

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

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1er janvier 2017

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

- décidées par l'assemblée générale de la mutualité le 18/06/2017 ;
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 14/09/2017.

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 01/01/2017

Statuts présentés à l'AG du 18/06/2017
approuvés par l'OCM le 14 septembre 2018

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. 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 (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 centre 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 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.

c. Dans le cadre de l'article 68, 1^o, de la loi du 26 avril 2010 et de l'article 1^{er}, 3^o, de la loi du 27 mars 1995 : l'exécution vis-à-vis des membres d'activités d'intermédiation en assurances au sens de l'article 1^{er}, 1^o, de la loi précitée du 27 mars 1995 relative aux assurances maladie dans le sens de la branche 2 de l'annexe I de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi qu'une couverture, de façon complémentaire, des risques qui relèvent de l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe I à l'arrêté royal précité, organisée par des Sociétés mutualistes telles que visées à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, §§ 6 ou 7, de la loi du 6 août 1990, et sous réserve que ces Sociétés mutualistes précitées obtiennent auprès de l'Office de Contrôle, l'agrément nécessaire pour offrir des produits d'assurances et que la Mutualité soit conformément inscrite au registre des intermédiaires d'assurances tenu par l'Office de Contrôle.

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

Article 3. Le siège social de la mutualité est établi à 6700 Arlon, Avenue de la Gare, 37 et son champ d'activités comprend toutes les communes de la province de Luxembourg.

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

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

AUTORISATION, DEMISSION ET EXCLUSION

Article 6. Tout titulaire au sens de l'assurance maladie et invalidité obligatoire qui souhaite s'affilier auprès de la Mutualité, pour lui-même et pour ses personnes à charge, est accepté à condition qu'il ne soit pas membre d'une autre mutualité, que ce soit pour les activités visées à l'article 2 a des présents statuts ou pour celles visées à l'article 2 b.

Les personnes qui sont inscrites à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité ou à la Caisse des soins de santé de HR Rail ou qui sont fonctionnaires de l'Union Européenne ou qui sont agents du SHAPE ou les personnes qui sont assurées via le régime de sécurité sociale d'outre-mer ou les personnes affiliées pour l'assurance obligatoire auprès de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins ou les personnes qui ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ou les personnes qui font 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 peuvent s'affilier avec les personnes à leur charge auprès de la Mutualité pour les services visés à l'article 2,b) pour autant qu'elles ne soient pas inscrites auprès d'une autre mutualité.

L'affiliation d'un membre ouvrant les droits et avantages prévus à l'article 2, a), des statuts est régie par les dispositions légales prévues par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution.

L'affiliation d'un membre aux services complémentaires prend cours au plus tôt à partir :

- du premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'affiliation lorsqu'il s'agit d'une personne qui avait la qualité de personnes à charge (au sens de l'assurance obligatoire) auprès d'une autre Mutualité et qui s'inscrit en qualité de titulaire auprès de la Mutualité.
- du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de l'affiliation à la Mutualité, dans les autres cas.

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

1° ladite personne s'engage à respecter le prescrit des présents statuts et de ceux de l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;

2° si l'affiliation consiste en une mutation individuelle au sens de l'article 255, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, cette mutation ne soit pas refusée ou retirée, en exécution de l'article 118, alinéa 3, de ladite loi coordonnée, par l'union nationale de la mutualité dont cette personne était membre à la date mentionnée, selon le cas, à l'article 3ter, 1° ou 2°, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales.»

Conformément à l'article 67, alinéa 1^{er}, c) de la loi du 26 avril 2010, lorsque le membre était affilié à un service similaire auprès de son ancienne mutualité, aucun stage n'est imposé.

Le délai de prescription dans le cadre des services complémentaires est fixé conformément à l'article 48 bis de la loi du 6 août 1990, tel que modifié par l'article 18 de la loi du 26 avril 2010 :

- Un délai de deux ans :

- Pour l'action en paiement des interventions et indemnités financières
- Pour l'action en paiement des sommes qui porteraient les interventions précitées à un montant supérieur
- Pour l'action des créanciers vis-à-vis des liquidateurs de la mutualité dissoute
- Pour le remboursement des interventions et indemnités financières octroyées indûment

- Un délai de cinq ans :

- Lorsque des prestations ont été réalisées indûment en raison d'une escroquerie dont est responsable celui qui en a profité
- Pour l'action en paiement des cotisations
- Pour le remboursement des cotisations payées indûment

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

Article 6 bis. Pour chaque ménage mutualiste au sens de la loi du 26 avril 2010, une cotisation doit être payée. Le ménage mutualiste comprend le titulaire des prestations de santé visé à l'article 2, k), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que toutes les personnes à sa charge qui obtiennent la possibilité de bénéficier des avantages des opérations visées à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990 du chef de ce titulaire.

Le montant de la cotisation pour les services et opérations est fixé à 0,00 € pour :

- L' enfant âgé de 21 ans au plus, inscrit en tant que titulaire et qui bénéficient des allocations familiales majorées pour cause de handicap physique ou mental d'au moins 66 %.
- 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, par. 1, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994, elles bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance. (parallèle avec l'article 42 des statuts de l'Union, en vigueur au 01/07/2015)

Article 7. Les membres qui n'ont pas payé leurs cotisations pour une période de 24 mois d'affiliation consécutifs ou non pour les services et opérations organisés par la Mutualité, sont exclus en tant que membre des services complémentaires de la Mutualité après qu'il leur soit adressé, au plus tard dans le courant du mois qui suit ces 24 mois, une lettre recommandée qui les somme de payer les cotisations impayées et les informe de leur exclusion en tant que membre de la mutualité pour les services complémentaires à la fin du trimestre qui suit les 24 mois de non paiement des cotisations.

Peuvent être exclus comme membre des services visés à l'article 2 a, 2 b les membres qui se rendent coupables d'une infraction qui a un rapport avec les lois du 14 juillet 1994 et du 6 août 1990 et/ ou avec leurs arrêtés d'exécution.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration (ou la personne ou commission désignée à cet effet par le Conseil d'Administration suite à la possibilité de délégation de compétence - article 23 de la loi du 6 août 1990) après avoir entendu le membre en ses moyens de défense. Le membre qui ne répond pas au jour et heure proposé, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense pour autant qu'il ait été convoqué à temps (au moins 10 jours ouvrables avant l'audience) et qu'il n'ait pu justifier valablement son absence. L'exclusion a lieu le premier jour du second trimestre suivant l'audience.

La procédure d'exclusion visée par les alinéas 2 et 3 du présent article qui visent la commission d'infractions, ne concernent pas l'exclusion en raison du non paiement des cotisations.

Article 8. (supprimé au 1^{er} janvier 2012).

CHAPITRE III CATEGORIES DE MEMBRES

Article 9. Dans le présent article on entend par « services complémentaires » : les prestations et services organisés par la mutualité ou l'union nationale.

L'affiliation à ces services complémentaires est obligatoire pour toutes les personnes affiliées à la mutualité. Pour bénéficier des avantages octroyés par les services organisés par les présents statuts, les membres font partie de l'une des catégories reprises ci-après :

1. Les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et d'indemnités en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires;

2. Les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire en matière de soins de santé en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'extension et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires ;

3. Les travailleurs frontaliers qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire des services complémentaires;

4. Les personnes qui sont inscrites à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie – invalidité ou à la Caisse des soins de santé de HR RAIL et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires;

5. Les fonctionnaires de l'Union Européenne qui sont soumis au régime d'assurance obligatoire de l'Union Européenne et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires;

6. Les agents du S.H.A.P.E. qui sont soumis au régime d'assurance obligatoire mis en place par le S.H.A.P.E. et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires;

7. A partir du 1^{er} janvier 2017, les assurés de ONSS (Office national de sécurité sociale/Régime de la sécurité sociale d'outre-mer) qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires;

8. Les personnes affiliées pour l'assurance obligatoire auprès de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires ;

9. Les personnes qui ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.

10. Les personnes qui font 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, doivent être assuré à charge du pays émetteur.

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 que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée, qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents 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 IV - LES SERVICES DE LA MUTUALITE : AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D'AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS

Répartition des articles : Pour ses membres et leurs personnes à charge, la Mutualité organise les services visés à l'article 2 des présents statuts selon les modalités prévues à cet effet : 1. Description ; 2. Conditions ; 3. cotisations.

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.

Section 1 : soins de santé pour indépendants et membres des communautés religieuses

Article 40. Pour chaque ménage mutualiste, une cotisation doit être payée. Un ménage mutualiste est constitué d'un titulaire des prestations de santé visé à l'article 2, k), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que de toutes les personnes à sa charge qui obtiennent le droit aux avantages des opérations visées à l'article 1er du chef de ce titulaire.

Conformément à l'article 6 des présents statuts, en cas d'inscription d'une personne à charge en qualité de titulaire, la cotisation est due dès le premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de l'affiliation en qualité de membre titulaire.

En cas de mutation ou de transfert auprès de la Mutualité, la cotisation est due dès le premier jour du trimestre de prise de cours de la mutation ou le premier jour du mois de la prise de cours du transfert. Lorsqu'une personne à charge affiliée auprès d'une autre mutualité, devient titulaire et s'affilie auprès de la Mutualité, la cotisation complémentaire pour son ménage mutualiste est due à partir du premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

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)

Section 2

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

1° 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 et cela 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.

c) Critères :

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

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 26 € par séance avec un plafond de 20 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 43. 2° SERVICE PEDICURE

Classification 15/02 –OPERATION-

Ce service a pour but :

- d'allouer aux membres et aux personnes à leur charge une intervention de 2,5€ par séance de pédicure, et cela sur présentation de la note d'honoraires de la pédicure. L'intervention se limite à six séances par année civile.
- d'allouer aux membres et aux personnes à leur charge, une intervention 15 € par an pour l'achat de semelles fonctionnelles chez un bandagiste spécialisé lorsqu'aucune intervention n'est accordée dans le cadre de l'assurance obligatoire. L'intervention est accordée sur présentation de la facture acquittée délivrée par la/le bandagiste

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 43. 3° PREVENTION SANTE

Classification 15/03 - OPERATION-

Ce service a pour but de :

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

2. 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 tous les vaccins agréés en Belgique par le Service public fédéral Santé publique à l'exception des vaccins nécessaires aux voyages qui font l'objet d'une intervention spécifique de l'union des Mutualités libérales.

L'intervention est payée sur la base du ticket de caisse BVAC de la pharmacie.

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

3. Intervenir dans les frais liés à la contraception (pilule contraceptive, pilule du lendemain, patch contraceptif, anneau vaginal, injection, diaphragme). 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 femmes à raison de 90 € octroyés en une fois (remboursement une fois tous les 3 ans).

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

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

4. 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 € par année civile, sans toutefois pouvoir dépasser le montant à charge du bénéficiaire.

L'intervention est accordée sur présentation de l'attestation de fourniture (BVAC) délivrée par le pharmacien et portant son cachet.

5. pour les personnes atteintes de diabète et qui pratiquent l'auto surveillance :

a. l'achat d'un glucomètre sanguin à concurrence de 75 € (1 x par vie).

b. l'achat de boîte de 50 tiges à concurrence de 10 € avec un maximum de 70 € par année civile.

6. La cotisation d'affiliation annuelle d'un bénéficiaire à un club sportif, à raison de 5 € maximum par personne et par an. Ce club doit être reconnu par une Administration communale, provinciale, régionale ou nationale et/ou être affilié à une fédération sportive reconnue par l'ADEPS et/ou être affiliée à une fédération sportive nationale. Il faut être membre de la mutualité et en règle de cotisations le jour du paiement de la cotisation au club sportif. La Mutualité tiendra à la disposition des contrôleurs de l'Office de contrôle, dans les dossiers des intéressés, une preuve de la date du paiement de la cotisation au club sportif.

7. Le vaccin "cancer du col de l'utérus" (Gardasil® et Cervarix®) pour les femmes ne pouvant bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire à raison de 35 euros par injection, soit 105 euros « maximum » par femme (1 injection + 2 rappels) et par vie.

8. Intervention de 20 euros par an dans le coût du dépistage de l'ostéoporose par ostéo-densitométrie pour les membres.

Article 43.

4° SERVICE HEBERGEMENT

Classification 15/04 –OPERATION-

- a) Ce service a pour but d'allouer, sur présentation de la facture d'hébergement, aux membres et aux personnes à leur charge, une intervention de 5 € par nuitée pour les parents accompagnants leurs enfants jusqu'à la veille du 13^{ème} anniversaire, malades hospitalisés (45 nuitées maximum/an)
(intervention au 01/01/2013 pour les parents d'enfants hospitalisés dans tous les hôpitaux car ce sont des bébés ou des enfants en crèche, à l'école maternelle et primaire. Cela demande une présence.)

- b) Ce service a pour but d'allouer, sur présentation de la facture d'hébergement, aux membres et aux personnes à leur charge, une intervention de 5 € par nuitée pour les accompagnants des malades hospitalisés dans les centres universitaires disposant d'un centre d'hébergement (45 nuitées maximum/an).

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

Article 43. 5° 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 est obligatoire et a pour objet d'intervenir 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 la Région wallonne, 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 €, payable annuellement et à terme échu sur présentation d'une attestation prouvant que le membre ou la personne à charge est abonnée à 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.

Parce que l'intervention vise à assurer la sécurité et la tranquillité des personnes vivant en permanence ou le plus souvent de manière isolée, elle ne peut être accordée aux personnes résidant dans un home, une maison de repos, une résidence-services ou dans toute autre institution hospitalière.

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 43. 6° AIDES 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 familiale ».

Le service est obligatoire et a pour but :

- d'aider les membres à obtenir l'assistance d'une « aide familiale » auprès des services agréés par la région wallonne compétent;
- d'octroyer aux membres une intervention dans les frais résultant de cette assistance et restant à leur charge.

Intervention

Le service "Aide 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 pensionné doit être en ordre de cotisation et doit faire appel à un service agréé de « services d'aide aux familles et aux personnes » au sens de la réglementation de la Région wallonne ou initiés par un organisme public (CPAS, ALE, ...), à l'exclusion des titres-service.
- Le membre doit être en ordre de cotisation, faire appel à un service agréé (services d'aide aux familles et aux personnes selon la réglementation de la Région wallonne ou initiés par un organisme public (CPAS, ALE, ...), à l'exclusion des titres-service) et bénéficier d'une « allocation d'intégration » reconnue 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 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 (services d'aide aux familles et aux personnes selon la réglementation de la Région wallonne ou initiés par un organisme public (CPAS, ALE, ...), à l'exclusion des titres-service) et remettre une attestation mutualiste signée par son gynécologue. Ce document devra attester que « la santé de la future mère ou celle de son bébé nécessite une absolue obligation de rester alitée pour risque de contractions, cas de placenta praevia (placenta dont la position est anormale avec risque d'hémorragies), cas de retard de croissance intra-utérin, cas d'hypertension artérielle ou cas de cerclage ».

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 43. 7° SERVICE DE PRET ET TRANSPORT

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 est également applicable à toute location de matériel sanitaire, disponible suivant la liste et le tarif (voir tarifs en annexe 2).

La CRB s'engage à réaliser l'ensemble des transports, conformément aux normes définies dans son Règlement d'Ordre Intérieur, et suivant les conditions définies ci-après. Les véhicules sanitaires légers utilisés dans le cadre de la convention répondent aux normes d'équipement sanitaire prescrites par la Croix-Rouge. La CRB apporte son concours en son nom, à son propre compte et sous sa responsabilité exclusive, tant vis-à-vis des personnes transportées que vis-à-vis de tiers, et sans que la responsabilité de la Mutualité Libérale du Luxembourg puisse être engagée de quelque façon que ce soit. Dans le cadre des missions qu'ils effectuent aux termes de la convention, le personnel et les véhicules de la CRB sont couverts par l'assurance contractée par celle-ci. Il en est de même pour les patients transportés. La CRB s'engage dans la mesure du matériel disponible, à mettre en location, conformément aux normes définies dans son Règlement d'Ordre Intérieur, et suivant les conditions définies ci-après, le matériel sanitaire requis par le demandeur. Toutes les demandes de transports non urgents ou de location de matériel sanitaire sont faites par le patient, par l'intermédiaire d'un tiers, ou par le personnel d'un établissement de soins au numéro unique 105. Pour les demandes de transports, elles doivent être communiquées au minimum 24 heures avant.

Les tarifs appliqués par la CRB aux membres de la Mutualité Libérale du Luxembourg sont semblables à ceux appliqués à l'ensemble de la population. La CRB s'engage cependant à signaler toute modification de tarif à la Mutualité Libérale du Luxembourg. Pour les transports par véhicule sanitaire léger, le calcul des kilomètres facturés se fait départ garage, retour garage du véhicule qui effectue la prestation. Lorsqu'un transport n'a pu être effectué en raison de motifs propres au patient, et si le déplacement inutile n'est pas la conséquence d'un vice d'exécution, les frais du déplacement effectué doivent être facturés au patient. Un forfait de 20,00 € pour la livraison, l'installation, et la reprise du matériel sanitaire loué sera demandé à la personne qui demande ce service à chaque livraison. La facturation des frais est réalisée lors de chaque transport ou location. La personne transportée paye dès réception de la facture le montant dû et adresse la facture à la Mutualité Libérale du Luxembourg pour obtenir le bénéfice de l'intervention conformément aux dispositions reprises ci-après.

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 dialyse).

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.

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 43. 8° TRANSPORT DES MALADES

Classification 15/08 –OPERATION-

a)Le service intervient dans le coût de transport des malades en cas de séjour en clinique pour une opération, un traitement, une observation ou un accouchement :

- remboursement des tickets de transport en commun sur présentation de ces billets.
- 0,07 euro par Km pour déplacement en voiture personnelle ou d'un ami.
- 0,1 euro par Km pour déplacement en taxi lorsqu'il y a urgence ou nécessité médicale.
- 0,5 euro par Km pour un déplacement en ambulance et 2,5 euros de prise en charge lorsqu'il y a urgence ou nécessité médicale.
- 2,5 euros du Km par déplacement en hélicoptère avec un maximum de 1240,00 euros lorsqu'il y a urgence ou nécessité médicale.

De plus, 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) dès lors qu'il se trouve dans l'obligation absolue de subir un contrôle médical pour une affection chronique dans un centre hospitalier universitaire.

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'établir une attestation du médecin généraliste 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 attestation devra contenir obligatoirement les coordonnées du médecin spécialiste où a lieu la visite.

Cette intervention est fixée à :

- 0,07 euro par Km pour déplacement en voiture personnelle ou d'un ami.
- remboursement des tickets de transport en commun sur présentation de ces billets.

b)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 (**annexe 1**), 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 1^{er} janvier 2017, la Mutualité Libérale du Luxembourg a conclu un accord dans le cadre du transport en ambulance avec les sociétés suivantes :

1) Ambulances normalisées

- Hors province :
 - Ambulance Performance, rue des Hayettes, 8 à Seraing.
 - ASBL Ambulance, Chemin des Haies 9 à Stavelot.
- En province :
 - Ambulance Transports Services, rue des Sarcelles 11b à Latour.
 - Burg Ambulance, Rue de Rodange, 49 a à Athus.
 - Entraide et Solidarité pour le Luxembourg ASBL, Rue de la Schock, 18 à 6717 Nobressart.
 - New Ambu Semois, rue de Chiny 12 à Lacuisine.

2) Ambulance normalisée et (para)médicalisées

- Paramédical Team, Rue du Vivier 10, à 6900 Marche-en-Famenne.
- Param Services ASBL, Rue de Bruxelles, 12 à 4340 Awans.

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, Athus, Bastogne, Vielsalm, Libramont, Bouillon, Marche et Virton. 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 :

(Tarification au 01/01/2017) :

1) Pour tout trajet de moins de 10 kilomètres : le patient supportera seul un forfait fixé 61,47 € quel que soit le type de véhicule, visé par la présente convention, qui aura été utilisé par le transporteur ;

2) Pour les trajets de plus de 10 kilomètres, justifiés par un certificat médical justifiant au minimum de la position couchée voire de la nécessité d'assister (para) médicalement le patient pendant son transport :

a) le patient supportera seul un forfait pour les 10 premiers kilomètres : 61,47 € et ensuite, les kilomètres supplémentaires compris entre le 11ème kilomètre et le retour au point de facturation le plus proche du lieu de prise en charge est facturé selon le tarif suivant : 2,60 € (ambulance normalisée), 2,95 € (ambulance para-médicalisée) et 3,91 € (ambulance médicalisée). En cas de transport mixte (para & médicalisé), le tarif le plus élevé s'appliquera seul et sans cumul.

b) La première demi-heure d'attente au domicile de l'assuré ou à l'hôpital ne peut être prise en considération. Si l'attente se prolonge, chaque demi-heure d'attente supplémentaire est facturée, au prix de 25,00 € à charge du patient, étant entendu qu'au-delà de la troisième, la facturation de toute demi-heure est subordonnée à un justificatif que le transporteur devra obtenir auprès des services de l'institution où l'attente se déroule et qui sera transmis à la Mutualité.

c) Sous condition d'identification du/des prestataire(s) par leurs nom, cachet et numéro INAMI en annexe de la facture envoyée, la mobilisation d'une équipe médicale est facturable 70,00 € par heure prestée pour un médecin ou 87,50 €/h en cas de prestation au-delà de 20 heures, les dimanches et jours fériés ; 33,00 € par heure prestée pour une équipe paramédicale (infirmier SIAMU exclusivement) ou 38,00 € en cas de prestations au-delà de 20 heures, les dimanches ou les jours fériés..

d) Pour les seuls transports (para)médicalisés effectués la nuit, un dimanche ou un jour férié, une majoration de 15 % de la facturation kilométrique est admise dans le respect des principes de tarification repris à l'article 4 §3 de l'arrêté du Gouvernement Wallon du 12 mai 2005 relatif au transport médico-sanitaire.

e) Ce tarif de base est indexé au 1er janvier de chaque année (première application en janvier 2018) sur base de l'indice santé du mois de septembre selon la formule suivante :

les montants (tarif kilométrique) pour l'année « n » sont calculés en multipliant leur valeur référence reprise dans la présente convention par le rapport entre l'index de septembre de l'année « n-1 » et celui de septembre 2016 (103,68 – base 2013)

La Mutualité propose un système de tiers payant impliquant un avantage financier supplémentaire au profit de ses membres en ordre de cotisation aux services complémentaires et se trouvant dans un cas de transport ou de transfert tel que défini plus haut.

a) La part à charge du patient s'élève à :

- 0,86 €/Km (ambulance normalisée),
- 0,89 €/Km + 5 des 15% de l'éventuelle majoration « nuit » + 11,00 € du forfait horaire de l'équipe para-médicalisée (ambulance para-médicalisée)
- et 1,29 €/km + 5 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » + 26,35 € du forfait horaire de l'équipe médicalisée (ambulance médicalisée).

b) La part à charge de la Mutualité s'élève à :

- 1,74 €/km (ambulance normalisée),
- 2,06 €/km + 10 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » + 22,00 € du forfait horaire de l'équipe para-médicalisée (ambulance para-médicalisée)
- Et 2,62 €/Km + 10 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » + 43,65 € du forfait horaire de l'équipé médicalisée (ambulance médicalisée).

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 43. 9° SERVICE NAISSANCE - ADOPTION - ENFANCE

Classification 15/09 –OPERATION-

a) 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° 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.
- 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.

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).

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

Article 43.

10° 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 43.

11°) 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 43.

12° 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 43.

13° SERVICE CENTRE ADMINISTRATIF

Classification : 98/1 1. Centre Administratif DE REPARTITION

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 centre administratif D'APUREMENT

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

Le Centre 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 centre administratif sont également imputés les charges et produits déterminés par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Article 44. Ce service est obligatoire. Pour prétendre aux interventions prévues à l'article 44, les membres effectifs doivent être en règle de cotisations pour les services complémentaires. Le montant total des interventions prévues à l'article 44 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) 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 € pour une hospitalisation en hôpital général (identification INAMI 710) et 80 € € pour une hospitalisation de jour en hôpital général (identification INAMI 710).

Les montants de 250 € et 80 € 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 par des médecins non conventionnés, de manière conforme à la législation et à la réglementation en vigueur, dans le cadre d'une hospitalisation en hôpital de jour, 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.

Les franchises prévues ci-dessus seront déduites de la somme obtenue en additionnant le montant de la facture de transport d'urgence restant à charge du membre après intervention d'assurance soins de santé) à celui de la facture d'hospitalisation.

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 an, l'intervention est limitée aux 178 premiers jours.

2°) En cas d'hospitalisation en service gériatrie et revalidation (service A- code service 30), la franchise de 200 € est appliquée tous les mois.

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. 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.

4°) Le service intervient pour les implants et le matériel de synthèse 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 € maximum par année et par bénéficiaire, après déduction d'une franchise de 250 €.

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.

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

f) Une intervention spécifique est établie :

1°) Une intervention dans l'aide à domicile suite à une hospitalisation est accordée. « Hôpital Liberté » verse aux affiliés en ordre de cotisation et sur présentation de la facture du service d'aide familiale agréé (au sens de la réglementation de la Région wallonne en la matière) une intervention horaire de 0,50 € par heure prestée avec un plafond forfaitaire maximum par hospitalisation de 30 heures.

2°) Une intervention forfaitaire de 250 € est accordée lors d'un accouchement en « maison de naissance ». De même, une intervention forfaitaire de 200 euros est accordée lors de tout accouchement à domicile. A partir du 01/01/2016, une intervention de maximum 200 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).

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 au sens de l'article 44a, § 5

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 en Belgique 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.

Article 45. 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 42, 43 et 44 des présents statuts se prescrit selon l'article 6 des présents statuts En ce qui concerne le service hospitalisation « Hôpital Liberté » (article 44), 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 46. 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 V - BUDGETS ET COMPTE

Article 47.

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 48

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 49

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 50

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

Chapitre VIII - Entrée en vigueur

ARTICLE 51

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