



Mutualité « Mutualité Libérale du Luxembourg »
(O.A. n° 418)
Avenue de la Gare 37
6700 Arlon

Statuts

(applicables au 01/01/2019)

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

- décidées par l'assemblée générale de la mutualité le 09/12/2018 ;
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 05/04/2019 ;
- cette approbation a été adressée par recommandé daté du 11/04/2019 et réceptionné le 15/04/2019 ;
- publiées sur le site internet avant la date légale de publication (le 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la réception du courrier recommandé de l'OCM).

La mutualité est affiliée à l'union nationale des Mutualités Libérales, dont les statuts sont disponibles sur le site internet de celle-ci à l'adresse suivante :

<http://www.ml.be/FR/votre-mutualite/a-propos-de-nous/statuts>

MUTUALITE LIBERALE DU LUXEMBOURG

STATUTS AU 01/01/2019

Statuts présentés à l'AG du 09/12/2018
et approuvés par l'OCM le 05/04/2019
(courrier du 11/04/2019)

MUTUALITE LIBERALE DU Luxembourg
Avenue de la Gare, 37
6700 ARLON

-
Reconnue par Arrêté Royal du 20 août 1974
Moniteur belge du 19 octobre 1974
-

STATUTS

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution, modifiée par la Loi du 26 avril 2010 portant dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;

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

Après délibération, l'Assemblée Générale réunie le 1er décembre 1991, a décidé aux quorums de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la Mutualité comme suit :

CHAPITRE I

CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS
SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITE

Article 1. Une mutualité a été établie à ARLON le 9 septembre 1973 sous la dénomination:

FEDERATION DES MUTUALITES LIBERALES DU LUXEMBOURG

Jadis reconnue par l'Arrêté royal du 20 août 1974, pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes.

Elle adopte actuellement la dénomination : **MUTUALITE LIBERALE DU LUXEMBOURG**

Dans ses relations avec les tiers, la Mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : "La Mutualité du Luxembourg"

Article 2.

A. Les buts de la mutualité sont :

a. Dans le cadre de l'article 3 a) et c) de la loi du 6 août 1990 : la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union nationale des Mutualités Libérales auprès de laquelle elle est affiliée depuis le 01/01/74, 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 soins de santé et indemnités l'amène à se porter garant 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 la guidance des membres afin de veiller, dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à ce que leurs soins qualitatifs soient assurés et que chacun ait accès à ces soins.

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

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution ou de l'article 3, premier alinéa c, de la loi du 6 août 1990
L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'union nationale précitée. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de cette union.

b. Dans le cadre de l'article 3 b) et c) de la loi du 6 août 1990 modifiée par la loi du 26 avril 2010 portant diverses dispositions en matière d'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 :

- service de transport des malades : frais de déplacement (code 15/08) : opération ;
- Service de prêt de matériel et transport non médicalisé « VSL » (code 15/07) : opération.
- Service « Jeunesse » : (code 15/12) : opération ;
- Service « Pensionnés » (code 15/11) : opération ;
- centre de service social (code 37) : ni-ni ;
- service logopédie (code 15/01) : opération ;
- service hébergement des personnes accompagnantes (code 15/04) : opération ;
- service pédicure (code 15/02) : opération ;
- service naissance – adoption - enfance (code 15/09) : opération ;
- service administratif d'apurement (code 98/2): ni une assurance, ni une opération ;
- service prévention santé (code 15/03) : opération ;
- service soins à domicile : garde enfants malades et télé-vigilance (code 15/05) : opération ;
- service aides ménagères ou familiales (code 15/06) : opération ;
- service hospitalisation (code 14): Hôpital-Liberté: opération.

L'ensemble des services sont obligatoires et indissociables. L'affiliation à ces services entraîne d'office l'affiliation aux services statutaires organisés par l'Union nationale des mutualités libérales auxquels est affilié la Mutualité du Luxembourg.

Les services qui ne sont ni des opérations ni des assurances sont organisés en vertu de l'article 67 alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010.

Conformément à l'article 9, par.1^{er}, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi du 6 août 1990 et à l'article 67, alinéa 1^{er}, h), de la loi du 26 avril 2010 portant dispositions diverses en matière d'organisation des assurances complémentaires, les prestations dans le cadre des services et opérations sont proposées en fonction des moyens disponibles.

Conformément à l'article 67, alinéa 1^{er}, g), de la loi du 26 avril 2010 précitée les dispositions reprises dans les présents statuts concernant les opérations et services complémentaires ne peuvent aboutir à ce que les membres visés par le statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2, et 19, de la loi du 14 juillet 1994 bénéficient d'une intervention inférieure à celle octroyée aux autres membres.

La mutualité, en tant qu'intermédiaire d'assurances auprès de la SMA «Hôpital Plus » se charge de la promotion et de la vente des produits proposés par ladite SMA et offre à ses membres la possibilité :

- de souscrire à des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances ;
- de bénéficier d'une couverture, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité.

d) La Mutualité libérale organise un service « centre administratif de répartition » (code 98/1) afin de répartir les frais de fonctionnement communs.

B. La mutualité a également pour but :

a) de permettre aux membres de bénéficier des services et opérations organisés par l'Union Nationale à laquelle elle est affiliée ; Le caractère obligatoire de l'affiliation aux services et opérations organisés – entre autres pour notre mutualité – par l'Union Nationale est précisé dans les statuts de cette dernière.

b) de percevoir la cotisation pour le Fonds de réserve instauré par l'union nationale.

C. En vue d'organiser les services repris au point A, la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé. A cet effet, un accord de collaboration est conclu en vertu des dispositions de l'article 43 de la loi du 6 août 1990.

Article 3. Le siège social de la mutualité est établi à 6700 Arlon, Avenue de la Gare, 37.

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 pour autant qu'ils soient assujettis à l'assurance obligatoire.

En application des articles 43 bis et 70, § 2 de la loi du 6 août 1990, la Mutualité a créé, avec effet au 1^{er} février 2019 une société mutualiste créée sous la dénomination : « *Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région wallonne* ». Dans ses relations avec des tiers, la société mutualiste peut utiliser l'abréviation suivante : « *WALLOMUT* ».

Le but de la société mutualiste est d'accomplir les missions des organismes assureurs pour les compétences dévolues à la Région wallonne en vertu de la loi spéciale du 6 janvier 2004 et du décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, du décret wallon du 11 avril 2004 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, et du décret du 11 avril 2014 portant assentiment de l'accord de coopération cadre en matière de santé et d'aide aux personnes, telles que déterminées par la Région wallonne.

Le siège social de la société mutualiste est établi à Bruxelles, rue de Livourne, 25 à 1050 Ixelles. Son champ d'activité s'étend à l'ensemble de la Région wallonne, à l'exception de la région unilingue de langue allemande.

En application des articles 43 bis et 70, § 2 de la loi du 6 août 1990, la Mutualité a créé au 1^{er} février 2019 une société mutualiste créée sous la dénomination : « *Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualités Libérales pour la Région de Bruxelles-Capitale* ». Dans ses relations avec des tiers, la société mutualiste peut utiliser l'abréviation suivante: « *BRUMUT* ».

Le but de la société mutualiste est d'accomplir les missions des organismes assureurs pour les compétences dévolues à Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale en matière de soins de santé et d'aide aux personnes. Le siège social de la société mutualiste est établi à Bruxelles, rue de Livourne, 25 à 1050 Ixelles. Son champ d'activité s'étend à l'ensemble de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Article 4. La Mutualité est affiliée auprès de L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES, établie à la Rue de Livourne, 25 à 1050 BRUXELLES.

Article 5. La Mutualité est répartie en cinq sections administratives :

- 1) Arrondissement administratif d'Arlon
- 2) Arrondissement administratif de Bastogne
- 3) Arrondissement administratif de Marche
- 4) Arrondissement administratif de Neufchâteau
- 5) Arrondissement administratif de Virton

CHAPITRE II

ADMISSION, DEMISSION ET EXCLUSION DES MEMBRES

Article 6. Affiliation aux services de la mutualité

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

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

- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
- de l'Union Nationale des Mutualités Libérales auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
- de la « Société mutualiste régionale des mutualités libérales pour la région wallonne » (Wallomut) ou de la « Société mutualiste régionale des mutualités libérales pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale » (Brumut), auprès desquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la réglementation régionale dont elle relève.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994

2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour

l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;

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

Cette personne est d'office affiliée aux services de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

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

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

- de participer le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à l'épargne prénuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 aout 1990, organisée par l'union nationale des Mutualités Libérales ;
- de s'affilier à la société mutualiste « Zorgkas van de Liberale mutualiteiten » auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à cette société mutualiste régionale lui est rendue possible en vertu de la réglementation régionale dont elle relève ;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance « Hôpital Plus », auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

Article 6bis. Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire

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

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

1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois d'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire du mois au cours duquel elle acquiert une des qualités visées à l'article 32, 1° à 16° et 20° à 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;

3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;

4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;

5° pour une personne visée à l'article 6, § 1er, 2°, ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d'une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;

6° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

Article 7. Exclusion

Peut être exclu comme membre des services visés à l'article 2, aux points A.b) et A.c) des présents statuts sur décision du conseil d'administration, le membre qui se rend coupable d'une infraction qui a un rapport avec la loi du 6 août 1990 et la loi coordonnée du 14/07/1994 ou avec leurs arrêtés d'exécution ou de faits qui portent atteinte aux intérêts de la Mutualité (comme par exemple : piratage du système informatique) ou à l'intégrité physique ou psychique de son personnel (agression physique, verbale,...).

Article 8. Politique relative au respect de la vie privée

La Mutualité reconnaît l'importance du traitement sécurisé des données à caractère personnel de ses membres et met en place une politique relative au respect de la vie privée respectant le Règlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des données (soit le « RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données »). Ce règlement est immédiatement d'application en Belgique depuis le 25 mai 2018.

Les données à caractère personnel des membres sont légitimement traitées par la Mutualité étant donné que le traitement repose sur une base légale : les articles 6.1. c), d), e), f), 9.2 b), c), g), h), i) et j) ainsi que l'article 87 du RGPD.

La mutualité se base notamment sur les législations spécifiques suivantes et leurs arrêtés d'exécution : la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des

mutualités en ce qui concerne l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire ; la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, notamment son article 3, point 1 ; la loi du 15 janvier 1990 visant à instituer la Banque-Carrefour de sécurité sociale ; la loi du 8 août 1983 organisant un Registre National des personnes physiques et l'AR du 5 décembre 1986 sur son utilisation en assurance maladie-invalidité ; la loi du 21 août 2008 sur la plate-forme e-Health ; la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'Assuré social ; la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient.

8.1. Types de données à caractère personnel traitées :

En fonction des services auxquels les membres ont recours ou des informations qu'ils communiquent à la mutualité, cette dernière peut traiter les données à caractère personnel suivantes : données d'identification (noms, adresse, téléphone, ...), particularités financières, données physiques (taille, poids, ...), données psychiques (personnalité, caractère,...), loisirs et intérêts, habitudes de consommation, éducation et formation, enregistrements d'images (via les caméras de surveillance dans les locaux), caractéristiques personnelles (âge, sexe, état civil), habitudes de vie, composition de ménage, affiliations (mutualistes), caractéristiques de logements, profession et emploi. En outre, la mutualité peut avoir connaissance ou traiter les données particulières suivantes : données émanant du Registre National (numéro de registre national et données d'identification comme le nom et les prénoms), le lieu et la date de naissance, le sexe, la nationalité, la résidence principale, le lieu et la date de décès, l'état civil, la composition du ménage, la cohabitation légale, le type de registre d'inscription, les données émanant de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale : données sociales (ONSS-chômage), les données relatives à la santé (santé physique, santé psychique, situations et comportements à risque, vie sexuelle, données relatives aux soins, données génétiques), les données judiciaires (suspensions et mises en accusation, condamnations et peines, mesures judiciaires, sanctions administratives).

Les données à caractère personnel proviennent essentiellement : des membres, leur représentant légal ou de toute personne mandatée par leurs soins ; des prestataires de soins (hôpitaux, médecins, ...) que les membres consultent, notamment via le système du tiers payant ; de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale et toute autre administration publique active en matière de sécurité sociale ; de l'INAMI.

8.2. Communications possibles des données à caractère personnel :

Les données à caractère personnel peuvent être communiquées aux membres et/ou aux représentants en possession d'un mandat, directement ou par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé, à un service de la mutualité en interne, à une autre mutualité, à l'Office de Contrôle des Mutualités et autres instances légales habilitées dans le cadre de leurs missions légales de contrôle (comme le Réviseur d'entreprise), aux auditeurs internes et externes de l'Union nationale des mutualités libérales, aux avocats et huissiers de justice en cas de contentieux et aux sous-traitants au sens de la réglementation (les asbl avec accords de collaboration et les SMA). Les données peuvent être transférées à l'étranger (en dehors de l'EEE) si c'est nécessaire dans le cadre de l'assurance obligatoire, ou à la sauvegarde des intérêts des membres.

Les données à caractère personnel sont traitées par du personnel habilité et soumis contractuellement à une obligation de secret professionnel. La Mutualité garantit ainsi dans la mesure du possible que les données à caractère personnel de ses membres : sont traitées d'une manière légitime, correcte et transparente ; sont collectées à des fins bien déterminées, expressément décrites et justifiées ; sont suffisantes, pertinentes et doivent se limiter à ce qui est

nécessaire pour les objectifs pour lesquels elles sont traitées ; sont exactes et sont actualisées si nécessaire ; sont conservées sous une forme qui permet une protection appropriée ; sont protégées contre un traitement non autorisé ou injustifié et contre une perte, une destruction ou une détérioration volontaire ou involontaire.

8.3. Droits des membres :

Dans le cadre du RGPD, les membres ont les droits suivants vis-à-vis de leurs données à caractère personnel :

1° Droit de consultation de leurs données personnelles (art. 15 du RGPD);

2° Droit de rectification des données à caractère personnel incorrectes (art.16 du RGPD);

3° Droit de suppression des données (« Droit d'oubli ») (art.17 du RGPD);

Dans la plupart des cas, le droit à la suppression des données ne sera pas exécuté par la mutualité étant donné que le traitement est basé sur une obligation légale de traitement.

4° Droit à la limitation du traitement (art.18) en cas d'inexactitude des données ou de traitement illicite, notamment;

5° Droit à la portabilité (art.20 du RGPD), c'est-à-dire que la mutualité s'engage à pouvoir transférer vers les membres leurs données dans un format couramment utilisé et lisible par eux;

6° Droit d'opposition (art. 21 du RGPD), c'est-à-dire le droit des membres à s'opposer au traitement de leurs données par la mutualité si nécessaire ;

Dans la plupart des cas, le droit d'opposition ne sera pas exécuté par la mutualité, étant donné que le traitement est basé sur une obligation légale de traitement.

7° Droit de ne pas faire l'objet d'une décision exclusivement fondée sur un traitement automatisé (art. 22 du RGPD) ;

Dans certains cas, ce droit ne sera pas exécuté par la mutualité, étant donné que le traitement est basé sur une obligation légale de traitement : pour les types de titulaires (codes) ; l'intervention majorée (BIM) ; le maximum à facturer ; la déclaration d'accident à compléter ; la prise en charge d'une prestation notifiée par un prestataire ou une institution de soins ; le blocage des indemnités en cas de prise en charge notifiée par un assureur en accidents du travail.

8.4. Politique de protection des données à caractère personnel :

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données, la Mutualité, agissant en tant que responsable de traitement au sens du RGPD, a nommé un Délégué à la Protection des Données. Le DPD est joignable par e-mail contact@mut418.be ou via courrier adressé au siège de la mutualité.

La mutualité a également créé un inventaire des données personnelles des membres qui contient : la base légale du traitement des données ; le nom du service compétent et du chef de service ; les objectifs du traitement de ces informations personnelles ; les procédures que le service/employé doit concrètement mettre en place ; les applicatifs informatiques utilisés ; la mention éventuelles « Usagés faibles » au sens de l'art. 248 du RGPD) ; le type de données, les membres auxquels ils s'appliquent et la finalité du traitement ; le ou les destinataires hors Europe ; les sous-traitants éventuels ; la durée de maintien des données selon les bases légales ; la procédure de protection : informatique ou/et pratiques.

En cas de désaccord, les membres ont le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité de surveillance belge (= « l'Autorité de protection des données »), sise rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles, conformément à l'article 77 du RGPD s'ils estiment que leurs données à caractère personnel ne sont pas protégées et/ou traitées conformément au RGPD par la mutualité. La mutualité s'engage à collaborer avec l'autorité de surveillance belge compétente pour fournir les informations nécessaires et pour limiter les conséquences des éventuelles infractions.

CHAPITRE III CATEGORIES DE MEMBRES

Article 9.

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6 bis, une personne affiliée à la mutualité peut être :

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

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ; il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;
- de la possibilité de bénéficier de la couverture d'assurance que le membre a souscrite auprès de la société mutualiste d'assurances « Hôpital Plus », et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances.

Le paiement ou le non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire n'a aucune conséquence en ce qui concerne le droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il ne peut y avoir de compensation entre des cotisations de l'assurance complémentaire impayées et des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 2. Le membre qui peut bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire

Il s'agit du membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6 bis :

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

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

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

Lorsque le membre a été affilié pour la première fois à une mutualité belge en qualité de titulaire depuis moins de 24 mois, et qu'il a été en ordre de cotisations pour les services

concernés depuis la prise de cours de son affiliation, il est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

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

2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

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

- a) a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, elle doit, pour pouvoir bénéficier de l'avantage en question, avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, dans chacune des mutualités, pour les mois durant lesquels elle y était affiliée en qualité de titulaire durant cette période ;
- b) n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

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

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

b) se trouve dans une des situations suivantes :

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

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

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

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

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1^{er} janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6 bis, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6 bis, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^{ème} mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;
 - 2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;
- 2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

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

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

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

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;
 - 2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;
- 2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 aout 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée ne pourra à nouveau bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

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

- 1° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, a perdu la qualité de titulaire et possède la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

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

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

CHAPITRE IV

ORGANES DE LA MUTUALITE

Section 1 - L'Assemblée Générale

Composition

Article 10. L'Assemblée Générale se compose d'un délégué par tranche de 200 membres tels que définis à l'article 2 § 3, premier alinéa de la loi du 6 août 1990, modifiée selon l'article 54 de la loi du 20 juillet 1991, avec un minimum de 25 représentants.

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 est répartie en cinq circonscriptions électorales, à savoir :

- 1) Arrondissement administratif d'ARLON
- 2) Arrondissement administratif de BASTOGNE
- 3) Arrondissement administratif de MARCHE
- 4) Arrondissement administratif de NEUFCHATEAU
- 5) Arrondissement administratif de VIRTON

Font partie de cette circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge qui habitent dans cette circonscription.

Les membres et les personnes à charge qui habitent en dehors des circonscriptions électorales de la Mutualité, sont ajoutés à la circonscription de l'Arrondissement d'ARLON, sauf en ce qui concerne les membres et leurs personnes à charge habitant hors du territoire national et travaillant en Belgique dans l'un des cinq arrondissements, qui eux sont ajoutés à la circonscription de leur lieu principal de travail.

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 prévus à l'article 10 des présents statuts.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Article 13. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale:

- a. il faut être membre de la Mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- b. il faut être majeur ou émancipé;

c. s'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisation pour les services complémentaires auprès de la Mutualité;

d. s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation pour les services complémentaires auprès de la Mutualité.

Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- a. avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent;
- b. être de bonne conduite et ne pas être privé des droits civils;
- c. être affilié depuis au moins une année avant la date d'élection;

d. ne pas être licencié comme membre du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale pour un autre motif que la mise à la retraite, la prépension conventionnelle ou pour des raisons d'ordre économique;

e. ne pas être membre du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale, ni être parent ou allié jusqu'au deuxième degré inclusivement, ni être unis par les liens du mariage, ni être membre du ménage d'un membre du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale au sens de l'article 9 b. des présents statuts. 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 majeures ou émancipées sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité :

- 1. de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat;
- 2. de la date limite pour soumettre les candidatures;
- 3. de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription;
- 4. 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 compter 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 13 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date d'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'A.R. du 7 mars 1991.

Article 16. Une liste des candidats effectifs et une liste des suppléants est établie par circonscription électorale.

Le Conseil d'Administration de la Mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent dans 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.

Le vote

Article 20. Le vote est libre.

Le vote se déroule dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur.

- Vote par correspondance : Pour les membres et leurs personnes à charge qui habitent dans une commune où il n'y a pas de bureau de vote, le président du bureau électoral envoie la convocation et le bulletin de vote à l'électeur, dix jours au moins avant le jour de l'élection.

Les électeurs qui habitent dans une commune où il y a un bureau de vote, peuvent également voter par correspondance. Dans ce cas, ils doivent s'adresser au président du bureau électoral afin de recevoir un bulletin de vote et ce au plus tard 15 jours avant le jour de l'élection.

Le bulletin de vote estampillé, est placé dans une première enveloppe qui reste ouverte et vierge. Une deuxième enveloppe, également ouverte, et portant la mention "port payé par destinataire" est ajoutée à l'envoi et comporte la mention : "Au président du bureau électoral pour l'élection de l'Assemblée Générale de la Mutualité Libérale du Luxembourg".

L'identité de l'expéditeur (nom, prénom, adresse et numéro de membre) est également indiquée sur cette enveloppe.

Tout ceci est adressé à l'électeur dans une troisième enveloppe, signée par le président du bureau électoral.

Le bulletin de vote doit être glissé dans la première enveloppe, qui doit être fermée et à son tour glissée dans la deuxième enveloppe et envoyée par la poste. Ceci doit arriver avant la clôture du scrutin.

- Vote dans un des bureaux de vote : Si le vote a lieu dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale, l'électeur doit être informé, soit par lettre, soit par le canal des publications destinées aux affiliés, au moins dix jours avant la période d'élection 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'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste a été déterminé par le Conseil d'Administration et si l'électeur est d'accord au sujet de cet ordre, 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;
- les bulletins qui contiennent tout autre marque que le vote.

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 lesquels 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.

La partie concernée qui souhaite l'annulation ou la modification du scrutin peut en saisir l'Office de Contrôle des Mutualités, conformément à l'article 36 de l'A.R. du 7 mars 1991.

Article 25. Un exemplaire des publications visées aux articles 14, 17, 20 et 24 est transmis à l'Office de Contrôle des Mutualités en même temps qu'aux membres. Un exemplaire du règlement électoral et des publications visés aux articles 14, 17, 20 et 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 désigner au maximum cinq conseillers à l'Assemblée Générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Les membres de la direction de la Mutualité, c'est-à-dire : le Secrétaire et le Trésorier, peuvent assister à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

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.

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

- 1° les modifications des présents statuts ;
- 2° l'élection et la révocation des administrateurs ;
- 3° l'approbation des budgets et comptes annuels ;
- 4° la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises ;
- 5° la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 43 de la loi du 6 août 1990 ;
- 6° l'organisation et le groupement de services dans une société mutualiste visée à l'article 43bis de la loi du 6 août 1990 ;
- 7° la fusion avec une autre mutualité ;
- 8° l'adhésion à une union nationale ;
- 9° la mutation vers une autre union nationale ;
- 10° la dissolution de la mutualité et les opérations relatives à la liquidation de la mutualité;
- 11° l'élection des représentants à l'assemblée générale de l'Union Nationale ;
- 12° la désignation et le retrait de la désignation des conseillers à l'Assemblée Générale.

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

L'Assemblée Générale est convoquée par les administrateurs, dans les cas prévus par la loi ou lorsque au moins un cinquième des représentants à l'Assemblée Générale en fait la demande. Cette convocation se fait par courrier et doit être envoyée ou publiée au plus tard vingt jours civils avant la date de l'Assemblée Générale et contient notamment l'ordre du jour de cette assemblée.

Chaque représentant dispose d'une et une seule voix.

Les décisions de l'Assemblée Générale sont valablement prises si au moins la moitié des représentants à l'Assemblée Générale est présente (quorum de présence) et à la majorité simple des votes exprimés (quorum de votes), sauf dans les cas où la loi du 6 août 1990 ou les statuts le stipulent autrement. L'article 10 de la loi précitée stipule qu'il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres est présente et représentée et

e la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée, qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents et représentés.

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

Si un représentant est dans l'impossibilité d'assister à une réunion de l'Assemblée Générale, il peut donner procuration à un autre représentant. Tout représentant ne peut être porteur que d'une seule procuration. Les procurations doivent être données par écrit et déposées au président en début de réunion.

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale, sur la proposition de l'Union Nationale, désigne un ou plusieurs réviseurs d'entreprises choisis sur une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises.

Le mandat du réviseur est fixé pour une période de quatre ans. Il est renouvelable.

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

Le réviseur assiste à l'Assemblée Générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même. Le réviseur a le droit de prendre la parole à l'Assemblée Générale concernant les points se rapportant à ses tâches.

Section 2 - Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'union nationale

Article 28. La délégation de la Mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale comprend 1 délégué par 7.500 membres avec un minimum de deux délégués et un maximum de vingt délégués.

Article 29. Les délégués sont élus par l'Assemblée Générale. L'Assemblée Générale élit également les délégués suppléants à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale.

Article 30. 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 procèdera à l'élection.

Le Président détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.

Article 31. 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 32. Le Conseil d'Administration de la mutualité est composé de 11 membres.

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut être majeur, de bonne conduite vie et mœurs et avoir été élu membre de l'Assemblée générale.

Cessent d'être éligibles, les personnes qui ont atteint l'âge de 67 ans.

Le mandat de membre du Conseil d'Administration est honorifique. Des jetons de présence ou remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus. Dans ce cas, le montant de ceux-ci est fixé par l'Assemblée Générale.

Par décision de l'assemblée générale du 24 juin 2012, la Mutualité accorde au président une indemnité pour frais de 250,00 € maximum par mois, sur base d'une déclaration mensuelle étayée des pièces justificatives ad hoc ou d'une déclaration sur l'honneur quant aux frais ne pouvant faire l'objet d'un document écrit. La somme de 250 euros est indexée chaque année en prenant comme indice de base l'indice des prix à la consommation de juin 2007.

Article 33. Le Conseil d'Administration est élu par les membres de l'Assemblée Générale.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration.

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.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions.

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

Les membres de la direction de la Mutualité, le Secrétaire et le Trésorier, peuvent participer au Conseil d'Administration avec voix consultative.

Le Président détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.

Article 34. 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.

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

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un administrateur suivant la procédure prévue à l'article 19 § 2 de la loi du 6 août 1990 au cas où :

- l'administrateur commet une infraction à la loi instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité du 9 août 1963 ou ses arrêtés d'exécution;

- l'administrateur commet une infraction à la loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution;

- l'administrateur a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, non conditionnelle, coulée en force de chose jugée;

- l'administrateur accomplit des actes de matière à causer préjudice aux intérêts de la Mutualité ou de l'Union Nationale;

- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la Mutualité ou de l'Union Nationale.

Le Conseil d'Administration peut valablement délibérer quel que soit le nombre d'administrateurs présents, sauf en ce qui concerne la compétence déléguée au Conseil d'administration par l'Assemblée générale en matière de taux des cotisations où le quorum de présence prévu à l'art. 10 de la loi du 6 août 1990 doit être respecté.

Sauf exception, les décisions sont prises à la majorité simple des voix exprimées. Lorsque l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration la compétence d'adapter le taux des cotisations, cette décision est prise à la majorité des deux tiers des voix exprimées, conformément à l'art. 10 de la loi du 6 août 1990.

Si un représentant est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du Conseil d'administration, il peut donner procuration à un autre représentant. Tout représentant ne peut être porteur que d'une seule procuration. Les procurations doivent être données par écrit et déposées au président au début de la réunion.

Article 35. Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée Générale.

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, ou encore à un ou plusieurs membres de la direction de la Mutualité.

Article 36. Le Conseil d'Administration élit en son sein et pour six ans un Président et un premier vice-président, un second et un troisième vice-président, les autres membres du Conseil d'Administration portant le titre d'administrateur.

Article 37. 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 soutient toutes actions au nom de la Mutualité, soit en demandant, soit en défendant.

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière au Secrétaire- Trésorier ou à un membre du Conseil d'Administration, pour traiter avec les autorités publiques et soutenir toutes actions au nom de la Mutualité.

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

Article 38. Le Conseil d'Administration désigne en dehors de son sein un Secrétaire - Trésorier.

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

Il assume, en outre, la direction générale du secrétariat. Il est responsable devant le Comité et le Conseil d'Administration de la bonne marche des services.

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

A chaque Assemblée Générale, le Conseil d'Administration fait rapport de la situation financière.

Article 39. Le Conseil d'Administration délègue ses pouvoirs nécessaires à l'exécution permanente de l'administration journalière à une commission composée du Président et des trois vice-présidents.

Cette commission accomplit sa tâche avec le Secrétaire-Trésorier. Ensemble ils constituent le Comité Exécutif. Le Secrétaire - Trésorier siège au Comité Exécutif avec voix consultative. Le Comité Exécutif qui se réunit au moins une fois par mois est, outre la direction journalière et permanente, chargé de la préparation des réunions du Conseil d'Administration, de l'exécution des décisions du Conseil d'Administration et des affaires de personnel.

CHAPITRE V - LES SERVICES DE LA MUTUALITE : AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D'AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS

DISPOSITIONS GENERALES :

Dans ce chapitre, on entend par membre : la personne qui appartient à l'une des catégories visées à l'article 9§1 des présents statuts.

L'intervention financière des avantages prévus dans le présent chapitre est diminuée des éventuelles interventions légales ou réglementaires préalablement et librement acquises par le membre via des contrats d'assurances, étant entendu qu'une fois cumulées entre elles, ces interventions ne pourront, pour une même situation donnée, être inférieures pour un membre bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1er, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celles qu'obtiennent les autres type de membres.

La Mutualité pourra réclamer au membre toute(s) pièce(s) justificative(s) relative(s) aux dépenses liées aux avantages visés au présent chapitre des statuts.

En matière de cotisations, seul le tableau réalisé au moyen du logiciel ETAC vaut comme tableau de cotisations officiel. Celui-ci fait d'ailleurs partie intégrante des présents statuts.

Article 40.

Le montant de la cotisation pour les services et les opérations est fixé à 0,00 euro pour l'enfant d'un travailleur salarié ou indépendant inscrit en tant que titulaire, âgé de 21 ans au plus, né au plus tard le 31 décembre 1992 et bénéficiant d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap physique ou mental de 66 p.c. au moins. Les personnes ainsi concernées bénéficient d'une intervention majorée en application de l'article 37, par.19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le montant de la cotisation pour les services et les opérations est fixé à 0,00 euro pour les pensionnés, les veufs et les veuves bénéficiant d'un droit de pension de moins d'un tiers de carrière et inscrits comme titulaires sans paiement de la moindre cotisation personnelle particulière, à condition que, comme personnes visées à 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, qu'ils bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance en application de l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Articles 41 à 42. Ces articles sont abrogés au 01/01/2008 (dissolution d'office par la loi du 26 mars 2007)

APERCU DES SERVICES ORGANISES

Article 43. L'ensemble des services prévus aux articles 43 sont obligatoires. Pour prétendre aux interventions prévues aux articles 43 à 56 des présents statuts, les membres effectifs doivent être en règle de cotisations pour les services complémentaires. Le montant total des interventions prévues aux articles 43 à 56 des présents statuts ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

Ne sont pris en compte que les frais restant à charge du patient après l'intervention selon l'une ou plusieurs des législations suivantes :

- l'Assurance soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et l'arrêté royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'arrêté d'exécution).
- les règlements CEE n°1408/71 et 574/72 ;
- toute convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue avec la Belgique et/ou dans le cadre des projets européens de type "Interreg" ;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le maximum à facturer (MAF).

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions.

Article 44. SERVICE LOGOPEDIE

Classification 15/01 –OPERATION-

- a) En cas de non intervention de l'assurance obligatoire, ce service a pour but d'allouer, sur présentation de la note du logopède, aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge une intervention de 5 € par séance de logopédie à raison de deux séances hebdomadaires au maximum pendant une période de douze mois non renouvelable, soit 104 séances ou 520 € au maximum. Cette intervention est stoppée dès que le membre concerné rentre dans les conditions pour une intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

A partir du 1^{er} janvier 2017, lorsqu'une intervention a déjà été accordée dans le cadre de l'assurance obligatoire mais que le membre (titulaire ou personne à charge) doit continuer le traitement, le service intervient pour 5 € par séance, sur présentation de la note du logopède, à raison d'une séance par semaine au maximum pendant une période de un an maximum, soit 52 séances ou 260 €.

- b) Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service. Le montant total des interventions prévues à l'article 43 ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

- c) Critères :

Lors de toute demande d'intervention, il doit être fourni une prescription d'un centre PMS ou d'un médecin spécifiant la nature du trouble nécessitant une rééducation, ainsi qu'un le justifiant.

Au 1^{er} janvier 2017, les troubles retenus suivent la nomenclature en assurance obligatoire : les troubles du langage, de la parole ou de la voix qui constituent un handicap dans la poursuite d'une profession, d'une rééducation professionnelle ou d'un contrat d'apprentissage ; l'aphasie ; les troubles du développement du langage et/ou de la parole ; la dyslexie et/ou la dysorthographe et/ou la dyscalculie ; les troubles résultant de l'existence de fentes labiales, palatines ou alvéolaires ; les troubles acquis suite à une intervention radio thérapeutique ou une chirurgie ; les troubles acquis de la parole (dysglossies, dysarthries, bégaiement persistant, troubles oromyofonctionnels) ; séquelles de laryngectomie ; dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux.

- d) A partir du 1^{er} janvier 2011, ce service intervient pour les séances selon la méthode « Tomatis » à raison de **5** € par séance avec un plafond de **52** séances par année civile. Cette intervention n'est pas cumulable avec l'intervention pour la logopédie prévue aux points a) à c) du présent article.

Article 45 SERVICE PEDICURE

Classification 15/02 –OPERATION-

Ce service a pour but :

- d'allouer aux membres et aux personnes à leur charge une intervention de **3,00 €** par séance chez une pédicure médicale ou un podologue. Le membre fait compléter l'attestation mutualiste ou remet la note d'honoraires du prestataire. L'intervention se limite à six séances par année civile.
Cette intervention n'est pas cumulable avec l'intervention en assurance obligatoire dans le cadre d'un « suivi de patient diabétique de type 2 ».
- d'allouer aux membres et aux personnes à leur charge, une intervention 15 € par an pour l'achat de semelles délivrée par un podologue, un posturologue, un podothérapeute ou un bandagiste. lorsqu'aucune intervention n'est accordée dans le cadre de l'assurance obligatoire. L'intervention est accordée sur présentation de la facture du prestataire.

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 46 PREVENTION SANTE

Classification 15/03 - OPERATION-

Ce service a pour but de :

1. Rembourser les vaccins « anti - grippe », en ce-compris les équivalents homéopathiques à concurrence du ticket modérateur restant à charge du membre après intervention de l'assurance obligatoire.

A partir du 1^{er} janvier 2019, cette intervention est limitée à 10 € maximum par an et par bénéficiaire. Cette intervention n'est pas cumulable avec l'intervention « médecines parallèles : produits homéopathiques » organisée par l'Union (art.52 des statuts de l'UNML).

L'intervention pour les vaccins « anti-grippe » est payée sur la base d'un ticket de caisse nominatif (au choix : BVAC , CBL, annexe 30) ou d'une facture d'une pharmacie belge ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché du Luxembourg, France, Pays-Bas et Allemagne).

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

2. A partir du 1^{er} janvier 2018, intervenir pour un montant de 25 euros maximum par année civile et par bénéficiaire dans le coût du ticket modérateur légal lors de la fourniture de vaccins ou dans le coût d'un traitement d'immunothérapie allergénique à charge du bénéficiaire. Pour le traitement d'immunothérapie allergénique, cette intervention est accordée après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire soins de santé et ce, pendant une période de maximum trois années successives.

Le traitement préventif de type « broncho-vaxom® » est intégré à ce service. Ce service n'intervient pas pour les vaccins nécessaires aux voyages qui font l'objet d'une intervention spécifique de l'union des Mutualités libérales (art. 53 des statuts de l'UNML) et pour les vaccins « grippe » et « col de l'utérus » qui font l'objet d'une intervention spécifique (article 46. 1. et 2.).

L'intervention pour les vaccins est payée sur la base du ticket de caisse nominatif (au choix : BVAC , CBL, annexe 30) ou d'une facture d'une pharmacie belge ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché du Luxembourg, France, Pays-Bas et Allemagne).

L'intervention dans le coût d'un traitement d'immunothérapie allergénique est octroyée uniquement sur base d'une attestation mutualiste spécifique complétée par un médecin spécialiste en allergologie ou en dermatologie ou en oto-rhino-laryngologie, ou encore en pneumologie, aux conditions cumulatives suivantes :

- en présence d'allergène provoquant un rhume des foins ou un asthme léger à moyen (pollen de bouleau, pollen de gazons, acariens et poils d'animaux),
- si l'anti-allergène spécifique existe pour l'allergie incriminée,
- si l'administration de médicaments destinés à atténuer l'allergie ne permet pas une amélioration de celle-ci,
- si la qualité de vie de la personne allergique est fortement entamée et que l'allergie menace d'évoluer vers un asthme,
- si les extraits d'allergène sont commercialisés en Belgique,
- si le médecin spécialiste en charge du traitement atteste du type d'allergie ainsi que de la nécessité d'un traitement.

Le montant total des interventions ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

3. A partir du 1^{er} janvier 2019, intervenir pour le vaccin « Papillomavirus Humain », (de type Gardasil et Cervarix®) pour les membres ne pouvant bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire, à raison de 35 euros par injection, soit 105 euros « maximum » par bénéficiaire et par vie.

Cette intervention est payée sur la base d'un ticket de caisse nominatif (au choix : BVAC , CBL, annexe 30) ou d'une facture d'une pharmacie belge ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché du Luxembourg, France, Pays-Bas et Allemagne).

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

4 Intervenir dans les frais liés à la contraception :

- pour les membres de sexe féminin dans les frais liés à la contraception féminine : pilule contraceptive, pilule du lendemain, patch contraceptif, anneau vaginal, injection, diaphragme;
- pour les membres de sexe masculin dans les frais liés à la contraception masculine : préservatif achetés en pharmacie.

Le montant de l'intervention s'élève à 30 € par année civile, sans toutefois pouvoir dépasser le montant à charge du bénéficiaire.

Une intervention est également accordée pour la mise en place d'un stérilet ou d'un implant contraceptif pour les bénéficiaires de sexe féminin à raison de 90 € octroyés en une fois (remboursement une fois tous les 3 ans).

Les moyens contraceptifs non repris ci-dessus ne sont pas pris en considération et ne donnent pas lieu à remboursement.

L'intervention est accordée sur présentation d'un ticket de caisse nominatif (au choix : BVAC , CBL, annexe 30) ou d'une facture d'une pharmacie belge ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché du Luxembourg, France, Pays-Bas et Allemagne).

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

5. A partir du 1^{er} janvier 2014 : intervenir dans les frais liés à l'achat de produits spécialisés dans le traitement des troubles de la ménopause chez la femme. Le montant de l'intervention s'élève à 30 € maximum par année civile, sans toutefois pouvoir dépasser le montant à charge du bénéficiaire.

L'intervention est accordée sur présentation d'un ticket de caisse nominatif (au choix : BVAC , CBL, annexe 30) ou d'une facture d'une pharmacie belge ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché du Luxembourg, France, Pays-Bas et Allemagne).

6. Le service intervient pour les bénéficiaires atteints de diabète et qui pratiquent l'auto surveillance :

- Soit au moyen d'un test de piqûre au doigt
 - a. Dans le coût d'un glucomètre sanguin à concurrence de 75 € (1 x par vie).
 - b. Dans le coût de l'acquisition de tiges à raison de 10 € par boîte de 50 tiges avec un maximum de 70 € par année civile et par bénéficiaire.
- Soit au moyen de la méthode de mesure de la glycémie « par capteur ».
 - a. L'achat d'un appareil de lecture, à concurrence de 75 € (1x par vie).
 - b. L'achat de capteurs à raison de 10 € par capteur (compte tenu de la durée de conservation normale d'un capteur) avec un maximum de 70 € par année civile.

Les membres qui ont une intervention en AO ne sont pas concernés par cette intervention. Il s'agit notamment de la convention INAMI de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents en vigueur depuis le 1er janvier 2011.

L'intervention est payée sur la base d'un ticket de caisse nominatif (au choix : BVAC , CBL, annexe 30) ou d'une facture d'une pharmacie belge ou d'un pays limitrophe (Grand-Duché du Luxembourg, France, Pays-Bas et Allemagne).

L'intervention est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement encourus.

7. La cotisation d'affiliation annuelle d'un bénéficiaire à un club sportif, à raison de 5 € maximum par personne et par an.

Cette intervention est accordée aux membres qui pratiquent un sport réclamant un effort physique repris sur une liste agréée par l'Union nationale des mutualités libérales (art.61 et annexe 8 des statuts de l'UNML) et qui paient des frais de membre, d'affiliation, d'inscription ou d'abonnement :

- à un club sportif agréé fédéral, communautaire, provincial, régional ou communal ;
- à une structure qui organise des activités sportives extrascolaires ;
- dans un centre de fitness. En cas d'affiliation à un centre de fitness, l'intervention est accordée à condition que, par année civile, l'achat d'une carte de 10 séances ou l'achat d'un abonnement qui couvre trois mois, successifs ou pas, soit attesté ;
- pour un cours de bébés (pour l'enfant) ;
- pour une initiation au jogging ;
- pour une activité sportive organisée par la mutualité ou un club sportif ou un service agréé fédéral, provincial, régional ou communal.

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

8 A partir du 1^{er} janvier 2018, la mutualité intervient en faveur des membres titulaires en ordre de cotisation, ainsi que des personnes à leur charge, dans le coût de dépistage de certaines maladies graves :

Cancer du sein :	mammographie
Cancer de la prostate :	analyse de sang
Cancer du côlon et des intestins :	coloscopie
Ostéoporose :	ostéodensitométrie
Cancer de la peau :	dépistage d'un dermatologue
Dépistage de la mort subite du nourrisson :	prestations liées à la polysomnographie (code 474563)

Le montant de l'intervention est plafonné à 20 € par année et par bénéficiaire, sans pouvoir dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire. L'intervention est octroyée uniquement sur base d'une attestation mutualiste complétée par le médecin qui effectue le dépistage ou une facture de l'hôpital.

Le montant total de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre.

9. A partir du 1^{er} janvier 2018, la mutualité intervient à raison de 25,00 € en faveur des bénéficiaires dans le coût des formations de premiers secours dispensées par la Croix-Rouge de Belgique et qu'ils ont suivies : le brevet européen de premiers secours (BEPS) et le brevet de secouriste.

Aucune intervention n'est accordée pour la formation « réanimation pédiatrique », la formation « bosses et bobos », la formation « 3 minutes pour sauver une vie » ainsi que pour toute formation organisée et payée par l'employeur ou toute autre organisation.

L'intervention est octroyée une fois par vie pour chaque formation et ce, sur présentation du reçu attestant du montant des frais encourus et de la preuve de l'obtention du diplôme délivré à l'issue de la formation par la Croix-Rouge de Belgique.

10. A partir du 1^{er} janvier 2019, la mutualité accorde aux bénéficiaires de moins de 6 ans une intervention de 12 € par séance de psychomotricité avec un plafond de 120 € par année civile sur base d'une attestation mutualiste complétée par le prestataire et d'une prescription médicale établie par un médecin.

11. A partir du 1^{er} janvier 2019, la Mutualité accorde aux bénéficiaires une intervention de 10,00 € par séance de microkinésithérapie avec un plafond de 30,00 € par bénéficiaire et par année civile sur base d'une attestation mutualiste complétée par le prestataire (kinésithérapeutes, ostéopathes et médecins).

(

Article 47 SERVICE HEBERGEMENT

Classification 15/04 –OPERATION-

- a) Ce service a pour but d'allouer sur présentation de la facture d'un centre d'hébergement (maison d'accueil ou d'hébergement) une intervention de 5 € par nuitée au bénéficiaire accompagnant son enfant malade hospitalisé jusqu'à la veille du 13^{ème} anniversaire (45 nuitées maximum/an).
- b)
- c) Ce service a pour but d'allouer, sur présentation de la facture d'hébergement, une intervention de 5 € par nuitée pour les accompagnants des bénéficiaires hospitalisés dans les centres universitaires situés hors province du domicile du membre disposant d'un centre d'hébergement (maison d'accueil ou d'hébergement). L'intervention est limitée à 45 nuitées maximum/an).
- d) Le service intervient également sur présentation de la facture d'hébergement pour les patients bénéficiaires qui viennent la veille d'une hospitalisation de jour prévue le matin dans un centre universitaire situé hors province de leur domicile et disposant d'un centre d'hébergement (maison d'accueil ou d'hébergement). Cette intervention de 5 € par nuitée est accordée également pour tout patient devant repasser une visite de contrôle le lendemain d'une hospitalisation de jour selon les mêmes conditions.

Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 48 SOINS A DOMICILE

Classification 15/05 - OPERATION-

La Mutualité souhaite favoriser le maintien à domicile de ses membres et propose donc deux interventions :

Garde enfants malades

La Mutualité accorde en faveur des titulaires et de leurs personnes à charge un service d'aide à la « garde d'enfants malades ».

Le service intervient dans les frais de garde à domicile des enfants membres malades jusqu'à la fin de leurs études primaires et qui, pour des raisons médicales, ne peuvent être gardés par les personnes ou structures habituelles (crèches, garderies, écoles, etc.).

La Mutualité verse aux affiliés, sur présentation de la facture du service agréé par une administration fédérale, régionale, provinciale ou communale, une intervention horaire de 2,00 € par heure prestée avec un plafond de 100,00 € maximum par année civile

Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Télé-vigilance

La mutualité accorde aux titulaires et leurs personnes à charge une intervention mensuelle de 10,00 €, sur présentation d'une facture ou d'une attestation d'un service de « télé-vigilance ».

La « télé-vigilance » est un système d'alarme qui garantit à la personne en danger de pouvoir à tout moment prévenir sa famille ou ses amis au moyen d'un petit émetteur.

Le montant de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre (en ce compris les primes provinciales et communales).

Article 49 AIDES MENAGERES OU FAMILIALES

Classification 15/06 - OPERATION-

La mutualité intervient en faveur des membres titulaires cotisants ainsi que des personnes à leur charge lorsqu'ils ont besoin d'une « aide-ménagère ou familiale ».

Le service a pour but :

- d'aider les membres à obtenir l'assistance d'une « aide-ménagère ou familiale » auprès des services agréés par une administration fédérale, régionale, provinciale ou communale à l'exclusion des titres-service;
- d'octroyer aux membres une intervention dans les frais résultant de cette assistance et restant à leur charge.

Le service "Aide-ménagère ou familiale" versera aux affiliés, sur présentation de la facture du service agréé, une intervention horaire de 0,50 € par heure prestée avec un plafond de 108,00 euros maximum par année civile.

Conditions :

- Le membre à partir de 65 ans doit être en ordre de cotisation et doit faire appel à un service agréé à l'exclusion des titres-service.

- Le membre de moins de 65 ans doit être en ordre de cotisation, faire appel à un service agréé à l'exclusion des titres-service et bénéficier d'une « allocation d'intégration » ou être reconnu handicapé par le service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées (Centre administratif Botanique - Finance Tower, Boulevard du Jardin botanique, 50 Boîte 150 à 1000 Bruxelles).

Les membres « reconnus handicapés » par le SPF DGPH ne peuvent bénéficier de cette intervention qu'à condition d'avoir obtenu minimum 2 points sur les trois possibles (2 = grande difficulté, 3 = impossible sans l'aide d'autrui) dans les activités 2 (cuisiner et manger) et 4 (entretenir son habitation et accomplir les tâches ménagères) selon le prescrit de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration (M.B. 06.08.87). Les personnes qui bénéficient de l'allocation d'intégration » sont des personnes ayant un statut social visé à l'article 37, paragraphes 1^{er}, 2 et 19 de la loi du 14 juillet 1994.

- La femme enceinte doit être en ordre de cotisation, faire appel à un service agréé à l'exclusion des titres-service et remettre une attestation mutualiste signée par un médecin. Ce document devra attester que « la santé de la future mère ou celle de son bébé nécessite une absolue obligation de rester alitée ».

Le montant de l'intervention ne peut pas être supérieur au coût total supporté par le membre. Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 50 SERVICE DE PRET ET TRANSPORT NON MEDICALISE « VSL »

Classification 15/07 –OPERATION-

La mutualité organise un service de transports par véhicules sanitaires légers (VSL) et de location de matériel sanitaire et médical destiné à l'ensemble des membres.

Pour ce faire, la mutualité fait appel à la Croix-Rouge de Belgique - Communauté francophone (CRB). La convention est applicable à tout transport de patient par véhicule sanitaire léger lorsque l'état du patient ne nécessite pas un accompagnement sanitaire ou médicalisé (hors dialyse et chimiothérapie) et est également applicable à toute location de matériel sanitaire, disponible suivant la liste et le tarif (voir convention en annexe). La Mutualité Libérale du Luxembourg s'engage à intervenir auprès de ses membres, après facturation de la CRB et sur présentation de la facture. Il ne peut en aucun cas être octroyé une intervention supérieure au montant effectivement supporté par le membre.

La Mutualité intervient de la manière suivante :

1°) La Mutualité libérale prend en charge 10 % de la facture applicable à tout transport de patient par véhicule sanitaire léger lorsque l'état du patient ne nécessite pas un accompagnement sanitaire ou médicalisé (hors transport pour dialyse, hors transport pour radiothérapie et chimiothérapie ainsi que tout transport lié aux consultations de surveillance après l'un de ces deux derniers traitements, et hors transport pour rééducation et revalidation car il existe dans ces cas une intervention en AO).

Lorsque le bénéficiaire n'a pu bénéficier, pour une raison indépendante de sa volonté, d'un transport avec la Croix-Rouge, la Mutualité peut prendre en charge 10% d'une facture d'un véhicule VSL tiers à la condition expresse de fournir avec la facture une attestation de la Croix-Rouge précisant que cette dernière n'a pu organiser un tel transport pour des raisons opérationnelles ou techniques internes.

En aucun cas, une demande tardive (c'est-à-dire : faite auprès de la Croix Rouge moins de 72 heures avant le transport demandé) ne pourra être prise en compte car elle sera considérée comme dépendante de la volonté du membre.

2°) La Mutualité Libérale du Luxembourg propose à l'ensemble de ses membres en ordre de cotisation aux services complémentaires une intervention de 0,20 € par jour pour la location de petit matériel sanitaire pendant 6 mois maximum.

Par petit matériel, il faut entendre matériel dont la garantie demandée n'excède pas 49,00 € : aérosol, béquilles, cadres de marche, chaise de toilette, tire-lait électrique, vélo d'appartement, etc. La Mutualité Libérale du Luxembourg propose à l'ensemble de ses membres en ordre de cotisation aux services complémentaires une intervention de 0,50 € par jour pour la location de gros matériel sanitaire pendant 6 mois maximum.

Par gros matériel, il faut entendre tout matériel dont la garantie demandée est établie à 50,00 € minimum : fauteuil roulant, lève personne électrique, lit électrique, etc.

Lorsque le bénéficiaire n'a pu bénéficier, pour une raison indépendante de sa volonté, de la location de matériel par la Croix-Rouge, la Mutualité peut intervenir de la même manière pour une facture de location d'un tiers, à la condition expresse de fournir avec la facture une attestation de la Croix-Rouge précisant que cette dernière n'a pu organiser une telle location pour des raisons opérationnelles ou techniques internes.

L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'Assemblée Générale et transmis à l'Office de contrôle. Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 51 TRANSPORT DES MALADES

Classification 15/08 –OPERATION-

a) En cas de séjour en clinique :

Le service intervient dans le coût de transport des malades en cas de séjour en clinique (en ce compris pour toute hospitalisation de jour) pour une opération, un traitement ou un accouchement :

- remboursement de la moitié de la valeur des tickets de transport en commun sur présentation de ces billets. Pour tout ticket en première classe, la valeur prise en compte est la valeur du même ticket en seconde classe.
- 0,07 euro par Km pour déplacement en taxi ou en voiture personnelle ou d'un ami.
- 0,5 euro par Km pour un déplacement en ambulance non conventionnée au sens du point c) du présent article et 2,5 euros de prise en charge
- 2,5 euros du Km par déplacement en hélicoptère avec un maximum de 1240,00 euros

A l'exception de l'intervention dans le transport en hélicoptère, le présent service est limité à 1000,00 € maximum par an et par bénéficiaire.

b) Pour un déplacement pour une consultation hors province :

Le service intervient :

- Le service intervient dans le coût des déplacements effectués pour les consultations de spécialistes en dehors de la province du domicile du membre (titulaire ou personne à charge) dans un centre hospitalier universitaire.

Cette intervention est versée maximum 6 fois par an et par bénéficiaire, sur base de l'attestation remise par le service inscription ou accueil de l'hôpital qui indique le nom du bénéficiaire, le lieu exact de la consultation ainsi que la date.

- A partir du 1^{er} janvier 2017, le service intervient également dans le coût des déplacements effectués pour les consultations de spécialistes en-dehors de la province du domicile du membre à condition d'adresser une attestation mutualiste complétée par le médecin justifiant de l'obligation d'un tel rendez-vous, soit parce que la spécialité n'est pas présente dans la province du domicile du membre, soit de par l'impossibilité de traitement dans la province dont question dans un délai raisonnable. Cette intervention est versée maximum 6 fois par an et par bénéficiaire.

Cette intervention n'est pas cumulable avec l'intervention en AO prévues pour : les dialyses, les chimiothérapie, les radiothérapies (ou les transports liés aux consultations de surveillance après l'un de ces deux traitements), les rééducations et les revalidations.

Cette intervention est fixée à :

- 0,07 euro par Km pour déplacement en voiture personnelle ou d'un ami.
- remboursement de la moitié de la valeur des tickets de transport en commun sur présentation de ces billets. Pour tout ticket en première classe, la valeur prise en compte est la valeur du même ticket en seconde classe.

Lorsque des bénéficiaires habitant le même domicile ont un rendez-vous pour une consultation dans le même établissement ou à la même adresse le même jour, le service n'intervient que pour un seul transport.

c) Pour un déplacement en ambulances conventionnées :

Le service intervient dans le coût de transport en ambulance pour les membres et les personnes à leur charge, conformément aux termes de la convention dont le texte figure en annexe des statuts signée entre la Mutualité et les services d'ambulances agréées prévoyant des tarifs préférentiels pour les affiliés et un système de tiers-payant, tant pour le voyage aller que pour le voyage retour, lorsque le transport est effectué par une ambulance conventionnée avec la Mutualité.

A partir du 1er janvier 2019, la Mutualité Libérale du Luxembourg a conclu un accord dans le cadre du transport en ambulance avec les sociétés suivantes :

- ASBL Ambulance, Chemin des Haies 9 à Stavelot.
- Ambulance Transports Services, rue des Sarcelles 11b à Latour.
- Burg Ambulance, Rue de Rodange, 49 a à Athus.
- New Ambu Semois, rue de Chiny 12 à Lacuisine.
- Paramédical Team, Rue du Vivier 10, à 6900 Marche-en-Famenne.
- Param Services ASBL, Impasse de Laplatte 2, 5377 Noisieux (Somme-Leuze) .
- Entraide et Solidarité pour le Luxembourg ASBL, Rue de la Schock, 18 à 6717 Nobressart.
- Events Medical Units Belgium asbl (EMU), rue des Ecoles 29 à 6929 GEMBES (Daverdisse)
- INS Ambulances, Avenue de la Résistance, 405 à Soumagne. (au 1er janvier 2019)

Les transports faisant partie de l'accord concerne tout déplacement vers un hôpital ou un déplacement d'un hôpital à la résidence principale du malade (y compris M.R.S. et M.R.P.A.), effectué par une ambulance normalisée ou médicalisée, à condition qu'il y ait facturation pour hospitalisation, salle d'opération, salle de plâtre ou soins aux urgences et qu'il ne s'agisse pas de retours en week-end.

Par dérogation à cette notion de transport, l'accord vise aussi la consultation d'un médecin spécialiste en hôpital, dès lors qu'un médecin atteste, par un document signé, de la nécessité d'une telle consultation.

Les transports urgents (ceux organisés depuis la centrale d'appel 100) ne sont pas couverts.

Cet avantage est accordé au membre de la Mutualité en ordre de cotisation et pour lequel la mutualité n'intervient pas dans la facturation.

Cet accord s'inscrit dans la réglementation cadre de la région Wallonne en la matière (le décret de la région Wallonne du 29 avril 2004 relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire et son Arrêté (du Gouvernement wallon) d'exécution du 12 mai 2005) et a dès lors un double but procurer une sécurité tarifaire à l'ensemble des affiliés et offrir un système de tiers payant impliquant un avantage financier supplémentaire au profit des membres.

Dans le cadre de cette sécurité tarifaire, le transporteur s'engage :

- à fournir la preuve de son agrément relativement à la réglementation cadre de la Région Wallonne en précisant si celui-ci est provisoire ou définitif et étant entendu que la perte de cet agrément rompt automatiquement la convention.
- à organiser, dans les meilleurs délais et dans des conditions de confort et de sécurité maximales, tout transport ou transfert normalisé ou médicalisé requis par ou pour un affilié de la Mutualité. Le calcul des distances pour la facturation se fait du point de facturation le plus proche du lieu de prise en charge du patient.

Ces points sont : Arlon, Ath, Athus, Bastogne, Bouillon, Bruxelles, Charleroi, Dinant, Huy, Libramont, Liège, Marche, Mons, Mouscron, Namur, Nivelles, Philippeville, Soignies, Thuin, Tournai, Verviers, Vielsalm, Virton, et Waremme.

Par dérogation, lorsque la prise en charge ou l'arrivée du transport souhaité se situe en dehors de la Province du Luxembourg à plus de 80 km de chacun des points de facturation, la société conventionnée peut refuser.

- à proposer des véhicules en ordre d'assurance, de contrôle technique et garantir que la formation de son personnel est conforme à la réglementation en vigueur.
- à proposer un tarif de base volontairement limité ainsi convenu :

Les frais de déplacement ne sont pas accordés en cas d'hospitalisation résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Dans tous les cas, l'intervention ne peut jamais être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 52. SERVICE NAISSANCE - ADOPTION - ENFANCE
Classification 15/09 –OPERATION-

a) Prime de naissance et adoption :

Ce service a pour but, conformément à la circulaire 08/09 du 29 septembre 2008 et de l'article 9, par.1, alinéa 1^{er}, 4^o de la loi du 6 août 1990, d'accorder une indemnité de 150,00 € par enfant né ou adopté.

La prime est octroyée par naissance ou adoption à chaque parent qui est membre (titulaire ou personne à charge) au moment de la naissance ou de l'adoption et sous la condition expresse d'être en ordre de cotisation pour la période au cours de laquelle la naissance ou l'adoption est intervenue. La prime est versée sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption délivrée par l'Administration communale. En cas de naissance multiple, la prime est octroyée autant de fois qu'il y a de nouveaux nés.

b) Intervention pour le ticket modérateur :

La Mutualité intervient dans le coût des tickets modérateurs légaux pour les soins dispensés aux bénéficiaires âgés de moins de 19 ans, détenteurs d'un Dossier Médical Global, et prestés par des médecins, kinésithérapeutes et infirmières.

L'intervention est accordée sur base d'une attestation de soins données établie par le prestataire ou sur base de l'attestation mutualiste dans le cadre des soins ambulatoire attestées en tiers-payant.

Ne sont pas prises en compte les prestations dans le cadre d'une hospitalisation, y compris d'une hospitalisation de jour.

Ne sont pris en compte que les frais restant à charge du patient après l'intervention selon l'une ou plusieurs des législations suivantes :

- l'Assurance soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et l'arrêté royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'arrêté d'exécution).
- les règlements CEE n°1408/71 et 574/72 ;
- toute convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue avec la Belgique ;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le maximum à facturer (MAF).

c) Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 53. SERVICE JEUNESSE

Classification 15/12 -OPERATION-

La mutualité organise en faveur de ses affiliés un service qui propose des activités culturelles et de loisirs qui sont destinées spécialement aux enfants membres jusqu'à 18 ans. Pour l'organisation de ce service, la mutualité fait appel à l'asbl "Jeunesse Mutualiste Libérale" (JML asbl) dans le cadre d'un accord de collaboration.

L'asbl Les Jeunes Mutualistes Libéraux est une organisation francophone pour les jeunes dont le siège est établi à 1050 Bruxelles, Rue de Livourne, 25. Fondée en 1964, l'asbl Jeunes Mutualistes Libéraux est une organisation de jeunesse reconnue par la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique et qui propose divers types d'activités en Belgique et à l'étranger.

L'association JML a pour but d'organiser des loisirs éducatifs et culturels en Belgique et à l'étranger, principalement à destination des jeunes et prioritairement à destination des membres bénéficiaires d'une mutualité libérale. Elle peut réaliser, produire et promouvoir toutes activités se rapportant à son objet. Afin de concrétiser les objectifs énumérés l'asbl JML s'engage à organiser pour la Mutualité libérale du Luxembourg des séjours à caractère éducatif et de loisirs en Belgique et à l'étranger, des stages de formation d'animateurs pour l'encadrement de groupes de jeunes.

En ce qui concerne les séjours, l'asbl JML se charge de l'organisation et de l'encadrement. La quote-part réclamée aux participants doit viser à couvrir les frais de transport, d'hébergement, de nourriture et d'éventuelles activités payantes. Pour les stages de formation d'animateur, les frais demandés aux participants couvrent au moins les frais d'hébergement et de nourriture. L'asbl JML s'engage à mentionner dans toutes ses publications : « en collaboration avec les mutualités libérales » et à fournir les services précités aux membres de la mutualité libérale payant pour l'assurance complémentaire et aux personnes à leur charge.

En province de Luxembourg, les JML proposent un service de « garderie tous les mercredis après-midi en période scolaire », de 13 heures à 17 heures. Cette garderie est gratuite et ouverte à tous, membres et non membres. On y propose de faire les leçons et devoirs bien sûr, mais également des ateliers de bricolage. Des activités sont organisées pendant l'année en collaboration avec le service « Education à la santé ». Deux semaines de stages sont organisées en juillet. Les thèmes sont obligatoirement recherchés autour du bien-être, du bien vivre (santé, sécurité et responsabilisation). Les J.M.L. participent également à des salons spécialisés en province de Luxembourg (en proposant divers ateliers comme par exemple « la cuisine saine » ou des animations sur l'alimentation équilibrée, etc.

Les activités proposées peuvent naturellement varier d'une année sur l'autre en fonction de la demande et des attentes des parents et enfants. Les activités sont ouvertes à tous, membres et non membres et ce, gratuitement. Il peut cependant être réclamé pour chaque enfant une intervention dans les frais de ces activités (déplacement des enfants, frais d'intervenants extérieurs, coût éventuel d'entrées, etc.).

Les enfants membres de la Mutualité reçoivent une ristourne de 10 % sur le prix ainsi réclamé.

L'asbl JML s'engage à informer la Mutualité du Luxembourg, sans délai, de toute modification apportée à ses statuts, à ses organes ou à son fonctionnement interne.

Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 54. SERVICE PENSIONNES

Classification 15/11 -OPERATION-

La mutualité organise en faveur de ses affiliés pensionnés (au plus tard à partir de 65 ans) en ordre de cotisation au service complémentaires un service qui propose des activités culturelles et de loisirs. Pour l'organisation de ce service, la mutualité fait appel à l'a.s.b.l. "Ligue Libérale des Pensionnés libéraux" (LLP asbl) dans le cadre d'un accord de collaboration. La Ligue libérale des pensionnés est une organisation francophone pour les pensionnés.

La Ligue libérale des pensionnés est une organisation francophone pour les pensionnés qui a comme objectifs généraux de mettre sur pied, développer, accompagner et évaluer des projets et des programmes de formation ayant pour objectif l'épanouissement personnel ; la participation et l'engagement social ; organiser des journées d'étude, des séminaires et des expositions ; fournir des informations sur des sujets pertinents en cas de question individuelle, via son périodique, des brochures et le site web ; travailler à la création d'un service d'étude, d'information et de documentation en ce qui concerne le travail de formation en général et plus spécifiquement pour les groupes cibles de l'association.

Afin de concrétiser les objectifs énumérés pour les membres de la Mutualité Libérale en ordre de cotisation aux services complémentaires, la ligue s'engage à : informer les aînés à travers des initiatives variées et ouvertes à un large public à raison de deux activités sur l'année, de type « conférence, débat ou animation culturelle ». Les thèmes à aborder doivent toucher à la santé des aînés : ostéoporose, arthrose, diabète, manger sain, obésité, cataracte, ... ; à annoncer les activités dans des communiqués de presse à la presse régionale et à la presse gratuite en y associant systématiquement la Mutualité ; à participer aux pages régionales du magazine de la Mutualité du Luxembourg afin de communiquer au mieux avec les membres ; proposer deux projets de séjours/voyages et au moins une excursion pour l'ensemble des aînés de la Province ; travailler en bonne communication avec la Mutualité.

Les membres de la Mutualité reçoivent une ristourne de 10 % sur le prix réclamé.

La Ligue s'engage à informer la partie d'une part, sans délai, de toute modification apportée à ses statuts, à ses organes ou à son fonctionnement interne.

Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 55. CENTRE DE SERVICE SOCIAL

Classification 37 NI-NI

a) Au sein de la mutualité, fonctionne un Centre de Service Social reconnu par le Ministère de la région Wallonne sous le numéro d'agrément 4059. Le cadre juridique applicable au centre de service social est : l'arrêté de l'exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et de subventions aux centres de service social ; le décret-programme du Conseil régional Wallon du 19 décembre 1996 portant sur diverses mesures en matière de finances, emploi, environnement, travaux subsidiés, logement et action sociale ; l'arrêté du Gouvernement wallon du 6 décembre 2001 modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française ; l'arrêté du Gouvernement wallon du 13 juin 2002 modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987. Cependant, cette réglementation ne peut pas faire obstacle à une disposition de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution, modifiée par la Loi du 26 avril 2010 portant dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

Ce centre, ouvert à tous les membres, a pour mission, d'accorder aux personnes et familles qui en font la demande, une aide sociale et psycho-sociale dans le but de surmonter ou d'améliorer les situations critiques qui entravent leur épanouissement ou le fonctionnement social général. Le Centre de Service Social s'acquitte des tâches suivantes :

- 1) assurer, dans le cadre d'une communauté locale, le premier accueil de personnes et familles qui se trouvent dans une situation critique.
- 2) arriver avec les intéressés, à une formulation plus claire de leurs difficultés sociales.
- 3) mettre les institutions et les prestations sociales à la portée des intéressés en les informant et les orientant. Orienter, au besoin, les intéressés vers des institutions plus spécialisées ou vers des personnes compétentes pour résoudre des situations critiques spécifiques; intervenir auprès de ces institutions et personnes et collaborer avec elles.
- 4) donner aux personnes et aux familles la guidance nécessaire afin de mieux les intégrer dans leur milieu et de les faire participer d'une manière plus épanouie à la vie de celui-ci.
- 5) signaler aux autorités compétentes les points de friction et les lacunes que présente la vie sociale.

b) Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

c) Sauf le paiement de la cotisation qui est prévue pour ce service dans le tableau ETAC, le membre bénéficie du service sans intervention financière complémentaire de sa part.

Par ailleurs, le Centre de Service Social n'octroie aucune intervention financière envers les membres.

Article 56. SERVICE CENTRE ADMINISTRATIF

Classification : 98/1 1. Centre Administratif de Répartition

Le Centre Administratif visé sous le code 98/1, distinct du service administratif (98/2) mentionné ci-après, a une fonction 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 services déterminé y seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur la base de clés objectives. A l'issue de l'exercice comptable, ce centre administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.

Classification 98/2 - 2. Un service administratif d'Apurement

-SERVICE QUI N'EST NI UNE ASSURANCE, NI UNE OPERATION-

Le service administratif a pour but de sauvegarder les intérêts de la mutualité du Luxembourg. Il prend en charge les malis de frais d'administration en assurance obligatoire en vertu de l'art. 195, paragraphe 5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 4.7.1994 et ce, dans la mesure des cotisations perçues. En effet, en vue de réaliser les objectifs visés, le centre perçoit des cotisations.

Par analogie, le boni en frais d'administration de l'assurance obligatoire y est également attribué.

Au service administratif sont également imputés les charges et produits déterminés par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Article 57. SERVICE « HOPITAL LIBERTE »

Pour prétendre aux interventions prévues au présent article, les membres effectifs doivent être en règle de cotisations pour les services complémentaires.

Le montant total des interventions prévues au présent article ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre.

L'affiliation d'une personne qui satisfait aux conditions légales et réglementaires pour être membre de la mutualité ne peut être refusée.

Classification 14 -OPERATION-

a) Principe :

Un service « HOPITAL-LIBERTE » est institué à la Mutualité afin de permettre aux membres titulaires ainsi qu'aux personnes à leur charge, hospitalisés en Belgique, en chambre à deux lits ou en chambre commune, de bénéficier de l'avantage suivant : leur intervention personnelle n'excédera pas 250,00 € pour une hospitalisation en hôpital général (identification INAMI 710) et 80,00 € pour une hospitalisation de jour en hôpital général (identification INAMI 710).

Les montants de 250,00 € et 80,00 € mentionnés ci-dessus, représentent la franchise à charge du membre en cas d'hospitalisation en chambre à deux lits ou en chambre commune.

L'intervention n'est accordée que sur présentation de la facture originale.

Les frais éventuels de téléphone, de location de TV, de changements de menus, de boissons et de produits parapharmaceutiques (exemples non exhaustifs : thermomètre, béquilles, kits aérosols) ne sont pas pris en charge.

Lorsque des suppléments d'honoraires sont réclamés dans le cadre d'une hospitalisation en hôpital de jour par des médecins non conventionnés, et ce, de manière conforme à la législation et à la réglementation en vigueur, l'intervention sera limitée à une fois le tarif officiel.

Lorsqu'il y a plusieurs hospitalisations, le montant cumulé de ces franchises s'élève à maximum 350 € par année civile par affilié.

Puisque le montant total des interventions prévues à l'article 44 §1 ne peut être supérieur au coût total supporté par le membre, ne sont pris en compte que les frais restant à charge du patient après l'intervention selon l'une ou plusieurs des législations suivantes :

- l'Assurance soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et l'arrêté royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'arrêté d'exécution).
- les règlements CEE n°1408/71 et 574/72 ;
- toute convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue avec la Belgique et/ou dans le cadre des projets européens de type "Interreg" ;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le maximum à facturer (MAF).

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions.

b) Le service est refusé dans les cas suivants :

1° Le service est refusé en cas de placement en sanatorium, préventorium, centre de thermalisme, maisons de repos et de soins et en cas d'intervention dans un but de chirurgie plastique ou esthétique au sens de l'article 1 § 7 de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou en cas d'intervention pour des soins dentaires (implants et extractions) qui se font à l'hôpital.

2° Le service est refusé lorsque l'hospitalisation est due à un accident au cours duquel la responsabilité civile d'un tiers est engagée, à moins que la mutualité ait été avisée en temps utile de l'accident.

Dans ce dernier cas, le membre doit subroger l'association vis-à-vis du tiers responsable et il ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de l'indemnité, sans l'autorisation de la Mutualité.

3°) Le service est refusé lorsque le dommage résulte d'un accident survenu suite à un exercice physique effectué lors de compétition ou d'une exhibition sportive ou autre pour lesquelles, l'organisation exige un droit d'entrée et pour lesquelles les participants reçoivent une quelconque rémunération.

4°) Le service est refusé lorsque le dommage résulte d'une faute grave commise par le membre ou la personne à sa charge.

c) Le service est limité dans les cas suivants :

1°) Le service est limité à une durée inférieure à 179 jours par hospitalisation et par bénéficiaire, l'intervention est limitée aux 178 premiers jours.

2°) En cas d'hospitalisation en service gériatrie et revalidation (service A- code service 30), une franchise de 200 € est appliquée tous les mois. Si la durée d'hospitalisation est inférieure au mois, la franchise est calculée au prorata du nombre réel de jours d'hospitalisation.

3°) Le service intervient de manière limitée sous forme de forfait en hôpital psychiatrique (identification Inami 720) ou en service psychiatrique dans un hôpital général (service A – code service 37 et 38 et service K – code service 34 et 35) à raison de 7,00 € par jour avec un maximum de 420 € par année civile.

4°) A partir du 1^{er} janvier 2017, sur base d'une attestation rédigée par le Médecin responsable d'un service spécialisé dans les TCA, Hôpital Liberté intervient également en cas de trouble du comportement alimentaire nécessitant une hospitalisation de longue durée, à raison de 7,00 € par jour, mais avec un maximum de 1001 € par année civile.

5 °) Le service intervient pour les implants et le matériel de synthèse orthopédique non remboursés par l'INAMI à concurrence de maximum 100 % de l'intervention INAMI pour un modèle similaire et dans le cas où aucune intervention INAMI n'existe, le service intervient à concurrence de 400,00 € maximum par année et par bénéficiaire.

d) La cotisation ne peut être augmentée en dehors de son adaptation à l'index - santé, que lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles. De même, les conditions de couverture des membres du service ne peuvent être modifiées que sur la base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments.

d) Une intervention spécifique est établie :

1°) Une intervention forfaitaire de 200,00 € est accordée lors d'un accouchement en « maison de naissance ». De même, une intervention forfaitaire de 200,00 euros est accordée lors de tout accouchement à domicile.

A partir du 01/01/2016, une intervention de maximum 200,00 euros est accordée sur présentation d'une facture originale d'hospitalisation pour un accouchement en chambre double ou commune en hôpital de maximum 3 jours (Jour 0 = J de l'accouchement). Si l'hospitalisation dépasse les 3 jours, sachant que les hôpitaux ne prolongent les durées que pour raisons médicales (césarienne ou autres complications), il y a lieu d'appliquer au bénéficiaire l'intervention financière la plus intéressante : soit l'intervention forfaitaire maximum de 200,00 € dont question, soit l'intervention calculée sur base du principe établi au point a) du présent article.

2°) Une intervention dans l'aide à domicile est accordée dans les deux mois qui suivent la fin d'une hospitalisation et dès lors que cette hospitalisation a fait l'objet d'une intervention dans la cadre du présent service.

Le délai de 2 mois commence au lendemain du jour de sortie de l'hôpital. « Hôpital Liberté » verse aux affiliés en ordre de cotisation et sur présentation de la facture du service d'aide-ménagère ou familiale agréé (par une administration fédérale, régionale, provinciale ou communale à l'exclusion des titres-service) une intervention horaire de 0,50 € par heure prestée avec un plafond forfaitaire maximum par hospitalisation de 30 heures.

3°) Une intervention dans les frais infirmiers se situant deux mois après la fin de l'hospitalisation et s'y rapportant directement est accordée à condition que l'hospitalisation elle-même ait été prise en charge par « Hôpital Liberté ».

L'intervention est égale à la quote-part personnelle légale à charge du membre avec un maximum de 500,00 € par hospitalisation et par membre. L'intervention ne peut jamais dépasser la quote-part à la charge du patient après intervention de l'assurance maladie invalidité obligatoire et le montant de toute autre intervention légale ou réglementaire.

4°) « Hôpital Liberté » octroie aux membres, une intervention de 14,00 € par jour dans les frais liés à un séjour de convalescence après hospitalisation, avec un maximum de 20 nuitées. Le séjour doit débiter au plus tard le 60^{ème} jour après la fin de l'hospitalisation.

L'intervention est due dans tout établissement de convalescence à l'exception du «Cosmopolite» à Blankenberge qui fait l'objet d'une intervention dans le cadre des services complémentaires de l'Union des Mutualités libérales.

L'intervention est due pour les séjours de convalescence des membres titulaires et les personnes à leur charge qui ont subi une opération chirurgicale avec hospitalisation ou ont été atteints d'une altération de l'état de santé ayant entraîné une incapacité de travail d'au moins quinze jours et ayant nécessité une hospitalisation.

5°) A partir du 1^{er} janvier 2018, « Hôpital Liberté » octroie aux membres titulaires ou aux personnes à leur charge une intervention dans les frais liés à un séjour en centre d'accueil de jour pour personnes handicapées ou personnes âgées de plus de 65 ans à condition qu'ils ne vivent pas en maison de repos ou en centre pour personnes handicapées.

L'intervention s'élève à 5,00 € par jour ou 3,00 € par demi-journée, avec un maximum de 50,00 € par an. Elle est octroyée sur présentation de la facture attestant du nombre de journées ou demi-journées.

f) Aucun stage n'est requis pour avoir recours à l'aide de ce service.

Article 58. Conformément à l'article 48 bis de la loi du 6 août 1990 modifié par l'article 18 de la loi du 26/04/2010, l'action en paiement des prestations prévues aux articles 43 à 57 des présents statuts se prescrit selon l'article 6 des présents statuts

En ce qui concerne le service hospitalisation « Hôpital Liberté » (article 57), le droit au paiement naît lors de la réception de la facture d'hospitalisation, la date de réception de cette facture correspondant au troisième jour ouvrable qui suit la date reprise sur la facture émise par l'établissement de soins concerné.

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

Article 59. Récupération - Subrogation dans le cadre des services complémentaires

Conformément à l'article 40 de la loi du 6 août 1990, lorsque la mutualité a accordé aux membres et aux personnes à leurs charges, des indemnités ou des interventions, elle est subrogée à concurrence du montant de ces prestations, dans tous les droits que les membres et les personnes à leur charge peuvent faire valoir à l'égard des tiers pour les dommages occasionnés.

CHAPITRE VI - BUDGETS ET COMPTE

Article 60.

Pour chacun des services mentionnés à l'article 2, b des présents statuts, la Mutualité emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 par. 3, 2^e de la loi du 6 août 1990, modifiée par l'article 56 de la loi du 20 juillet 1991.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

1. les cotisations;
2. les subsides des pouvoirs publics;
3. les dons et les legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux;
4. les intérêts ainsi que le bénéfice sur titres réalisés afférents à chacun d'eux.

Chaque service doit supporter ses frais de fonctionnement (conformément à l'AR du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, paragraphes 1^{er} et 5 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales).

Le patrimoine de la mutualité ne peut être affecté à d'autres fins que celles qui sont expressément définies par les présents statuts.

Le patrimoine de la mutualité doit être placé conformément aux dispositions de l'article 29, § 4, de la loi du 6 août 1990.

CHAPITRE VII

MODIFICATION DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS

ARTICLE 61.

Les statuts peuvent être modifiés à l'initiative du Conseil d'administration.

Conformément à l'article 15 par. 1, 1° de la loi du 6 août 1990, les statuts ne peuvent être modifiés que par une assemblée générale. Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres est présente et représentée et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Conformément à l'article 16, alinéa 1^{er} de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale est convoquée lorsqu'au moins un cinquième de ses membres en fait la demande.

ARTICLE 62.

La mutualité peut être dissoute sur décision de l'assemblée générale

En cas de dissolution, la liquidation doit être opérée conformément aux dispositions des articles 10, 11 et 12 par.1^{er}, alinéa 3 de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 63.

Pendant la durée de la mutualité, tout partage des fonds est interdit.

CHAPITRE VIII – ENTREE EN VIGUEUR

ARTICLE 64.

Les présents statuts entrent en vigueur à la date décidée par l'assemblée générale et approuvée par l'Office de Contrôle.