale ou réglementaire. Cette disposition ne s'applique pas aux contrats d'assurance particuliers, dont les interventions ne peuvent pas être prises en compte pour l'établissement des avantages qui sont octroyés dans le cadre de ce service.

Les frais qui découlent d'une hospitalisation, **de soins ambulatoires pré- et posthospitaliers (max. 15 jours avant et 15 jours après l'hospitalisation dont ils sont liés)**, de soins ambulatoires à la suite d'un accident de sports d'hiver, ainsi que d'une dialyse, **d'oxygénothérapie, de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique, et d'oxygénothérapie** sont intégralement pris en charge par le service. **Si pour ces soins, l'appel à la centrale d'assistance n'a pas lieu dans les 48 heures, tel que stipulé ci-dessus en C.1, ils seront pris en charge par le service à concurrence de maximum 75 % des frais facturés (avec exclusion des frais repris au point E).**

En ce qui concerne les soins ambulatoires (autrement dit les soins médicaux pour lesquels le patient n'a pas besoin de passer la nuit à l'hôpital), les frais médicaux et les médicaments sont pris en charge par le service à concurrence de maximum 75 % des frais facturés (avec exclusion des frais repris au point E), sauf s'il s'agit de frais ambulatoires à la suite d'un accident de sports d'hiver ou en cas de dialyse, **d'oxygénothérapie, de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique, et d'oxygénothérapie.**

En cas d'hospitalisation, les frais médicaux sont uniquement pris en charge au cours des 15 premiers jours, sauf si les soins administrés sont toujours considérés comme étant indispensables après ce délai de 15 jours et ne peuvent être reportés jusqu'après le retour en Belgique.

En cas de soins ambulatoires, aucune garantie ne sera versée directement à l'hôpital, sauf s'il s'agit de soins ambulatoires à la suite d'un accident de sports d'hiver et dans le cas des dialyses **d'oxygénothérapie, de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique** ~~de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique et d'oxygénothérapie.~~

En cas de frais pour médicaments, ceux-ci seront remboursés pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin étranger à la suite d'une consultation chez ce médecin étranger.

2. Les frais liés au rapatriement et au transport du patient.

Les frais d'un rapatriement médicalement nécessaire ou du rapatriement d'une dépouille mortelle au domicile ou au lieu de séjour fixe en Belgique ou à l'hôpital le plus proche de ce domicile ou ce lieu de séjour fixe en Belgique, sont intégralement pris en charge par le service si l'accident, l'affection ou la maladie s'est produit dans un état membre de l'Union européenne, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, en Syrie, en Égypte, en Libye, en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie et en Palestine.

Les frais de transport **en ambulance** du patient du lieu de l'accident ou du lieu de séjour à l'étranger vers un hôpital étranger en raison d'un problème médical inattendu, ainsi que le transport d'un hôpital étranger vers un autre hôpital étranger sont également intégralement pris en charge par le service. **Les frais d'autres moyens de transport (transport en commun, taxi) du patient du lieu de l'accident ou du lieu de séjour à l'étranger vers un hôpital étranger en raison d'un problème médical inattendu, ainsi que le transport du patient d'un hôpital étranger vers un autre hôpital étranger sont pris en charge par le service à concurrence de maximum 75 % des frais facturés.**

Les frais de déplacement dans le cadre des traitements à l'étranger de dialyse, d'oxygénothérapie et de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique sont pris en charge par le service à concurrence de maximum € 100 par mois.

3. Les frais de voyage et de séjour à la suite d'un accident, d'une affection ou d'une maladie produit dans un état membre de l'Union européenne, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, en Syrie, en Égypte, en Libye, en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie et en Palestine.

Les frais suivants de voyage à l'étranger et de séjour à l'étranger du patient et d'une personne dont la présence auprès du patient est justifiée pour des raisons médicales et humaines sont pris en charge ou remboursés par dossier :

- jusqu'à un montant de maximum € 100 par jour pour maximum 10 jours : frais de séjour comme l'hôtel, les repas, le taxi...
- jusqu'à un montant de maximum € 500 : les frais de voyage de la Belgique vers le pays dans lequel le patient se trouve.

L'accord relatif à ces frais est donné par la centrale d'assistance.

4. Les frais de téléphone à la suite d'un accident, d'une affection ou d'une maladie produit dans un état membre de l'Union européenne, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, en Syrie, en Égypte, en Libye, en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie et en Palestine.

Les frais du premier contact téléphonique avec la centrale d'assistance Mediphone Assist sont pris en charge par le service par l'octroi d'un montant forfaitaire de € 15 par dossier, uniquement si les conditions reprises au point C sont remplies.

Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge, les interventions sont payées au bénéficiaire à charge duquel l'intéressé est inscrit auprès de la mutualité. Les interventions peuvent également être payées à toute personne munie d'une procuration écrite du bénéficiaire et sur présentation de différents documents justificatifs probants.

5. La possibilité de faire appel aux interventions reprises au point D court jusqu'à la fin du troisième mois qui suit la période pour laquelle les cotisations pour les services complémentaires sont payées.
6. Les interventions reprises au point D ne sont pas d'application en cas de séjour sur un territoire ou sur une île dépendant d'un Etat membre de l'Union européenne et qui est repris(e) sur la liste des territoires et îles exclu(e)s au point E.

E. Les exclusions

Sont exclus de l'intervention de ce service :

- les frais de séjour et de soins dans les centres de cure thermique et de convalescence ;
- les frais en cas de collocation ;
- les frais de vaccinations ;
- les traitements esthétiques et de rajeunissement ;
- les greffes d'organes sauf accord spécial du Conseil d'Administration ;
- les frais liés à la réparation ou à l'achat de lunettes et d'autres prothèses de l'œil, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires ;
- les frais liés à la réparation ou l'achat d'autres prothèses externes ;
- les frais liés à la réparation ou l'achat d'une chaise roulante ou appareil similaire ;
- les frais liés à la pratique d'activités sportives ou de loisirs qui ont pour effet de majorer le risque, en ce compris toute activité pour laquelle l'organisateur demande au participant de signer un document de décharge de toute responsabilité. Il s'agit des activités suivantes : l'alpinisme, le basejump, le bobsleigh, le deltaplane, le downhill, le saut à l'élastique, le horseball, l'alpinisme sur glace, les courses en voiture/moto ou avec un horsbord, le paragliding, le parasailing, le parapente, la descente en luge, le saut à ski, le ski acrobatique, le ski hors-piste, le snowboard hors-piste, la spéléologie, l'ULM, le parachutisme, les sports de combat, le vol à voile ;

- les frais liés à la pratique d'un sport rémunéré : la participation à une compétition ou une exhibition sportive pour lesquels l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour lesquels les participants reçoivent une rémunération, sous quelque forme que ce soit. Y sont assimilés : les préparations et entraînements pour ces compétitions ou exhibitions ;
- les frais résultant de faits de guerre (notamment si la destination de voyage est déconseillée par le SPF Affaires Etrangères);
- les frais survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale sauf preuve à apporter par le bénéficiaire que celui-ci ne prenait pas part active et volontaire à ces événements (notamment si la destination de voyage est déconseillée par le SPF Affaires Etrangères);
- les frais résultant d'accidents ou maladies survenant lorsque le bénéficiaire se trouve sous l'influence d'alcool, de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- les frais résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit ;
- les frais résultant d'une tentative de suicide ou du fait intentionnel de l'intéressé, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- les frais qui résultent d'un acte volontaire exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience (notamment si la destination de voyage est déconseillée par le SPF Affaires Etrangères);
- les frais résultant d'une catastrophe naturelle ou industrielle.
- les frais découlant d'un séjour dans l'un des territoires mentionnés ci-dessous ou sur l'une des îles mentionnées ci-dessous, qui sont rattachés à un Etat membre de l'Union européenne, à savoir :
 - pour la France : la Réunion, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane française, la Polynésie française, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Mayotte, les Terres australes et antarctiques françaises, la Nouvelle Calédonie, Clipperton ;
 - pour le Royaume Uni : les îles Caïmans, Anguilla, les îles des Bermudes, Montserrat, Sainte-Hélène, Ascension et Tristan da Cunha, le territoire britannique de l'océan Indien, Géorgie du Sud et les îles Sandwich du Sud, le territoire antarctique britannique, les îles Malouines, les îles Pitcairn, les îles Vierges britanniques, les îles Turques et Caïques ;
 - pour les Pays-Bas : les Antilles néerlandaises, à savoir, Saba, Curaçao, Bonaire, Saint-Martin et Saint-Eustache et Aruba ;
 - pour le Danemark : le Groenland ;
- les frais liés à des soins médicaux programmés, à savoir les soins suite à un déplacement à l'étranger dans le but de s'y faire soigner ou examiner ou en vue d'y accoucher.

...

CHAPITRE VI

PRESCRIPTION

Article 52.

- § 1. L'action en paiement des interventions dans le cadre des services repris dans les présents statuts se prescrit deux ans après l'événement qui peut donner droit à l'octroi d'un avantage en vertu des statuts.

L'action en paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement d'interventions financières et indemnités qui a été accordé dans le cadre des services repris dans les présents statuts 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 dans le cadre des services repris dans les présents statuts 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 manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

- § 3. L'action en paiement des cotisations pour les services repris dans les présents statuts 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 pour les services repris dans les présents statuts 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.

CHAPITRE VII

COTISATIONS – STAGES - EFFECTIFS

Article 53.

Les cotisations pour les services complémentaires, mentionnées dans ces statuts, sont exigibles mensuellement, conformément à l'article 3 bis de la loi du 6 août 1990.

Les cotisations qui sont encaissées par les mutualités sont versées trimestriellement et à la fin de la période à l'Union Nationale.

L'octroi des interventions prévues dans le cadre des présents statuts est suspendu lorsque le membre n'a pas acquitté ses cotisations pour les services complémentaires depuis plus de trois mois après la dernière période couverte par des cotisations.

Tout non-paiement des cotisations portant sur une période de 24 mois (consécutifs ou non) entraînera l'exclusion des services visés à l'article 2, b) des statuts et ce, conformément à l'article 42 des statuts.

Les cotisations payées pour une période au cours de laquelle le membre n'est plus affilié auprès du service pour lequel (lesquels) les cotisations sont redevables, seront remboursées au membre dans les trois mois qui suivent la fin de l'affiliation.

Les mutualités sont tenues de fournir à l'Union Nationale tous les renseignements exigés par cette dernière.

Les cotisations ne pourront jamais être d'un montant tel que l'article 67 de la loi du 26 avril 2010 qui prévoit la fixation d'une cotisation minimale ou d'une cotisation maximale, serait violé.

Les cotisations sont reprises au tableau en annexe des statuts.

...

CHAPITRE X

COLLABORATION

Article 63.

- § 1. En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, l'Union Nationale peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.
- § 2. A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration, ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres et les personnes à leur charge.
- § 3. L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'Assemblée Générale et transmis à l'Office du Contrôle. Le Conseil d'Administration fait annuellement rapport à l'Assemblée Générale sur l'exécution des accords conclus ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par l'Union Nationale.

...

Liste des accords de collaboration

- Accord de collaboration approuvé par l'Assemblée Générale du 29 novembre 2009 avec la société AGA International SA – Belgian branch, sous la dénomination « MEDIPHONE ASSIST – Assistance à l'étranger pour les membres de l'Union Nationale des Mutualités Libres » (**article 48, Service Soins urgents à l'étranger**).
- Accord de collaboration approuvé par l'Assemblée Générale du 29 novembre 2009 avec la société Mondial Service - Belgium, sous la dénomination « MEDIPHONE ASSIST – Ligne d'information pour les membres de l'Union Nationale des Mutualités Libres » (**article 48, Service Soins urgents à l'étranger**).
- Accord de collaboration approuvé par l'Assemblée Générale du 28 juin 2002 avec l'asbl patrimoniale « Apress asbl ».