

Mutualité Neutre de la Santé (226)  
Rue de Chestret, 4-6  
4000 LIEGE

# Statuts

## *Version coordonnée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2016*

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

- décidées par l'assemblée générale de la mutualité **le 15/06/2016**
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités **le 08/09/2016**.

L'Office de contrôle a approuvé les dispositions statutaires suivantes sous réserve d'une ou plusieurs modifications à apporter : **article 60, dernier §**.

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

La mutualité est affiliée :

- à l'union nationale 200, dont les statuts sont disponibles sur le site internet de celle-ci à l'adresse suivante : <http://www.mutualites-neutres.be>

## - CHAPITRE I -

### CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS - SIEGE SOCIAL et CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITE

#### Article 1

Une mutualité a été établie à LIEGE, le 28 février 1891, sous la dénomination "FEDERATION NEUTRE DES SOCIETES DE SECOURS MUTUELS RECONNUES DE L'ARRONDISSEMENT DE LIEGE"

A partir du 1.1.1992, cette mutualité prend la dénomination de MUTUALITE NEUTRE DE LA SANTE et utilisera, dans ses relations avec les tiers, l'abréviation "MUTUALITE DE LA SANTE" et le sigle M.N.

Le siège social est situé rue de Chestret, 4-6 à LIEGE.

## Article 2

Les buts de la mutualité sont :

a) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup> a) et c) de la loi du 6 août 1990, la participation à l'exécution de l'assurance maladie obligatoire pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission. L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité l'amène à se porter garante du remboursement des prestations de santé, tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres ou à leurs personnes à charge, soit directement, soit par le biais du tiers payant.

En outre, cette tâche comprend aussi la guidance des membres afin qu'ils puissent bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire.

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

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution ou de l'article 3, alinéa 1<sup>e</sup>, c, de la loi du 6 août 1990.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'union nationale.

La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'union nationale.

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup> 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 leurs affiliés et à leurs personnes à charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

Code	OCM
un service hospitalisation	14
un service logopédie	15
un service pédicurie	15
un service matériel de soins	15
un service alimentation et soins pour bébé	15
un service prothèses	15
un service kinésithérapie	15
un service vaccins	15
un service bilan santé	15
un service diététique	15
un service traitement de psychologie	15

un service sevrage tabagique	15
un service contraception	15
un service tickets modérateurs	15
un service gynécologie	15
un service greffe	15
un service fécondation in vitro	15
un service posturopodie	15
un service médecines alternatives	15
un service optique	15
un service traitements orthodontiques	15
un service de convalescence	15
un service garde d'enfants maladies	15
un service crèches	15
un service garderie d'enfants	15
un service aides familiales, aides ménagères, gardes-malade et soins à domicile	15
un service prêt et achat de matériel sanitaire et de réadaptation	15
un service biotélévigilance	15
un service ambulance	15
un service frais de déplacement	15
un service naissance et adoption	15
un service jeunesse – interventions individuelles	15
un service jeunesse - vacances Horizons Jeunesse	15
un service bien-être et santé	15
un service tourisme social	15
un service affiliation à un club sportif	15
un service soins aux malades	15
un service information périodique aux membres (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	37
un service social (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	37
un service patrimonial (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	93
un centre administratif (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	98/2

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 auprès de laquelle elle est affiliée (article 7, § 2, de la loi).

c. Dans le cadre de l'article 68 – 1° de la loi du 26.04.2010, portant dispositions diverses en matière d'organisation des services complémentaires, elle est considérée comme intermédiaire d'assurances au sens de l'article 1°, 3° de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et réassurances et à la distribution d'assurances.

d. L'affiliation aux services organisés par la Mutualité est obligatoire.

L'affiliation aux services organisés par l'Union Nationale auxquels la Mutualité est affiliée est obligatoire à l'exception de celle au service d'épargne prénuptiale qui est facultative.

L'affiliation au service de l'épargne prénuptiale de l'Union Nationale est facultative.

e. Centre de répartition administratif.

En vue d'une imputation totale et d'une répartition correcte des frais d'administration communs des services repris à l'article 2 point b, il est créé un centre de répartition administratif (98/1).

### Article 3

La mutualité n'a aucun caractère politique.

Le siège social de la mutualité est établi à LIEGE et son champ d'activité comprend tout le territoire national.

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

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

#### Article 4

La mutualité est affiliée à l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES établie à 1060 BRUXELLES, chaussée de Charleroi, 145.

## Article 5

La Mutualité ne comprend qu'une seule circonscription.

## - C H A P I T R E I I -

### AFFILIATION - DEMISSION - EXCLUSION

#### Article 6

Tout titulaire au sens de l'assurance maladie et invalidité obligatoire qui souhaite s'affilier auprès de la mutualité, pour lui-même et pour ses personnes à charge, est accepté à condition :

1° qu'il s'engage à respecter le prescrit des statuts de la Mutualité et de l'Union Nationale auquel la Mutualité a adhéré

2° que si son affiliation consiste en une mutation individuelle au sens de l'article 255, alinéa 1<sup>e</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, sa mutation ne soit refusée ou retirée, en exécution de l'article 118, alinéa 3 de la dite loi coordonnée par l'Union Nationale de la Mutualité dont le titulaire était membre à la date mentionnée, selon le cas, à l'article 3 ter, 1° ou 2° de la loi du 06.08.1990

3° qu'il ne soit pas membre d'une autre mutualité, que ce soit pour les activités visées à l'article 2 a) des présents statuts ou pour celles visées à l'article 2 b).

Peuvent également s'affilier les personnes reprises à la 3<sup>ème</sup> catégorie de l'article 9 des présents statuts.

Cette affiliation doit se faire pour l'ensemble des services complémentaires de la Mutualité et des services complémentaires de l'Union Nationale auxquels la Mutualité a adhéré.

L'affiliation à l'épargne prénuptiale organisée par l'Union Nationale est toujours facultative.

L'acceptation en tant que membre ouvre la possibilité de bénéficier des avantages prévus à l'article 2 b) de ces statuts. Les prestations des services sont octroyées en fonction des moyens disponibles et pour en bénéficier, il faut être en ordre de paiement des cotisations.

Les personnes à charge sont bénéficiaires des services organisés par les présents statuts, dès que leur inscription comme bénéficiaire aux avantages des services organisés par les mutualités affiliées est définitive. Les présents statuts disposent pour chaque service ce qu'il faut entendre par personne à charge, bénéficiaire de ce service.

Au 1er janvier de chaque année, tout titulaire au sens de l'assurance maladie invalidité obligatoire ainsi que tout nouveau membre affilié au cours de l'année devra payer une cotisation administrative.

Cette cotisation est destinée à venir s'ajouter au budget des frais d'administration de l'assurance obligatoire de la mutualité en vue de l'équilibrer et sera gérée de la même façon.

## Article 7

Le non-paiement de la cotisation pour les services visés à l'article 2 b) des présents statuts constitue une cause d'exclusion des membres. Cette exclusion ne concerne que les services complémentaires. La notion de "services complémentaires" vise tant les opérations que les éventuels services visés à l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010.

La Mutualité a le pouvoir d'exclure les membres qui ne paient pas leur cotisation aux services complémentaires et ce en application de la procédure décrite ci-après :

- Si les cotisations n'ont pas été payées relativement à une période de 23 mois consécutifs ou non, la procédure d'exclusion est entamée.
- Au plus tard, dans le courant du mois qui suit l'expiration de ce délai, une lettre recommandée sera adressée aux membres concernés les invitant à s'acquitter du paiement des cotisations avant l'expiration du délai de 24 mois de non-paiement des cotisations et les informant que l'exclusion prendra effet à la fin du trimestre qui suit ce délai de 24 mois.

En cas de paiement de l'arriéré des cotisations avant l'expiration du délai de 24 mois susvisé, le membre ne sera pas exclu. Par contre, si le membre paie les arriérés après l'expiration du délai de 24 mois de non-paiement des cotisations, il sera exclu. Cette exclusion sera communiquée au membre par lettre recommandée. L'exclusion ne dispense pas le membre exclu du paiement des arriérés de cotisations dues.

## Article 8

Peuvent être exclus comme membres des services visés à l'article 2 b) les membres qui se rendent coupables d'une infraction qui a un rapport avec la loi du 6 août 1990 ou avec ses arrêtés d'exécution.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'administration (ou la personne ou commission désignée à cet effet par le Conseil d'administration suite à la possibilité de délégation de compétence - (article 23 de la loi du 6 août 1990)) après avoir entendu le membre en ses moyens de défense. Le membre qui ne répond pas aux jour et heure proposés est censé avoir renoncé à ses moyens de défense, sauf excuse valable.

## - C H A P I T R E I I I -

### CATEGORIE DES MEMBRES

#### Article 9

Pour bénéficier des avantages octroyés par les services organisés par les présents statuts, les membres font partie de l'une des catégories reprises ci-après :

##### 1<sup>ère</sup> catégorie :

les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur "soins de santé" et/ou "indemnités", organisée par notre assurance maladie et invalidité belge, et pour les services complémentaires sont affiliées à notre organisme assureur. Pour les services complémentaires, décrits sous le chapitre V, le paiement de leur cotisation mutualiste doit être en règle. La cotisation est due par ménage mutualiste au sens de l'AR du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67 alinéas 2 à 4 de la loi du 26 avril 2010.

##### 2<sup>ème</sup> catégorie :

les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur 'soins de santé' et/ou indemnités', organisée par notre assurance maladie et invalidité belge, sont affiliées à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité ou à la Caisse des soins de santé de H.R. RAIL. Pour les services complémentaires, décrits sous le chapitre V, elles sont affiliées à notre organisme assureur et le paiement de leur cotisation mutualiste doit être en règle. La cotisation est due par ménage mutualiste au sens de l'AR du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67 alinéas 2 à 4 de la loi du 26 avril 2010.

(Cette disposition entre en vigueur le 01.01.2014)

##### 3<sup>ème</sup> catégorie :

peuvent également s'affilier : les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, secteur "soins de santé" et/ou "indemnités", sont à charge d'un autre système de maladie et invalidité national (détenus à charge de la Justice, Office des régimes particuliers de sécurité sociale/Régime de la sécurité sociale d'outre-mer, Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins, ...) ou supranational (OTAN, UE, ONU, SHAPE,...), ainsi que 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 les travailleurs frontaliers qui ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire, à condition toutefois qu'ils résident en Belgique.

Les membres du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, qui résident en Belgique, et qui, en application des Conventions de Vienne du 18 avril 1961 sur les relations diplomatiques et du 24 avril 1963 sur les relations consulaires, sont à charge du pays accréditant pour les prestations de soins de santé en assurance obligatoire.

Pour les services complémentaires, décrits sous le chapitre V, ces personnes doivent être en règle de cotisation mutualiste pour pouvoir bénéficier des avantages.

(Cette disposition entre en vigueur le 01.01.2015)

## - C H A P I T R E I V -

### ORGANES DE LA MUTUALITE

#### Section 1 - L'Assemblée Générale

##### Composition

##### Article 10

L'assemblée générale se compose d'un délégué par tranche commencée de 1000 membres, tels que définis à l'article 2 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge pour une période de six ans renouvelable.

Les membres et les personnes à charge peuvent élire des représentants suppléants à l'assemblée générale.

## Circonscriptions

### Article 11

En vue de l'élection des délégués à l'assemblée générale, la mutualité ne forme qu'une seule et unique circonscription.

## Article 12

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

## Conditions de droit de vote et d'éligibilité

### Article 13

Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'assemblée générale :

- il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci ;
- il faut être majeur ou émancipé ;
- s'il s'agit d'un membre, il doit être affilié à la caisse complémentaire de la mutualité et être en ordre de cotisation auprès de la mutualité ;
- s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être affilié à la caisse complémentaire de la mutualité et doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité.

Pour être élu ou réélu à l'assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent ;
- être de bonne conduite et ne pas être privé des droits civils ;
- être affilié depuis au moins trois ans avant la date d'élection ;
- ne pas être
  - un ancien membre du personnel de la mutualité à l'exception des anciens membres du personnel ayant la qualité d'administrateur à la date des élections
  - un ancien membre du personnel de l'Union Nationale
  - un ancien membre du personnel d'une société mutualiste à laquelle est affiliée la Mutualité
  - un ancien membre du personnel d'une A.S.B.L. avec laquelle la Mutualité a conclu un accord de collaboration
- ne pas être
  - un membre du personnel de la mutualité
  - un membre du personnel de l'Union Nationale
  - un membre du personnel d'une Société Mutualiste à laquelle est affiliée la Mutualité
  - un membre du personnel d'une A.S.B.L. avec laquelle la Mutualité a conclu un accord de collaboration

Un membre ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dans laquelle il a droit de vote.

## Procédure électorale

### Article 14

Les membres et leurs personnes à charge majeurs ou émancipés sont informés 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 ;
- de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription ;
- des dates qui découlent de la procédure électorale.

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

## 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 à l'article 14 des présents statuts informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

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

## Article 16

Une liste des candidats effectifs est établie par circonscription électorale.

Le Conseil d'administration de la mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur les listes.

## Article 17

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

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

## Bureaux électoraux

### 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 bureau électoral est composé au plus tard trente jours avant le début des élections.

Le président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'administration.

Le secrétaire est désigné par le président parmi les membres du personnel de la mutualité.

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

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

Pour chaque bureau de vote, le président désigne, en outre, un secrétaire parmi les membres du personnel de la mutualité afin de contrôler les procédures électorales dans les bureaux de vote et de transmettre le plus rapidement possible les bulletins de vote au bureau électoral.

## Etablissement des listes électorales

### Article 19

Les listes électorales sont établies par circonscription.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Des listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral. Ces listes mentionnent le nom, les prénoms, les numéros de membre et l'adresse de chaque électeur.

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

## Le vote

### Article 20

Le vote est libre.

Le vote se déroule soit par correspondance, soit dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont il fait partie.

#### 1. Vote par correspondance.

L'électeur doit être informé par le canal des publications destinées aux affiliés de la possibilité de voter par correspondance.

Les personnes ayant droit de vote qui n'habitent pas dans une commune où est installé un bureau de vote recevront obligatoirement un bulletin de vote estampillé qui sera envoyé par le président du bureau électoral au moins dix jours avant la période électorale.

Les personnes ayant droit de vote habitant une commune où est installé un bureau de vote peuvent voter par correspondance ; elles devront adresser personnellement une demande écrite au président du bureau électoral de la circonscription électorale dont elles font partie au moins quinze jours avant la période électorale.

Un bulletin de vote estampillé lui sera envoyé par le président du bureau électoral au moins dix jours avant la période électorale.

#### 2. Vote dans un des bureaux de vote.

L'électeur doit être informé, par le canal des publications destinées aux affiliés, de l'endroit où se trouvent les bureaux de vote et des dates et heures auxquelles il est possible de voter.

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné par le bureau électoral (voir l'article 18, dernier alinéa), note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur les listes d'électeurs.

Après la fermeture du bureau de vote, le délégué du bureau électoral transmet le jour même les bulletins de vote au président du bureau électoral. Ceci dans une urne scellée.

## Article 21

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote.

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

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

## Dépouillement des bulletins de vote.

### Article 22

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

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

Les voix de têtes de liste sont réparties parmi les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis.

Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale concernée.

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

Sont nuls :

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

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin, les circonscriptions pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 23 des statuts.

## Exemption de l'application d'organiser des élections

### Article 23

Lorsque le nombre de candidats par circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus (voir articles 14 et 15 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991).

## Article 24

Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après le jour du scrutin.

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

## Article 25

Un exemplaire du règlement électoral et des publications visées aux articles 14 - 17 - 20 - 24 de ces statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'Union Nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de Contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

## Article 26

La nouvelle assemblée générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale.

Un recours auprès de l'Office de Contrôle suspend la période de trente jours.

Elle peut élire au maximum cinq conseillers à l'assemblée générale. Ceux-ci ont une voix consultative.

Le Directeur général assiste à l'assemblée générale avec voix consultative.

Les membres de la direction de la mutualité désignés par le Conseil d'administration peuvent assister à l'Assemblée générale avec voix consultative.

Perdent leur qualité de délégué, sur décision de l'Assemblée générale de la mutualité :

- ceux qui ont imputé à tort des faits calomnieux à un membre du Conseil d'administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
- ceux qui ont proféré des insultes en assemblée, à un délégué ;
- ceux qui ont posé des actes de nature à nuire aux intérêts de la mutualité ;
- ceux qui refusent de se soumettre aux statuts et aux règlements spéciaux de la mutualité ;
- ceux qui ont encouru une condamnation non conditionnelle, coulée en force de chose jugée pour diffamation, pour atteinte aux bonnes mœurs, pour détournement de fonds ou pour faux et usage de faux ;
- ceux qui sont d'une conduite déréglée et notoirement scandaleuse ;
- ceux qui par non-respect de leurs obligations en matière de législation sociale, fiscale ou autres font l'objet d'une saisie-arrêt pouvant rendre la mutualité "débiteur direct ou solidaire".

## Compétence de l'assemblée générale

### Article 27

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

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 d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises ;
- la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 43 ;
- la fusion avec une autre mutualité ;
- l'adhésion à une union nationale ;
- la mutation vers une autre union nationale ;
- la dissolution de la mutualité.

## Article 28

L'assemblée générale est convoquée par le Président ou le Conseil d'administration, dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'assemblée générale en fait la demande.

La convocation se fait par avis individuel ou par avis dans une publication diffusée par la mutualité ou l'union nationale parmi tous les membres de l'assemblée générale.

Cet avis doit être envoyé ou publié au plus tard vingt jours civils avant la date de l'assemblée générale et contient notamment l'ordre du jour de cette assemblée.

## Article 29

Une assemblée générale est convoquée au moins une fois l'an, en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget.

Chaque membre de l'assemblée générale doit disposer, au plus tard huit jours avant la date de l'assemblée générale, d'une documentation qui contient les données suivantes :

- 1° le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services ;
- 2° le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services ;
- 3° le projet de comptes annuels comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'annexe, ainsi que le rapport du réviseur ;
- 4° le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services.
- 5° les rapports sur les accords de collaboration.

Chaque membre peut obtenir, sur simple demande, une synthèse de la documentation visée au §2.

## Article 30

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

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième assemblée générale est convoquée qui délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents et quel que soit également l'objet de la délibération.

Chaque membre de l'assemblée générale a droit à une voix et peut se faire représenter par un autre membre de l'assemblée générale.

Toutefois, un membre de l'assemblée générale ne pourra être porteur que d'une seule procuration.

Le mandat de membre de l'assemblée générale n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

## Article 31

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

## Article 32

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990 et sur avis de l'Union Nationale, l'assemblée générale désigne un réviseur d'entreprises choisi sur une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises.

Le réviseur fait rapport à l'assemblée générale annuelle qui a, à son ordre du jour, l'approbation des comptes annuels de l'exercice.

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

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

Section 2 - Election des représentants pour l'assemblée générale de l'Union Nationale

Article 33

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'Union Nationale est fixée par les statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres.

## Article 34

Les délégués sont élus par l'assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut proposer une liste de candidats sur laquelle figure le Directeur général.

## Article 35

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale des mutualités qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale de l'Union Nationale doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'assemblée générale qui procédera à l'élection.

## Article 36

Le vote est secret.

Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix.  
Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues.

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

### Section 3 - Conseil d'administration

#### Article 37

Le Conseil d'administration de la mutualité est composé au maximum de 14 membres, dont au moins un mandat est réservé à une femme et pas plus d'un quart de personnes rémunérées par la mutualité ou l'Union Nationale.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur et de bonne conduite, vie et mœurs et être en règle de cotisations à l'égard de l'assurance maladie-invalidité et des services complémentaires

La fonction de membre du Conseil d'administration n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

## Article 38

Le Conseil d'administration est élu par les membres de l'assemblée générale pour une durée de six ans.

Le mandat d'administrateur est renouvelable.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au président du Conseil d'administration.

Le président établit la liste des candidatures valablement introduites.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin.

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

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

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

Le Directeur général, s'il est élu administrateur, assiste au Conseil d'administration avec voix délibérative.

Les membres de la direction de la mutualité désignés par le Conseil d'administration peuvent participer au Conseil d'administration avec voix consultative.

## Article 39

Le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine assemblée générale.

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

La démission, la révocation ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'assemblée générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration de la mutualité.

Sont révoqués par l'assemblée générale, à la majorité des deux tiers des présents, après avoir été entendus, les administrateurs qui auront été absents cinq fois consécutives sans motif justifié ou pour un des motifs énumérés à l'article 26 §4.

Le Conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre. Il est convoqué par le président par lettre adressée aux administrateurs au moins huit jours avant la date de la séance. L'ordre du jour est repris dans la convocation.

Le président est obligé de convoquer le Conseil d'administration dans les huit jours, sur demande justifiée par un quart au moins des membres.

Le Conseil d'administration se réunit avant chaque assemblée générale pour fixer l'ordre du jour.

Le Conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Chaque administrateur peut se faire représenter par un autre administrateur. Toutefois, un administrateur ne pourra être porteur que d'une seule procuration.

## Article 40

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

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

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

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

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs dont les membres sont désignés par le Conseil d'administration en son sein, ainsi qu'au Directeur général pour autant qu'il soit un administrateur régulièrement élu.

Ils forment le Comité de gestion.

La fonction de membre du Comité de gestion n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé des frais de remboursement et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

Le Directeur général est lié à la mutualité par un contrat à temps plein et est chargé de la gestion journalière et mandaté comme personne responsable vis-à-vis de l'Union. Il a la charge des services techniques, comptables et administratifs de la mutualité et est chargé de l'exécution des instructions de l'Union Nationale.

Il veille à l'organisation des services ainsi qu'à leur bonne marche et prend à cet effet toutes les mesures que la situation nécessite.

Après avis du Conseil d'administration, il engage et révoque le personnel de la mutualité. Il détermine la classification dans le cadre des statuts et barèmes arrêtés par le Conseil d'administration et il rend compte à ce dernier des décisions qu'il prendra à cet égard.

Le Directeur général de la mutualité, s'il est un administrateur élu, assiste de plein droit aux réunions des assemblées statutaires de la mutualité, que ce soient l'assemblée générale, le Conseil d'administration ou tout bureau, comité de gestion ou commission visés à l'article 23 de la loi du 6 août 1990.

## Article 41

Le Conseil d'administration élit un président, un ou plusieurs vice-présidents, un secrétaire et un trésorier, un secrétaire adjoint et un trésorier adjoint.

Les fonctions de secrétaire et de trésorier et celles de secrétaire adjoint et de trésorier adjoint ne peuvent être cumulées. Les autres membres du Conseil d'administration portent le titre d'administrateur.

Le secrétaire, le trésorier, le secrétaire adjoint et le trésorier adjoint ne peuvent avoir de voix délibérative au sein du Conseil d'administration que s'ils sont élus comme administrateurs.

## Article 42

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.

Il signe tous les actes, décisions ou délibérations et il est chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à la mutualité.

Le président peut cependant donner procuration générale ou particulière au secrétaire ou à un membre du Conseil d'administration ou au Directeur général, pour traiter avec les autorités publiques et accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à la mutualité.

Le président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration.

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

Le Conseil d'administration désigne les membres :

- chargés d'introduire et soutenir au nom de la Mutualité, toutes actions en justice, soit en demandant, soit en défendant, devant toutes juridictions;
- chargés d'introduire tous recours qui relèvent de la compétence du Conseil d'Etat et de la Cour Constitutionnelle ;
- qui exécutent et font exécuter tous jugements et arrêts.

## Article 43

Le secrétaire est responsable, vis-à-vis du Conseil d'administration, de la rédaction des procès-verbaux, de la correspondance, des convocations de l'assemblée générale et du conseil d'administration, de la conservation des archives, de la tenue des fichiers. Il fait toutes les écritures requises.

Le secrétaire adjoint et le directeur général assistent le secrétaire et le remplacent en cas d'absence ou d'empêchement.

Le président et le secrétaire, ou en leur absence un vice-président et le secrétaire adjoint ou deux membres du conseil d'administration, signent les procès-verbaux de l'assemblée générale et du conseil d'administration.

#### Article 44

Le trésorier est responsable vis-à-vis du Conseil d'administration de la gestion journalière des finances de la mutualité, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques ainsi que de la situation financière.

Le trésorier exécute les paiements, surveille les recettes et les dépenses ainsi que les placements et retraits de fonds et toute autre manipulation des fonds.

Il opère le placement, le déplacement ou le retrait des fonds en accord avec le Conseil d'administration et en se conformant aux prescriptions légales et statutaires.

Le trésorier adjoint et le directeur général assistent le trésorier et le remplacent en cas d'empêchement.

Le président ou le trésorier, ou en leur absence, un vice-président et le trésorier adjoint ou deux membres du conseil d'administration, signent les bilans et les pièces comptables.

## - C H A P I T R E V -

### AVANTAGES ET SERVICES ORGANISES PAR LA MUTUALITE

#### Article 45

Pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2 des présents statuts, la mutualité organise des services pour les membres effectifs et leurs personnes à charge en vue de leur procurer des avantages suivant les modalités fixées par les articles du présent chapitre.

Toutefois l'intervention accordée ne pourra pas dépasser les frais réels exposés par le bénéficiaire sauf en ce qui concerne l'octroi d'indemnité unique en cas de naissance et adoption.

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

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

Les membres effectifs repris aux catégories prévues à l'article 9 des présents statuts doivent payer, par ménage mutualiste, au sens de l'A.R. du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67 alinéas 2 et 4 de la loi du 26 avril 2010, une cotisation mensuelle dont le taux varie suivant qu'ils aient ou non des personnes à charge et quel que soit le nombre de celles-ci

Pour les personnes visées à l'article 8.6 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37 § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la cotisation s'élève à 0 €.

Le montant des cotisations est repris dans le tableau en annexe (ETAC)

Les cotisations sont juridiquement dues par mois, mais peuvent être payées mensuellement, trimestriellement ou annuellement.

Les montants repris dans le tableau de cotisations ETAC sont des montants repris sur une base annuelle.

Article 46

ABROGE AU 01.01.2008

Article 47

ABROGE AU 01.01.2008

Article 48

ABROGE AU 01.01.2008

Article 49

ABROGE AU 01.01.2008

Article 50

ABROGE AU 01.01.2012

Article 51

ABROGE AU 01.01.2008

Article 52

ABROGE AU 01.01.2008

Article 53

La Mutualité organise un service "Logopédie".

a) Montant et condition de l'intervention :

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

a. L'intervention est de 5,00 € par séance si un accord n'a pas été délivré, soit par le Collège des Médecins-Directeurs de l'I.N.A.M.I. soit par le Médecin-Conseil. Le total des interventions est limité à 375,00 € par année civile et par bénéficiaire.

b. En cas d'intervention de l'assurance obligatoire, l'intervention est de 3,00 € par séance. L'intervention ne peut être supérieure au ticket modérateur légal réclamé au bénéficiaire. Le total des interventions est limité à 225,00 € par année civile et par bénéficiaire.

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

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

2. Une intervention de 12 €, par séance et pour un maximum de 120 € par année civile, est également octroyée aux enfants de moins de 14 ans pour des séances de psychomotricité spécifiées comme telles, sur base d'un reçu établi par le psychomotricien ou le praticien paramédical, prestataire de l'activité, reconnu par l'A.M.I.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service PEDICURIE - Code O.C.M.15

### Article 54

La Mutualité organise un service "Pédicurie".

a) Montant et condition de l'intervention :

Une indemnité de 5 € par séance, auprès d'un(e) praticien(ne) agréé(e), avec un maximum de quatre remboursements par année civile est accordée au titulaire et à ses personnes à charge.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service MATERIEL DE SOINS - Code O.C.M.15

### Article 55 a

La Mutualité organise un service "Matériel de soins pour diabétiques".

#### a) Montant et conditions de l'intervention :

Le service intervient dans le coût de l'achat de tiges et lancettes pour diabétiques sur présentation des pièces justificatives à concurrence du prix demandé sans toutefois dépasser un plafond annuel de 40 €. Une intervention de maximum 50 € une fois tous les 3 ans est octroyée pour l'achat d'un glucomètre.

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 55 b

La Mutualité organise un service "Alimentation et soins pour bébé"

a) Montant et conditions de l'intervention

1. Une intervention maximale de 50 € par année civile est octroyée dans le coût d'achat de langes pour bébé jusqu'au jour du 3<sup>e</sup> anniversaire sur présentation de pièces justificatives.

2. Une intervention maximale de 30,00 € par an est octroyée dans le coût du lait infantile pour bébé jusqu'au 1<sup>e</sup> anniversaire sur présentation des pièces justificatives.

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 56

La Mutualité organise un service "Prothèse"

a) Montant et conditions d'intervention

1) Après accord du Médecin Conseil, une intervention maximale de 50,00 € pour une prothèse capillaire pourra être octroyée, sur présentation des pièces justificatives, aux titulaires et personnes à charge qui suivent un traitement chimiothérapique.

2) Une intervention maximale de 50,00 € pour une prothèse dentaire amovible est octroyée tous les quatre ans sur base d'un justificatif établi par le prestataire aux titulaires et personnes à charge.

3) Une intervention maximale de 50,00 € par prothèse orthopédique est octroyée aux titulaires et personnes à charge.

4) Une intervention maximale de 50,00 € est octroyée aux titulaires et personnes à charge pour le placement d'une lentille intraoculaire lors d'une opération de la cataracte.

5) Une intervention maximale de 25,00 € par prothèse acoustique est octroyée annuellement aux titulaires et personnes à charge.

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 57

Abrogé

Article 58

Abrogé

## Service KINESITHERAPIE - Code O.C.M. 15

### Article 59 a

La Mutualité organise un service "Kinésithérapie"

#### a) Montant et conditions de l'intervention :

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

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

Une indemnité de 5 € par séance est également octroyée pour 9 séances maximales de kinésithérapie périnatale hors hospitalisation.

#### b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service VACCINS - Code O.C.M 15

### Article 59 b

La Mutualité organise un service "Vaccins".

#### a) Montant et conditions d'intervention :

Ce service intervient en faveur des membres effectifs ainsi que de leurs personnes à charge :

- à raison de 35,00 € maximum par année civile dans les frais de tous les vaccins y compris la vaccinothérapie des allergies reconnus en Belgique.

- à concurrence de 60 % du prix d'achat, plafonné à 300,00 € par année civile, pendant une période de 3 ans dans les frais de l'immunothérapie allergénique (ITA) pour autant que l'allergie ait été attestée par un médecin formé en allergologie, spécialiste ORL, pneumologie, dermatologie et pédiatrie.

- à raison de 75,00 € maximum par injection pour le vaccin du col de l'utérus sachant que l'intervention envisagée ne peut toutefois être supérieure au montant qui reste effectivement à la charge du membre à la suite de l'intervention de l'assurance obligatoire.

L'intervention est octroyée sur base d'un reçu délivré par le pharmacien.

#### b) stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 59 c

La Mutualité organise un service "Bilan santé"

a) Montant et conditions d'intervention

Une intervention dans la prise en charge du ticket modérateur légal est octroyée en faveur des membres effectifs ainsi que de leurs personnes à charge pour les examens médicaux effectués dans le cadre du dépistage :

- ◇ du cancer du sein
  - examens médicaux : consultation et mammographie
- ◇ du cancer de la prostate
  - examens médicaux : consultation
- ◇ du cancer du colon et des intestins
  - examens médicaux : consultation
- ◇ du cancer de la peau
  - examens médicaux : consultation
- ◇ de l'ostéoporose
  - examens médicaux : consultation et ostéodensitométrie
- ◇ des maladies cardio-vasculaires
  - examens médicaux : consultation
- ◇ du diabète de type II
  - examens médicaux : consultation
- ◇ du test mort subite du nourrisson
  - polysomnographie en milieu hospitalier

L'intervention annuelle pour les examens médicaux préventifs est limitée à 25,00 € par bénéficiaire sur base d'une attestation médicale précisant le dépistage.

Une intervention forfaitaire de 50,00 € dans les frais de dépistage des trisomies 13, 18 et 21 est octroyée annuellement en faveur des membres effectifs ainsi que de leurs personnes à charge pour le test chez le fœtus dans le cas d'une grossesse unique sur base d'une attestation médicale précisant le dépistage.

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 59 d

La Mutualité organise un service "Diététique"

a) Montant et conditions d'intervention

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

- montant de l'intervention maximale par année civile :
  - 25 € pour le bilan diététique
  - 12,5 € par séance du suivi diététique avec un maximum de six séances
- documents à remettre :
  - le certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement
  - les justificatifs reprenant les honoraires perçus par le (la) diététicien(ne)

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service TRAITEMENT de PSYCHOLOGIE - Code O.C.M.15

### Article 59 e

La Mutualité organise un service "Traitement de psychologie"

#### a) Montant et conditions d'intervention

Sur base d'une prescription médicale, une intervention dans le coût d'un traitement psychologique auprès d'un(e) licencié(e) en psychologie est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge

- montant de l'intervention maximale par année civile :
  - 20,00 € pour le bilan psychologique
  - 10 € par séance du suivi psychologique avec un maximum de 6 séances
- documents à remettre :
  - le certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement
  - les justificatifs reprenant les honoraires perçus par le(a) licencié(e) en psychologie

#### b) stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service SEVRAGE TABAGIQUE – Code O.C.M. 15

Article 59 f

La Mutualité organise un service "Sevrage tabagique"

a) Montant et conditions d'intervention

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

- montant de l'intervention maximale par année civile : 30 €
- documents à remettre :
  - certificat médical
  - attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service CONTRACEPTION – Code O.C.M. 15

Article 59 g

La Mutualité organise un service "Contraception"

a) Montant et conditions d'intervention

Une intervention dans le coût d'un traitement contraceptif est accordée aux membres de sexe féminin ayant la qualité de titulaire ou de personne à charge, après toute autre intervention.

Traitement 1 :

- montant de l'intervention maximale par année civile : 40 € pour : pilule contraceptive, anneau vaginal, injection, patch contraceptif
- documents à remettre : attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien

Traitement 2 :

- montant de l'intervention maximale par période de 36 mois :  
120 € pour stérilet, implant
- documents à remettre : attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service TICKETS MODERATEURS – Code O.C.M. 15

### Article 59 h

La Mutualité organise un service "Tickets modérateurs"

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

**1)** pour les enfants, depuis la naissance jusqu'au jour du 18<sup>e</sup> anniversaire

a) Montant et condition de l'intervention :

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

pour autant qu'un dossier médical global soit valide à la date de la prestation de soins de santé.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

**2)** pour des adultes, titulaires et personnes à charge, à partir du jour du 18<sup>e</sup> anniversaire

a) Montant et conditions de l'intervention :

- pour les consultations effectuées par des médecins généralistes, gynécologues et ophtalmologues pour autant qu'un dossier médical global soit valide à la date de la prestation de soins de santé ;
- une franchise de 25,00 € par an est appliquée.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service GYNECOLOGIE – Code O.C.M. 15

Article 59 i

La Mutualité organise un service "Gynécologie"

a) Montant et condition de l'intervention :

Une intervention dans la prise en charge des tickets modérateurs légaux est octroyée à la femme enceinte, titulaire ou personne à charge pour les consultations médicales effectuées au cours de sa grossesse par un médecin spécialiste en gynécologie. L'intervention est limitée à 25,00 € par grossesse.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service GREFFE - Code O.C.M. 15

### Article 59j

La Mutualité organise un service "Greffe"

#### a) Montant et conditions d'intervention

Les interventions suivantes sont accordées en cas de greffe sur présentation de la facture du patient reprenant le type de greffe et le montant y référant :

- greffe du cœur : 1.000,00 €
- greffe du foie : 1.000 €
- greffe du pancréas : 1.000 €
- greffe du rein et du pancréas : 2.000 €
- greffe du rein : 1.000 €
- greffe de la moelle : 1.000 €
- greffe des poumons : 1.000,00 €
- greffe multiple : 2.000 €

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service FECONDATION IN VITRO – Code O.C.M. 15

### Article 59k

La Mutualité organise un service "Fécondation in vitro"

#### a) Montant et conditions d'intervention

Une intervention maximale de 500,00 €, par bénéficiaire, est accordée en cas de fécondation in vitro pour autant qu'une intervention de l'assurance maladie ait été octroyée.

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service POSTUROPODIE – Code O.C.M. 15

### Article 59I

La Mutualité organise un service "Posturopodie"

#### a) Montant et conditions d'intervention

Une intervention maximale de 35 €, renouvelable tous les 2 ans à partir de la date de la fourniture, est accordée aux membres effectifs et à leurs personnes à charge pour le placement d'une paire de semelles de posturopodie.

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

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service MEDECINES ALTERNATIVES O.C.M. 15

### Article 59m

La Mutualité organise un service "Médecines alternatives"

#### 1) Médicaments homéopathiques

##### a) Montant et conditions de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention de l'ordre de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de 100,00 € par année civile et par bénéficiaire dans le prix des médicaments homéopathiques.

Pour pouvoir bénéficier d'une intervention du service, les médicaments homéopathiques doivent être prescrits par un docteur en médecine agréé par l'INAMI, ou par un docteur en médecine des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

Ces médicaments peuvent également être prescrits par un homéopathe qui soit a soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit a apporté la preuve de son affiliation à une organisation professionnelle d'homéopathie. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités reprises ci-après. La liste des prestataires est reprise en annexe de ces statuts et est également consultable sur le web à l'adresse suivante : <http://www.mutualites-neutres.be/doc/public>. La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la Mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Les médicaments doivent être délivrés en pharmacie et sont remboursables sur base du document BVAC délivré par le pharmacien.

##### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

#### Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Médecines alternatives » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 30 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

## 2) Visites et consultations des prestataires des pratiques non conventionnelles

### a) Montant et conditions de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention de 10,00 € par visite ou consultation et pour un maximum de 70,00 € par année civile et par bénéficiaire pour des prestataires des pratiques non conventionnelles, à savoir : l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur et la mésothérapie.

Lorsque le prestataire de pratiques non conventionnelles a également la qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI, ou la qualité de prestataires de soins des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné et lorsque la prestation donne droit à un remboursement en assurance obligatoire et en assurance complémentaire, le remboursement en assurance complémentaire ne peut se faire sur base de l'attestation de soins (ou d'une copie de celle-ci) émise par le prestataire en sa qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI mais sur la base de la remise d'un document distinct.

Le prestataire sera également reconnu s'il a soit soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit apporté la preuve de son affiliation à une organisation professionnelle d'une des pratiques reprises ci-dessus. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités reprises ci-après. La liste est reprise en annexe de ces statuts et est également consultable sur le web à l'adresse suivante : <http://www.mutualites-neutres.be/doc/public>.

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 l'union. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

### Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Médecines alternatives » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 30 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014

## Service OPTIQUE O.C.M. 15

### Article 59n

La Mutualité organise un service "Optique".

#### a) Montant et conditions de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention pour :

##### 1) Montures, verres et lentilles de contact

Le service accorde une intervention sur les montures de lunettes, verres correcteurs et lentilles de contact correctrices, plafonnée à 100,00 € tous les 4 ans et plafonnée au prix payé, par bénéficiaire sans limite d'âge.

L'intervention est octroyée :

- sur remise du formulaire 15, ou à défaut, d'un reçu détaillé des fournitures, délivré par un opticien agréé, un pharmacien ou un ophtalmologue ;
- sur remise de l'original de la prescription du médecin spécialiste (ophtalmologue) agréé par l'INAMI, ou par un médecin spécialiste (ophtalmologue) des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ;
- s'il n'y a pas d'intervention possible en assurance obligatoire.

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

### Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Optique » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 32 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

##### 2) Méthode Laser ou Ultrason

Le service accorde une intervention en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons.

L'intervention est octroyée :

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

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

### Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Optique » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 32 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

### 3) Appareil de confort pour la lecture

Le service accorde une intervention maximale unique de 150,00 €, limitée au montant payé, pour la fourniture d'appareils de confort pour la lecture.

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

L'intervention est accordée à la condition que la nécessité d'utilisation soit établie par un médecin, sur présentation d'une facture originale et d'une attestation, le cas échéant, précisant la date de reconnaissance du handicap délivrée par le Service Public Fédéral, direction générale des personnes handicapées.

### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES O.C.M. 15

### Article 59o

La Mutualité organise un service " Traitements orthodontiques "

#### a) Montants et conditions de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi qu'à leurs personnes à charge, une seule intervention pour un seul traitement, complémentaire à celle de l'assurance obligatoire prévue à l'article 5 de la nomenclature des soins de santé. Pour ce faire, une demande d'intervention pour traitement orthodontique doit être introduite pour l'enfant auprès du médecin-conseil avant que celui-ci ait atteint l'âge maximum fixé par la réglementation en assurance obligatoire.

Le remboursement peut atteindre 750,00 € au maximum payable comme suit :

- 150,00 € lors du placement de l'appareil (code 0305631);
  - 150,00 € après 6 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - 150,00 € après 12 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - 150,00 € après 30 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - 150,00 € après 36 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - sans accord du médecin-conseil, une seule intervention de 150,00 € pour un seul traitement est garantie après 6 mois pour tous les bénéficiaires.

Le remboursement est octroyé sur présentation des justificatifs de l'orthodontiste, ou d'un orthodontiste des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

### Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Traitements orthodontiques » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 31 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

## Service HOSPITALISATION – Code O.C.M. 14

### Article 60

La Mutualité organise un service "Hospitalisation"

a) Montant et conditions d'intervention :

1. Le Service intervient à raison de 5,00 € par jour en faveur des membres effectifs ainsi que de leurs personnes à charge à raison de 30 jours maximum par année civile dans tous les établissements agréés et conventionnés par l'I.N.A.M.I.

Bénéficient également d'une intervention de 5,00 € par jour, durant 30 jours maximum par an, les membres effectifs et bénéficiaires qui, domiciliés en Belgique, ont été hospitalisés à l'étranger au cours d'un séjour limité à 45 jours, soit dans le cadre des conventions internationales, soit en cas d'urgence suivant la réglementation A.M.I.

2. Le service accorde une intervention de 500,00 € par période d'hospitalisation pour les enfants bénéficiaires d'allocations familiales hospitalisés dans un service d'oncologie.

3. Le service accorde une intervention de 300,00 € par période d'hospitalisation pour les enfants de 0 à 3 ans à raison de 3 interventions maximales par année civile.

4. Le service accorde une intervention de 1.000,00 € pour l'hospitalisation d'une durée de plus de 30 jours pour l'enfant né avant terme.

5. Le service intervient à raison de 5,00 € par jour à raison de 15 jours maximum par année civile pour l'accompagnant, membre effectif ou personne à charge, qui loge en milieu hospitalier en cas d'opération cardiaque, oncologique et pédiatrique. Aucune intervention pour hospitalisation en cas d'accouchement.

**~~Les avantages octroyés aux points 1, 2, 3 et 4 ne sont pas cumulables entre eux.~~**

**Le bénéficiaire pourra prétendre à l'intervention qui lui est financièrement plus avantageuse.**

b) Exclusion :

L'intervention n'est pas accordée dans les cas d'hospitalisation en service psychiatrique fermé (n° 40), en service de gériatrie et de revalidation (n° 30), en maisons de repos et de soins, en maisons de repos pour personnes âgées, dans les établissements de convalescence, dans les centres de réadaptation et d'hydrothérapie.

c) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

d) Aucun âge limite d'affiliation n'est fixé (1)

(1) Ces dispositions sont applicables, avec effet rétroactif, au 01.07.2007

#### e) Adaptations des cotisations ou des conditions de couverture

En cas d'adaptation des cotisations ou des conditions de couverture, ces adaptations seront d'application à partir de la date fixée par les organes statutaires de la Société Mutualité, et au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la décision.

Toutefois, elles ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'index-santé, être modifiées que :

1<sup>o</sup> lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ;

2<sup>o</sup> ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

La hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties, l'évolution des risques à couvrir et les circonstances significatives et exceptionnelles visées à l'alinéa précédent sont appréciées par l'Office de Contrôle.

Par ailleurs, les conditions de couverture des membres ne peuvent être modifiées que sur base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments, également soumis à l'appréciation de l'Office de Contrôle.

## Service CONVALESCENCE – Code O.C.M. 15

### Article 61

La Mutualité organise un service "Convalescence"

#### a) Montant et conditions d'intervention

Le service accorde une aide financière dans le coût des séjours de convalescence aux titulaires et personnes à charge faisant suite à :

- un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie
- une hospitalisation suite à une maladie grave (par maladie grave, il faut entendre : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique et diabète)
- une hospitalisation où la valeur relative de l'intervention est d'au moins K250 ou N400.

Le séjour doit commencer dans le mois qui suit la fin du traitement ou l'hospitalisation

Montant de l'intervention : 20 € par nuitée

Conditions d'intervention :

- les établissements de cures, les maisons de repos, et les maisons de repos et de soins doivent être agréés par l'INAMI.
- les séjours peuvent avoir lieu également dans les établissements gérés par l'A.S.B.L. Fraternité : Neutralia à Ostende, Mont-des-Dunes à Oostduinkerke et Mont-des-Pins à Bomal S/Ourthe.
- durée du séjour : minimum 7 nuitées, maximum 21 nuitées, possibilité de prolongation de 7 nuitées sur base d'un certificat médical.
- fréquence : un seul séjour par affection et par an
- versement direct de l'intervention à l'établissement de cures, à la maison de repos, à la maison de repos et de soins après séjour si le tiers payant est d'application.

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 62

Abrogé depuis le 01.01.2006

## Service GARDE D'ENFANTS – Code O.C.M. 15

### Article 62a

La Mutualité organise un service "Garde d'enfants malades"

#### a) Montant et conditions de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi qu'à leurs personnes à charge, lorsque les deux parents possèdent leur propre statut au sens de l'assurance obligatoire, un gardiennage des enfants malades aux conditions suivantes :

Age :	enfants de -12 ans.
Horaire :	de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h).
Durée :	5 jours consécutifs maximum pour l'intervention.
Maximum :	15 jours par an.
Intervention personnelle :	12,50 € par jour.
Justificatif	Sur base d'un certificat Médical.
Exception :	Week-ends et jours fériés.

En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par la Mutualité, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention, les parents doivent s'adresser à TEMPO TEAM via un numéro de téléphone gratuit. En cas d'appel avant 11 heures, le gardiennage aura lieu le jour qui suit. Si tel n'est pas le cas, le gardiennage débutera le 2<sup>ème</sup> jour qui suit l'appel.

Le gardiennage d'enfants est accessible aux frères et sœurs de moins de 12 ans d'un enfant gravement malade et hospitalisé, aux conditions suivantes :

Age :	enfants de -12 ans.
Horaire	de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h).
Durée	5 jours consécutifs maximum pour l'intervention.
Maximum	15 jours par an.
Intervention personnelle	12,50 € par jour.
Justificatif	Sur base d'un certificat Médical du médecin hospitalier traitant l'enfant gravement atteint, attestant que l'hospitalisation est prévue pour une durée supérieure à 15 jours.
Exception	Week-ends et jours fériés.

En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par la Mutualité, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

## b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

### Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Garde d'enfants malades » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 36 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

## Article 62b

La Mutualité organise un service "Crèches".

a) Montant et conditions de l'intervention :

Sur base de l'attestation fiscale délivrée par l'organisme d'accueil, une intervention annuelle de 50,00 € dans les frais de crèches ou d'accueillantes, agréées ONE, est accordée aux enfants de 0 jusqu'au jour de leur 3<sup>ème</sup> anniversaire.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Article 62c

La Mutualité organise un service "Garderie d'enfants".

a) Montant et conditions de l'intervention :

Sur base de l'attestation fiscale délivrée par l'organisme d'accueil, une intervention annuelle de 50,00 € dans les frais de garderie, est accordée aux enfants de 3 ans jusqu'au jour de leur 6<sup>ème</sup> anniversaire.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 63

Abrogé au 01.01.2013

Article 64

La Mutualité organise un service "Aides familiales, Aides ménagères, Gardes-malade et Soins à domicile"

a) Montant et condition de l'intervention

- Une intervention de 0,64 € par heure avec maximum de 4 heures par jour et 600 heures par an est accordée par ménage pour des prestations effectuées par des services d'aides familiales, aides ménagères, gardes-malade agréés par la fédération Wallonie-Bruxelles.

Les prestations doivent dès la première demande d'intervention, être justifiées par un certificat médical précisant que l'état de santé du bénéficiaire ne lui permet plus d'accomplir ses tâches familiales et ménagères.

- Les membres bénéficient à charge de la Mutualité d'une intervention sur le tarif horaire pratiqué par les services d'Aides aux familles et personnes âgées qui ont été agréés, suivant les normes de l'arrêté de l'exécutif de la Communauté française du 16 décembre 1988.

Le montant de l'intervention est fixé conventionnellement avec chaque A.S.B.L. prestant auprès des titulaires et personnes à charge de la Mutualité Neutre « LA SANTE », quel que soit leur âge.

Les interventions octroyées dans le cadre du tiers-payant sont versées sur base d'un décompte reprenant les prestations effectuées par titulaire et personne à charge par les services d'Aides aux familles et personnes âgées suivantes :

- l'A.S.B.L. Centre familial à Liège : 1 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide familiale Liège-Huy-Waremme : 0,94 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile Ougrée : 0,52 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile en milieu rural à Herve : 0,94 €/heure
- l'A.S.B.L. Aide à domicile en milieu rural à Annevoye : 0,69 €/heure
- A.S.B.L. Aide à domicile Amercoeur-Liège : 0,94 €/heure

- Les membres bénéficient à charge de la Mutualité d'une intervention pour les prestations effectuées par les A.S.B.L. de coordination de soins à domicile auprès de prestataires de soins et de services en vue de leur maintien à domicile.

Cette intervention, révisable de commun accord, est fixée par titulaire et personnes à charge, quel que soit leur âge.

Cette intervention est fixée comme suit par prestation :

- 19,00 € par demande d'aide simple
- 80,00 € par demande d'aide complexe
- 80,00 € en cas de visite
- 80,00 € en cas de réunion pluridisciplinaire

Les interventions octroyées dans le cadre du système du tiers-payant sont versées sur base d'un décompte reprenant les prestations effectuées par titulaire et par personne à charge par l'A.S.B.L. Vivre à domicile Province de Liège.

Il y a lieu d'entendre par :

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

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 65

Abrogé au 01.01.2013

## Article 66

La Mutualité organise un service "Prêt et achat de matériel sanitaire et de réadaptation"

### a) Montant et condition de l'intervention

Le service intervient dans le coût de la location ou de l'achat de matériel sanitaire et de réadaptation sur présentation des pièces justificatives à concurrence du prix demandé, sans toutefois dépasser un plafond annuel de 40,00 €.

La liste de ce matériel sanitaire et de réadaptation, est établie par l'Assemblée générale. Cette liste est reprise à l'annexe 1 des présents statuts et est également consultable sur le site web.

Celle-ci peut être modifiée par le Conseil d'administration.

La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée signée par le Président ou le Directeur général.

Cette lettre doit mentionner l'entrée en vigueur de cette décision.

Les modifications doivent être insérées avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Une intervention spéciale de 62,00 € par an est octroyée pour la location ou l'achat, soit d'un lit destiné au maintien à domicile des cas lourds ou aux soins palliatifs, soit d'un lit anti-reflux pour bébé

Une intervention spéciale, équivalent à 75% du prix d'achat limité à 75,00 €, est accordée en cas d'achat d'un aérosol, sur base d'une prescription médicale et de la facture du fournisseur.

Une intervention spéciale de 75,00 € par an, est accordée pour des vêtements adaptés pour les patients atteints d'un cancer, sur base d'une attestation de fourniture ou d'une facture y référant.

### b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 67

Abrogé depuis le 01.01.2012

## Service BIOTELEVIGILANCE – Code O.C.M. 15

### Article 68

La Mutualité organise un service de biotélégilance.

#### a) Montant et condition de l'intervention :

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

Plafond annuel : 108,00 €

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service AMBULANCE – Code O.C.M. 15

### Article 69

La Mutualité organise un service de "Transport par ambulance".

a) Conditions d'intervention :

En cas d'hospitalisation

b) Montant de l'intervention :

AMBULANCE :

- au km : 1,50 €
- forfait minimum : 22,50 €
- plafond par voyage : 75,00 €
- plafond annuel par bénéficiaire : 300,00 €.

c) Exclusion :

Ne sont pas remboursés :

les transports résultant d'un accident pour lequel il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire (accident de travail, sur le chemin du travail).

d) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service FRAIS DE DEPLACEMENT – Code O.C.M.

### Article 70

La Mutualité organise un service "Frais de déplacement par taxi, par voiture privée d'un tiers, par hélicoptère médicalisé, pour personnes à mobilité réduite".

a) Montant et conditions de l'intervention :

1. en cas de traitements de radiographies et d'actes techniques effectués dans un centre hospitalier, dans un centre médical ou chez un médecin spécialiste pour autant que l'impossibilité de se déplacer par un moyen de transport en commun ait été établie par remise d'un certificat médical.

#### 1.1 TAXI :

- au km : 0,50 €
- forfait minimum : 4,00 €
- plafond par voyage : 35,00 €
- plafond annuel par bénéficiaire : 250,00 €

#### 1.2 VOITURE PRIVEE D'UN TIERS :

- au km : 0,20 €
- plafond par voyage 25,00 €
- plafond annuel : 250,00 €

#### 1.3 HELICOPTERE MEDICALISE :

- uniquement en cas d'urgence
- plafond annuel de 375,00 € de la somme restant à charge du bénéficiaire

2. en cas de traitement de radiothérapie, de chimiothérapie et de dialyse rénale, l'intervention est limitée à 500,00 € par an après celle prévue par l'assurance obligatoire quel que soit le moyen de transport utilisé et sachant qu'elle ne peut être cumulée avec l'intervention prévue au point a) 1.

L'intervention au km est de 0,25 €.

3. tant pour les transports en taxi qu'en voiture privée d'un tiers

- les interventions ne sont accordées que pour l'aller et le retour.
- les heures d'attente ne sont jamais prises en considération et ne peuvent, en aucun cas, être assimilées au kilométrage.

b) Limite de remboursement et exclusion

Il n'y a pas d'intervention de l'assurance complémentaire si une intervention de l'assurance obligatoire est possible.

Ne sont pas remboursés :

les transports résultant d'un accident pour lequel il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire (accident de travail, sur le chemin du travail).

c) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 71

La Mutualité organise un service "Naissance et adoption".

a) Montant et conditions de l'intervention

En cas de naissance, une indemnité de 350,00 € est octroyée au titulaire, membre effectif de la Mutualité au moment de la naissance et à charge duquel le nouveau-né est inscrit sur la présentation de l'extrait d'acte de naissance.

En cas d'adoption d'un enfant âgé de moins de 19 ans ou bénéficiant d'allocations familiales, inscrit à charge d'un titulaire affilié à la Mutualité Neutre "LA SANTE" au moment de l'adoption, une indemnité de 350,00 € est accordée.

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 72

Abrogé

Article 73

Fonds social

A. Bénéficiaires

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

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:

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

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 traitant.

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

### C. Intervention

L'intervention prévue dans ce service :

- est seulement octroyée à condition que le montant total des frais s'élève au minimum à 250,00 € ;
- s'élève à 50% des frais pris en considération à charge du bénéficiaire, avec une franchise de 125,00 € à charge du bénéficiaire ;
- est limitée à un maximum de 500,00 € par dossier ;
- est limitée à un maximum de 1.000,00 € par année civile.

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

### D. Pièce justificative

L'intervention est octroyée sur présentation:

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

### E. Stage

La possibilité de bénéficier des avantages du fonds social est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 74a

La Mutualité organise un service "Classes de neige, classes vertes, classes de mer, classes d'éveil, stages sportifs ou culturels, camps de mouvements de jeunesse.

a) Montant et conditions d'intervention :

1. Le service intervient à raison de 75,00 € par année civile :

- pour les enfants depuis le jour du 3<sup>e</sup> anniversaire jusqu'au jour du 18<sup>e</sup> anniversaire, fréquentant en dehors de la période de vacances scolaires, les classes vertes, de neige, de mer et d'éveil.

- pour les enfants depuis le jour du 3<sup>e</sup> anniversaire jusqu'au jour du 18<sup>e</sup> anniversaire participant pendant la période de vacances scolaires à des stages sportifs, culturels, linguistiques ou informatiques, à des camps de mouvement de jeunesse et à des activités de pleine de jeux.

2. Le service intervient à raison de 250,00 € maximum pour des séjours de vacances organisés en faveur de handicapés physiques ou mentaux à plus de 66%.

Les séjours doivent avoir lieu dans des structures particulières jouissant d'un encadrement spécifique.

Les différentes interventions reprises aux alinéas 2 et 3 sont accordées sur base d'un reçu émanant du service organisateur de ces activités précisant la somme payée et la période.

3. Une intervention forfaitaire unique de 50,00 € est accordée aux enfants qui suivent des cours théoriques ou pratiques de conduite d'un véhicule dans un centre relevant du groupement des entreprises agréées de contrôle automobile et du permis de conduire.

b) Stage :

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Par enfant à charge, il faut comprendre ceux visés par la législation et la réglementation en matière d'assurance obligatoire.

c) Limites d'intervention :

Les interventions du service ne sont chaque fois accordées que pour une période au cours de laquelle les personnes concernées sont inscrites comme membre de la Mutualité.

Article 74b

La Mutualité organise, dans le cadre d'un accord de collaboration conclu avec l'A.S.B.L. Horizons Jeunesse, à l'attention des jeunes bénéficiant d'allocations familiales, des activités sportives et culturelles, des loisirs éducatifs et des vacances visant à développer leur bien-être physique et moral et à les éveiller à la citoyenneté. Le prix de ces activités, loisirs et vacances est à charge des participants.

a) Montant de l'intervention

Le service intervient à raison de 350,00 € maximum, par activité organisée, en faveur des membres qui participent à l'une ou plusieurs activités sur base d'un programme annuel repris à l'annexe 2 des présents statuts et organisé dans le cadre de l'accord de collaboration précité.

b) Conditions d'intervention

Pour prétendre à cette (ces) intervention(s), le membre doit être en règle de paiement de cotisation aux services complémentaires.

- au moment de l'inscription et du paiement des séjours
- entre le jour de l'inscription et le dernier jour du séjour

Le détail des interventions est repris à l'annexe 2.

## Service BIEN-ETRE ET SANTE – Code O.C.M. 15

### Article 75a

Dans le cadre de l'accord de collaboration avec l'A.S.B.L. "Entraide Santé", celle-ci organise un service "Bien-être et santé".

#### a) Montant et conditions d'intervention

Une intervention de 40,00 € est accordée aux titulaires et personnes à charge qui ont suivi des cours de premiers soins ou de secourisme auprès de la Croix Rouge de Belgique ou de tout autre organisme agréé par celle-ci.

Cette intervention est subordonnée à la remise d'une attestation de fréquentation des cours et d'une copie du brevet de réussite.

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Service TOURISME SOCIAL– Code O.C.M 15

### Article 75b

#### a) Montant et conditions d'intervention

Des voyages et des excursions sont organisés par l'A.S.B.L. Entraide Santé.  
Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'A.S.B.L. Entraide Santé, les membres en règle de paiement de cotisations aux services de l'assurance complémentaire bénéficient d'un remboursement de 8 € sur le prix facturé par le voyageur.  
Cette intervention est payable sur présentation du reçu d'encaissement du prix du voyage.

#### b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

Article 75c

La Mutualité organise un service "Affiliation à un club sportif"

a) Montant et conditions de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi qu'à leurs personnes à charge, une intervention maximale de 30,00 € par année civile pour les frais d'affiliation à un club sportif. Dans tous les cas, le montant de l'intervention devra être limité au montant réellement payé pour l'affiliation à un club sportif.

Les conditions d'intervention sont les suivantes :

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

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

b) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

## Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Affiliation à un club sportif » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre de la Santé, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 35 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

## SERVICE SOINS AUX MALADES – Code O.C.M. 15

### Article 76

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

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

- de consultation et d'actes techniques dans les services médicaux.
- de consultation dans le service de dentisterie
- de prestations du service "soins infirmiers" à l'exclusion des facturations des prestations forfaitaires A, B, C

Les titulaires et personnes à charge de la Mutualité Neutre "LA SANTE" ont prioritairement accès aux consultations et soins dispensés par les services médicaux, dentaires, paramédicaux et d'ostéopathie.

## SERVICE INFORMATION PERIODIQUE AUX MEMBRES – Code O.C.M. 37

### Article 77

La Mutualité organise un service "Information périodique aux membres"

- par la publication et la diffusion du journal "Neutr'Info", qui est édité cinq fois par an, contenant des informations relatives aux missions dévolues à la mutualité en vertu de l'article 3 de la loi du 06.08.1990 relative aux mutualités et unions nationales et de l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010.
- par la publication et la diffusion de dépliants, brochures et avis publicitaires
- par l'organisation d'activités relatives à l'éducation à la santé.

Article 78

Abrogé au 01.01.2013

## SERVICE PATRIMONIAL - Code O.C.M. 93

Article 78a :

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

Un financement de 71.686,00 € a été alloué à ce service en 2015 et un montant de 65.514,92 € est prévu pour 2016.

Pour ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'A.S.B.L. Neutra Confort.

Article 78b

Abrogé au 01.01.2012

## SERVICE SOCIAL – Code O.C.M. 37

### Article 79

La Mutualité organise un 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 tous les membres.

#### Avantage

Le service octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils. 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 une cotisation des membres.

Ce service est un service ni ni au sens du point 1 de l'article 1<sup>e</sup> de l'arrêté royal du 12.05.2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6 de la loi du 26.04.2010.

#### Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.

#### Remarques

Notre service n'est pas subsidié, ne s'adresse qu'aux membres de notre Mutualité, ne dépend pas d'une autorité compétente

## Centre ADMINISTRATIF - Code O.C.M. 98/1 et 98/2

### Article 80

La Mutualité organise un centre administratif 98/1 et 98/2

Le centre administratif visé sous le code (98/1), distinct du centre administratif (98/2) mentionné au second paragraphe du même article, a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de service 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 centre administratif (98/2), distinct du centre administratif (98/1) a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195 § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et ce, à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce centre. Les produits et charges déterminés par l'Office de Contrôle sont également attribués à ce centre de code 98/2.

## Article 81

### CLAUSES COMMUNES AUX DIFFERENTS SERVICES organisés par la Mutualité

#### a) BENEFICIAIRES

Bénéficient de ces services :

- les assurés obligatoires repris à l'article 9 en ordre de cotisation
- les personnes à charge des membres effectifs. Par personnes à charge, il faut comprendre celles visées par la législation et la réglementation en matière d'assurance obligatoire.

#### b) PRESCRIPTION

L'action en paiement des prestations prévues se prescrit conformément aux dispositions fixées par l'article 48 bis de la loi du 6 août 1990.

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

#### c) EXEMPTION DE STAGE

La possibilité de bénéficier des avantages des services est immédiate et dépend des moyens disponibles.

#### d) AFFILIATION ET DESAFFILIATION - PRISE D'EFFET

##### 1) dans le cas de la personne à charge qui acquiert la qualité de titulaire

- la couverture des services complémentaires est assurée jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'intéressé s'inscrit en qualité de titulaire auprès d'une mutualité. Le supplément de cotisation payé pour les périodes non encore courues par le titulaire pour la personne à charge concernée doit lui être remboursé ;
- le paiement des cotisations des services complémentaires auprès de la mutualité en qualité de titulaire ne peut prendre effet au plus tôt qu'à partir du premier jour de l'inscription en qualité de titulaire. (1)

##### 2) en cas de mutation ou transfert

- la couverture des services complémentaires doit être assurée jusqu'à la fin du trimestre qui précède la date de prise de cours de la mutation ou du transfert. Les cotisations pour les périodes non encore courues doivent être remboursées au membre concerné ;
- le paiement des cotisations des services complémentaires auprès de la nouvelle mutualité ne peut prendre effet au plus tôt qu'à partir du premier jour du trimestre de prise en cours de la mutation ou du transfert.

3) en cas de décès

Les cotisations des services complémentaires pour les périodes non encore courues doivent être remboursées aux ayants droit du membre décédé.

4) Le remboursement des cotisations doit être effectué dans les trois mois de la fin de l'affiliation (2)

(1) Ces dispositions sont applicables, avec effet rétroactif, au 01.07.2007

(2) Ces dispositions sont applicables, avec effet rétroactif au 01.07.2006

SECTION 4 - Service de l'ADMISSION RECIPROOUE et de la PRISE en  
SUBSISTANCE

Article 82

La mutualité organise un service de mutation individuelle.

## Article 83

### Mutation individuelle

#### 1 Mutation

L'affiliation aux services dont question à l'article 2b peut débuter au plus tôt à la date mentionnée à l'article 3 bis de la loi du 06.08.1990 relative aux mutualités et unions nationales des mutualités.

#### 2. Conditions

Pour pouvoir bénéficier des avantages accordés dans le cadre des services de la Mutualité visés à l'article 2, b) des présents statuts, suivant les moyens disponibles, les membres doivent se trouver dans les conditions requises par lesdits statuts.

## - C H A P I T R E V I -

### FONDS, EMPLOI ET GESTION DE CES FONDS

#### Article 84

Les fonds de la mutualité des services complémentaires sont répartis comme suit :

#### Code

un service hospitalisation	14
un service logopédie	15
un service pédicurie	15
un service matériel de soins	15
un service alimentation et soins pour bébé	15
un service prothèses	15
un service kinésithérapie	15
un service vaccins	15
un service bilan santé	15
un service diététique	15
un service traitement de psychologie	15
un service contraception	15
un service tickets modérateurs	15
un service gynécologie	15
un service greffe	15
un service fécondation in vitro	15
un service posturopodie	15
un service médecines alternatives	15
un service optique	15
un service traitements orthodontiques	15
un service de convalescence	15
un service garde d'enfants maladies	15
un service crèches	15
un service garderie d'enfants	15
un service aides familiales, aides ménagères, gardes-malade et soins à domicile	15
un service prêt et achat de matériel sanitaire et de réadaptation	15
un service biotélévigilance	15
un service ambulance	15
un service frais de déplacement	15
un service naissance et adoption	15
un service jeunesse – interventions individuelles	15
un service jeunesse - vacances Horizons Jeunesse	15
un service bien-être et santé	15

un service tourisme social	15
un service affiliation à un club sportif	15
un service soins aux malades	15
un service information périodique aux membres (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	37
un service social (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	37
un service patrimonial (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	93
un centre administratif (ce service n'est ni une opération ni une assurance, service ni-ni)	98/2

## Article 85

Chaque service est alimenté par :

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

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

Les produits financiers sont repartis entre les différents services et groupes de services sur la base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces services ou groupes de services. Si la somme des disponibilités est négative, aucune part n'est attribuée.

## Article 86

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

## Article 87

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

## Article 88

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

## Article 89

Les fonds, tant des services complémentaires qu'en assurance obligatoire, sont gérés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

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

## Collaboration

### Article 90

En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.

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

L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'assemblée générale et transmis à l'Office de Contrôle.

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

## Dissolution

### Article 91

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

Les dispositions des articles 10, 11 et 12 §§ 2 et 3 de la loi du 6 août 1990 sont d'application dans ce cas.

La convocation mentionne :

- 1 - les motifs de la dissolution ;
- 2 - la situation financière de la mutualité ;
- 3 - l'affectation des fonds sociaux ;
- 4 - les formes et les conditions de la liquidation.

## Article 92

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

## Article 93

En cas de dissolution de la mutualité, les fonds sont répartis entre les membres.

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

Les actifs résiduels sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

L'assemblée générale donne aux éventuels actifs résiduels une destination correspondant à ses objectifs statutaires, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation d'un ou de plusieurs services.

## Modification des statuts - Cas non prévus par les statuts

### Article 94

Les statuts peuvent être modifiés à l'initiative du Conseil d'administration. Toutefois, le Conseil d'administration est tenu de soumettre à l'assemblée générale toute proposition de modification aux statuts appuyée par cinq administrateurs au moins.

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

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

## Article 95

Le texte des propositions de modifications aux statuts, sauf cas de force majeure ou d'urgence, doit être envoyé aux membres de l'Assemblée générale au moins deux semaines avant l'assemblée générale.

Les amendements présentés en cours de séance doivent être mis aux voix.

Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié au moins des membres sont présents et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises.

Si le quorum des présences exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents et représentés.

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

Article 96

Abrogé au 01.01.2012

Article 97

Abrogé au 01.01.2012

# STATUTS EN VIGUEUR AU 01/01/2012

## ANNEXE 1

### Service Prêt et achat de matériel sanitaire et de réadaptation (article 66)

#### Liste du matériel sanitaire et de réadaptation

LECTEUR GLYCEMIE ACCU-CHEK AVIVA STARKIT	GANT LATEX POUUDRE 7 MEDIUM/100 PEHASOFT942151
STYLO ACCU-CHEK MULTICLIX	GANT VINYL POUUDRE 7-8 MEDIUM/100 PEHASOFT9421754
STYLO ACCU-CHEK FASTCLIX	GANT LATEX POUUDRE 7 SMALL/100
LANCETTES ACCU-CHEK MULTICLIX 4X6 LANCETTES	GANT LATEX POUUDRE 7 MEDIUM/100
LANCETTES ACCU-CHEK FASTCLIX 4X6 LANCETTES	GANT LATEX POUUDRE 7 LARGE/100
TIGETTES GLYCEMIE ACCU-CHEK AVIVA /50PC	GANT VINYL POUUDRE 7-8 SMALL/100
AEROSOL	GANT VINYL POUUDRE 7-8 MEDIUM/100
AEROSOL	GANT VINYL POUUDRE 7-8 LARGE/100
PLATEAU TOURNANT LUNA P/AIDE DE BAIN CAPRI	LECTEUR GLYCÉMIE CARE SENS II
LIFT DE BAIN MAYRA ELECTRIQUE	TIGETTES GLYCÉMIE CARE SENS II/50
LIFT DE BAIN MAYRA ELECTRIQUE	HOUSSE PROTEGE MATELAS PVC 1 PERS 90X195X15 REF 211
CHARGEUR P/AIDE DE BAIN CAPRI	HOUSSE INTEG/POLYESTER/PVC 90X15X200 GO210.005
ALESE TEXTILE 85X90	HOUSSE PROMUST PU INTEGRALE FERMETURE 3 CÔTÉS P/MATEL023
TÉLÉVIGILANCE - ASCOM	HOUSSE MATELAS INTÉGRALE PVC 90X200 REF MU
ASPIRATEUR TRACHEAL FLAEM (MINI ASPIRATOR)	HUMIDIFICATEUR LANAFORM VAPO360
ASPIRATEUR TRACHEAL FLAEM (MINI ASPIRATOR)	HUMIDIFICATEUR LANAFORM VAPO360
ASPIRATEUR TRACHEAL FLAEM (SUCTION POMPE)	IMMOBILISATEUR EPAULE ORTHOPEDIC 1101-0 XSMALL
ASPIRATEUR TRACHEAL FLAEM (SUCTION POMPE)	IMMOBILISATEUR EPAULE ORTHOPEDIC 1101-1 SMALL
KIT + ACCESSOIRES ASPIRATEUR TRACHEAL	IMMOBILISATEUR EPAULE ORTHOPEDIC 1101-2 MEDI
DESINFECTANT BACOBAN POUR NOCOSPRAY 5L	INHALATEUR PLASTIQUE BLANC
DESINFECTANT BACOBAN POUR NOCOSPRAY 1L	LANCETTES CARE SENS II/50
BAIN DE SIEGE/BIDET BEHREND	LEVE PERSONNE LIFTY 3 + SANGLES STD
BALANCE + IMPEDANCE METRE	LEVE PERSONNE LIFTY 3 + SANGLES STD
BALANCE + IMPEDANCE METRE	SANGLE TOILETTE/BAIN P/LEVE PERSONNE PASSIF SITO
PANNEAU BOIS LIT HAYDN TETE	SANGLE DE BAIN FILET P/LEVE PERSONNE LIFTY

PANNEAU BOIS LIT HAYDN PIED	LIT ELECTRIQUE + BARRIERES + POTENCE
BARRIERES P/EXTENSION LIT ELECTRIQUE HAYDN 220CM/PAIRE	LIT ELECTRIQUE + BARRIERES + POTENCE
BARRIERE DE LIT UNIVERSELLE/2	ALLONGE 10CM P/LIT ELECT HAYDN
BARRIERE DE LIT UNIVERSELLE/2	VIS PAPILLON POUR LIT ELECTRIQUE HAYDN RÉF V8200355
BASSIN DE LIT PLAT PLASTIC BLANC	ROUE POUR LIT ELECTRIQUE HAYDN
COUSSIN DE POSITIONNEMENT AVEC HOUSSE	ALLONGE MATELAS + HOUSSE P/LIT 20X85
BATTERIE POUR HTS5-	LUNETTE DE LUMINOTHERAPIE
BATTERIE POUR HTS6-	LUNETTE DE LUMINOTHERAPIE
COUVERCLE BOITIER HTS50	MATELAS CLINIQUE MORFEA
COUVERCLE BOITIER HTS52	MATELAS CLINIQUE MORFEA
FICHE ELECTRIQUE BOSCH HTS	MATELAS ALTERNATING ECO BLEU/VERT REMPLACE BULA
FICHE TELEPHONIQUE BOSCH HTS	MATELAS (SURMATELAS) ALTERNATING BLEU/VERT/BEIGE
PILE AU LITHIUM 3V POUR MEDAILLON	MATELAS VISCO-ELASTIQUE W3006
PRISE TELEPHONIQUE BOSCH HTS	MATELAS VISCO-ELASTIQUE W3006
FICHE TELEPHONIQUE 'SPLITTER'	MATELAS MOUSSE 80X190X6
TÉLÉVIGILANCE - BOSCH HTS50	MATELAS ALTERNATING NEO-PRO 8000 STADE 4
TÉLÉVIGILANCE - BOSCH HTS52	MATELAS ALTERNATING NEO-PRO 8000 STADE 4
TÉLÉVIGILANCE - BOSCH HTS62	MATELAS ALTERNATING EXCEL 5000 + COMPRESSEUR
CADRE DE MARCHE FIXE HAUTEUR REGLABLE	MATELAS ALTERNATING EXCEL 5000 + COMPRESSEUR
CADRE DE MARCHE FIXE HAUTEUR REGLABLE	MATELAS ALTERNATING DYNABEST 5000 + COMPRESSEUR
CADRE DE MARCHE PLIABLE	MATELAS (SURMATELAS) ALTERNATING OASIS 2000 + COMPRESSEUR
CADRE DE MARCHE PLIABLE	MATELAS (SURMATELAS) ALTERNATING + COMPRESSEUR
CADRE DE MARCHE PLAIN BLEU HAUTEUR REGLABLE	MEDAILLON - ASCOM
MANETTE REGLAGE HAUTEUR ROLLATOR THU.	MEDAILLON MONTRE - BOSCH HTS52
CADRE DE MARCHE ROLLATOR AVEC SIEGE 2 ROUES	MEDAILLON - BOSCH TXB
CADRE DE MARCHE ROLLATOR AVEC SIEGE 2 ROUES	MEDAILLON - BOSXH TXB NG
POIGNEE GAUCHE POUR ROLLATOR (2 ROUES) AVEC SIEGE/CADRE025	MEDAILLON - BOSCH TXE
POIGNEE DROITE POUR ROLLATOR (2 ROUES) AVEC SIEGE/CADRE025	NEBULISEUR AEROSOL SIDESTREAM ADULT KIT
CADRE DE MARCHE ROLLATOR 4 ROUES	NEBULISEUR AEROSOL SIDETREAM ENFANT
CADRE DE MARCHE ROLLATOR 4 ROUES	NEBULISEUR AEROSOL SIDESTREAM ADULT KIT
POIGNEE GAUCHE POUR ROLLATOR 4 ROUES/CADRE050	NEBULISEUR AEROSOL SIDESTREAM PEDIATRIQUE
POIGNEE DROITE POUR ROLLATOR 4 ROUES/CADRE050	NOCOSTRAY APPAREIL DE DESINFECTION 230V RÉF 4.000.000
VIS DE SERRAGE (LEVIER DE REGLAGE) P/CADRE050	DESINFECTANT NEUTRE 1L NOCOLYSE P/NOCOSPRAY

VIS CRANTEE P/VIS DE SERRAGE P/CADRE050	DESINFECTANT NEUTRE 5l NOCOLYSE P/NOCOSPRAY
JOINT ROND P/VIS DE SERRAGE P/CADRE050	OREILLER PLAT 60X60
CADRE DE MARCHE PLIABLE	OXYMETRE MD300-CO
CADRE DE MARCHE PLIABLE	PEDALIER ADVYS AA9058
CANNE ANATOMIQUE ALUMINIUM DROITE W2110	PEDALIER ADVYS AA9058
CANNE ANATOMIQUE ALUMINIUM DROITE W2110	PESE BEBE CK DIGITAL 354
CANNE ANATOMIQUE ALUMINIUM GAUCHE W2111	PESE BEBE CK DIGITAL 354
CANNE ANATOMIQUE ALUMINIUM GAUCHE W2111	PESE BEBE SECA 334
CANNE BEQUILLE GRISE LA PIECE	PLANCHE DE BAIN
CANNE BEQUILLE GRISE LA PIECE	PLANCHE DE BAIN POIGNEE LATERALE MARINA
CANNE BEQUILLE ENFANT LA PAIRE	POIGNEE P/VOITU ECLIPS OU ROLLATOR
CANNE BEQUILLE ENFANT LA PAIRE	POIGNÉE TRIANGLE GRIS POUR PERROQUET POUR LIT LUNA
CANNE AXILLAIRE ADULTE PIECE	PORTE SERUM 2 CROCHETS
CANNE AXILLAIRE ADULTE PIECE	PORTE SERUM 2 CROCHETS
CANNE QUATRIPODE HAUTEUR REGLABLE	PROTEGE-TALON SYNTETIQUE LA PIECE
CANNE QUATRIPODE	PROTEGE-TALON MOUTON MEDICLANA LA PIECE
CANNE QUATRIPODE	REHAUSSEUR WC 11CM SOUPLE TH.W1550
CANNE FIXE NOIRE ALUMINIUM EN T BEHREND	REHAUSSEUR WC 15CM GO669.002
CANNE PLIABLE NOIRE ALUMINIUM EN T BEHREND	REHAUSSEUR WC 13CM GO669.001
CANNE PLIABLE NOIRE ALUMINIUM EN T BEHREND	REHAUSSEUR WC 13CM CLIP GO669.601
CEFALY APPAREIL P/TRAITEMENT ET PREVENTION MIGRAINE	REHAUSSEUR WC 13 CM CLIPS
CHAISE PERCEE BLEU THU V1214540	REHAUSSEUR WC 13CM CLIPS ET COUVERCLE
CHAISE PERCEE ROULETTES + ACCOUD ESC BLEU TUBE GRIS	REHAUSSEUR WC 15CM CLIPS
CHAISE DE DOUCHE CLAEN ETAC	REPOSE JAMBE/PAIRE
CHAMBRE VORTEX + MASQUE ADULT	REPOSE JAMBE/PAIRE
CHAMBRE VORTEX + MASQUE ENFANT ORANGE + 2 ANS	REPOSE JAMBE ECLIPS/PAIRE
CHAMBRE VORTEX + MASQUE ENFANT JAUNE 0 À 2 ANS	REPOSE JAMBE ECLIPS/PAIRE
CLIP P/CANNE BEQUILLE	SANGLE LEVE PERSONNE EN U STANDARD (TISSU NYLON BLEU)
TÉLÉCOMMANDE POUR LIT ELECTRIQUE HAYDN	SEAU PLASTIQUE GRIS CHAISE PERCEE REF21500200
GLISSIERE PROFILE BARRIERE DE LIT 2 THUASNE	SIÈGE DE BAIN
COMPRESSEUR SEUL + MATELAS GRATUIT	SIÈGE DE BAIN SAVANAH AVEC ASSISE EN LATIS 30CM
COMPRESSEUR EXCEL 1000 ET OASIS 2000	SIÈGE DE BAIN SAVANAH AVEC ASSISE EN LATIS 20 CM
-CORDELLIERE MEDAILLON BOSCH	SOULÈVE COUVERTURE ARC DE CERCLE LA PIÈCE 865

COUSSIN A AIR ROND PIECE	LINGETTES BACILLOL TISSUES P/SURFACES/100 PIECES
COUSSIN A EAU 62X72 FAUTEUIL/LIT	PERROQUET SUR PIED 835001
COUSSIN ANTI ESCARRES 40X40X6 GEL FLUIDE	PERROQUET SUR PIED 835001
COUSSIN EN MOUSSE VISCO-ELASTIQUE	TABLE DE LIT HETRE PLATEAU/BRAS.INCLI.THW0300001001
COUSSIN + POMPE REPOSE	TABLE DE LIT HETRE PLATEAU/BRAS.INCLI.THW0300001001
COUSSIN + POMPE REPOSE	TABOURET DE DOUCHE ETAC SWIFT GRIS
MATELAS + POMPE REPOSE	ACCOUDOIRS P/TABOURET DE DOUCHE ETAC SWIFT GRIS/PAIRE
MATELAS + POMPE REPOSE	DOSSIER POUR TABOURET DE DOUCHE ETAC SWIFT GRIS
COUSSIN FER A CHEVAL MOUSSE PU + HOUSSE	MANCHETTE 22-23 CM P/TENSIOMETRE TENSOVAL
OREILLER CERVICAL THUASNE VISCO-ELASTIQUE ERGONOMIQUE	TENSIOMETRE TENSOVAL POIGNET
COUSSIN CORRECTEUR INCLINE 37X37 BEHREND	TENSIOMETRE TENSOVAL POIGNET
COUSSIN DE POSITIONNEMENT LONG MED 280CM	TENSIOMETRE TENSOVAL BRAS-DUO 22-32CM RÉF 900205/1
DOSSIER DE LIT TOILE BLEU	TENSIOMETRE TENSOVAL BRAS-DUO 22-32CM RÉF 900205/1
DOSSIER DE LIT AVEC APPUI-NUQUE	THERMOMETRE AURICULAIRE
DOSSIER DE LIT AVEC APPUI-NUQUE	TIRE-LAIT MINI ASPIRATOR FLAEM LA PIECE
ALESE CAOUTCHOUC DRAP HOPITAL BRIQUE 1 METRE	TIRE-LAIT MINI ASPIRATOR FLAEM LA PIECE
ECHARPE BRAS AERE XSMALL 50-60CM	ACCESOIRES P/TIRE LAIT FLAEM
ECHARPE BRAS AERE SMALL 61-71CM	URINAL HOMME TRANSPARENT
ECHARPE BRAS AERE MEDIUM 72-94CM	URINAL HOMME OPAQUE
ECHARPE BRAS AERE LARGE 95-117CM	URINAL FEMME
ECHARPE BRAS AERE XLARGE 102-104CM	VELO TUNTURI BREMSHEY CARDIO AMBITION
EMBOUT CADRE DE MARCHÉ ROLLATOR 2 ROUES 25 MM	VELO TUNTURI BREMSHEY CARDIO AMBITION
EMBOUT BEQUILLE GRIS ROND	VOITURETTE PEDIATRIQUE 37CM + REPOSE-JAMBES
EMBOUT P/TIRE LAIT TIRALATTE + 2 TUYAUX/KIT	VOITURETTE PEDIATRIQUE 37CM + REPOSE-JAMBES
EMBOUT P/TIRE LAIT SKI	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 38 CM
ENFILE BAS DE COMPRESSION	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 38 CM
ENFILE BAS SUR CADRE	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 43 CM
TELEVIGILANCE - ESTAFETTE	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 43 CM
FAUTEUIL RELEVEUR SIMILI CUIR MARRON	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 45 CM
FAUTEUIL RELEVEUR SIMILI CUIR MARRON	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 45 CM
FAUTEUIL RELEVEUR MOKA	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 48 CM
FAUTEUIL RELEVEUR PLUTO VELOURS COL	VOITURETTE MEYRA 3600 PROPULSION 48 CM
FILTRE AEROSOL MONDIAL ANCIEN	VOITURETTE 708DPP 37 CM
FILTRE AEROSOL MONDIAL/AIRMIST NOUVEAU MODELE	VOITURETTE 708DPP 37 CM



STATUTS EN VIGUEUR AU 1/01/2015

ANNEXE 2

SERVICE JEUNESSE – ART. 70BIS – ACTIVITES 2015

LISTE DES ACTIVITES 2016 VISEES A L'ARTICLE 70BIS - MISE A JOUR AU  
30/11/2015

<i>Activité</i>	<i>Lieu</i>	<i>Période</i>	<i>Prix membre</i>	<i>Prix non membre</i>
<i>Vacances de carnaval</i>				
Sports d'hiver (ski ou surf)	Italie – Clavière	14/02 – 21/02	480 €	800 €
<i>Vacances de Pâques</i>				
Sports d'hiver (ski ou surf)	Suisse – Grimentz	26/03 – 02/04	460 €	730 €
Oxygène	Belgique – Oostduinkerke	26/03 – 02/04	160 €	330 €
Séjour en gîte	Belgique - Vergnies	03/04 – 08/04	120 €	250 €
Plaine en gîte	Belgique - Vergnies	04/04 – 08/04	50 €	80 €
<i>Vacances d'été</i>				
Séjour de danse	France - Carqueiranne	30/06 – 09/07	470 €	800 €
Séjour de chant	France - Carqueiranne	30/06 – 09/07	470 €	800 €
Séjour sportif	France - Carqueiranne	30/06 – 09/07	470 €	810 €
Stage de langue	Belgique – La Panne	02/07 – 09/07	400 €	600 €
Stage de langue et d'équitation	Belgique – La Panne	02/07 – 09/07	460 €	680 €
Séjour à la mer	France – Plouénéour-Trez	10/07 – 19/07	430 €	740 €
Gîte à la mer	France – Plouénéour-Trez	10/07 – 19/07	410 €	710 €
Séjour à la ferme	Belgique – Durbuy	10/07 – 16/07	140 €	310 €
Plaine à la ferme	Belgique – Durbuy	11/07 – 15/07	90 €	130 €
Séjour à la mer	Belgique - Oostduinkerke	16/07 – 23/07	260 €	550 €
Séjour à la mer	Belgique - Oostduinkerke	23/07 – 30/07	260 €	550 €
Séjour sportif	Espagne - Mieres	22/07 – 31/07	400 €	690 €
Séjour d'équitation	Espagne - Mieres	22/07 – 31/07	400 €	690 €
Stage de langue	Belgique – La Panne	30/07 – 06/08	430 €	650 €
Stage de langue et d'équitation	Belgique – La Panne	30/07 – 06/08	490 €	730 €
Séjour à la campagne	Belgique – Bomal/S/Ourthe	30/07 – 06/08	190 €	410 €

Plaine à la campagne	Belgique – Bomal/S/Ourthe	01/08 – 05/08	60 €	90 €
Séjour à la mer	Italie – Bellaria	31/07 – 09/08	430 €	730 €
Séjour à la mer	Belgique - Oostduinkerke	07/08 – 14/08	220 €	480 €
Séjour d'équitation	Belgique - Spa	13/08 – 20/08	230 €	490 €
Séjour sportif	Belgique - Spa	13/08 – 20/08	190 €	400 €
Séjour 'cuisine'	Belgique - Spa	13/08 – 20/08	210 €	460 €
Plaine d'équitation	Belgique - Spa	13/08 – 20/08	130 €	190 €
Plaine sportive	Belgique - Spa	13/08 – 20/08	80 €	110 €
Plaine 'cuisine'	Belgique - Spa	13/08 – 20/08	120 €	180 €
Séjour 'indiens'	Belgique - Forville	21/08 – 26/08	160 €	340 €

**Cotisations obligatoires**

I.A. Cotisations obligatoires propres

- Cat. 1 Par ménage mutualiste avec personnes à charge  
 Cat. 2 Par ménage mutualiste sans personne à charge  
 Cat. 3 Par ménage mutualiste avec cotisation réduite sans personne à charge (art. 37 §19 5° loi du 14 juillet 1994)  
 Cat. 4 Par ménage mutualiste avec cotisation réduite avec personne à charge (art. 37 §19 5° loi du 14 juillet 1994)

CODE	SERVICES	Art. des statuts	(1)	CATEGORIES DE MEMBRES			
				Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
14	Hospitalisation	60		0,12	0,12	0,00	0,00
15/1	Services AC MUT. globalisés	53->75c		94,32	71,64	0,00	0,00
15/2	Jeunesse - vacances Horizons Jeunesse	74b	*	2,40	2,40	0,00	0,00
15/3	Bien-être et santé	75a	*	0,36	0,12	0,00	0,00
15/4	Tourisme social	75b	*	0,24	0,12	0,00	0,00
15/5	Soins aux malades	76	*	1,56	1,32	0,00	0,00
<b>Sous-total des opérations</b>				<b>99,00</b>	<b>75,72</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
37/1	Information périodique des membres	77		0,12	0,12	0,00	0,00
37/2	Service social	79		0,00	0,00	0,00	0,00
93	Patrimoine	78a	*	2,64	1,92	0,00	0,00
98/1	Centre administratif : centre de répartition	80		0,00	0,00	0,00	0,00
98/2	Centre administratif (Y compris les activités ( de promotion)	80		0,36	0,36	0,00	0,00
<b>Total</b>				<b>102,12</b>	<b>78,12</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

CODE	(1) Personnes juridiques avec lesquelles un accord de collaboration a été conclu
15/2	ASBL Horizons Jeunesse
15/3	ASBL Entraide-Santé
15/4	ASBL Entraide-Santé
15/5	ASBL Centre de Médecine Spécialisé
93	ASBL Neutra Confort

Union Nationale / Mutualité	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
<b>Cotisation totale à payer par ménage mutualiste</b>	<b>108,00</b>	<b>84,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

### Cotisations obligatoires (suite)

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des entités mutualistes liées pour lesquelles une cotisation obligatoire doit être payée. Ces cotisations obligatoires sont reprises dans le tableau de cotisations des entités concernées. Dans l'hypothèse où il ne faut pas payer de cotisation pour tous les services des entités mentionnées, il y a lieu d'énumérer les services auxquels les membres sont obligatoirement affiliés.

200	Union Nationale des Mutualités Neutres	
15/1	Asbl Fraternité - Œuvres sociales	
15/2	Soins à l'étranger	
90	Fonds spécial de réserve complémentaire	