Z i e k e n f o n d s 228

**01.07.2023**

“Mutualia”

gevestigd te Sint-Lambrechts-Woluwe

-

STATUTEN

-

Gelet op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op de Wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;

Na beraadslaging heeft de Algemene Vergadering die op 20 juni 2023werd gehouden met de vereiste deelnemersquora overeenkomstig de wet van 6 augustus 1990 besloten dat de statuten van het ziekenfonds als volgt worden vastgelegd:

Hoofdstuk I. Stichting - benaming - doeleinden - maatschappelijke zetel en werkingsgebied van het ziekenfonds.

artikel 1. Op 1 juli 1863 werd te Brussel een verbond van ziekenfondsen opgericht onder de benaming "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles et ses faubourgs". Zij heeft achtereenvolgens de volgende benamingen aangenomen : "Fédération libre des sociétés mutualistes de Bruxelles, ses faubourgs et les communes limitrophes" bekrachtigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1931;"Fédération Libre des Mutualités Neutres de Bruxelles et environs" bekrachtigd bij het koninklijke besluit van 26 juni 1959;

"Fédération Libre des Mutualités Neutres" bekrachtigd bij het koninklijk besluit van 25 februari 1965;"Fédération Libre des Mutualités Neutres - Vrij Verbond der Neutrale Mutualiteiten" bekrachtigd bij koninklijk besluit van 1 juli 1969.

2. Op 24 juli 1864 werd te Verviers een verbond van ziekenfondsen opgericht met de benaming "Fédération neutre des sociétés de secours mutuels de l'arrondissement de Verviers". De benaming "Fédération royale des sociétés neutres de secours mutuels de l'arrondissement de Verviers” werd goedgekeurd bij koninklijk besluit van 19 september 1939. Het verbond kreeg op de Algemene Vergadering in september 1939 de naam “Société royale "La mutualité neutre de Verviers et arrondissement".

3. Op 3 augustus 1913 werd te Luik een ziekenfonds opgericht met de benaming "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d’employés et voyageurs". Het ziekenfonds heeft achtereenvolgens de volgende namen gehad, krachtens het koninklijk besluit van 18 juli 1927 en de besluiten van de regent van 15 december 1947 en 24 augustus 1949 :

- "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d’employés, voyageurs de commerce et professions libérales"

- "Fédération provinciale liégeoise d’employés, voyageurs de commerce et professions similaires"

- "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d’employés, voyageurs de commerce et professions similaires"

Bij het koninklijk besluit van 10 mei 1965 kreeg het ziekenfonds de naam “Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d’employés, représentants et indépendants".

Bij besluit van de buitengewone Algemene Vergadering van 20 juni 1991 kreeg het ziekenfonds vanaf 1 januari 1992 de naam "M U T U A L I A - Mutualité Neutre". In betrekkingen met derden gebruikte het ziekenfonds de afkorting "Mutualia".

4. Sinds 1 januari 2007 draagt het ziekenfonds dat uit de fusie van ziekenfondsen in punten 1. en 2. is ontstaan de naam "M U T U A L I A - Mutualité Neutre", afgekort als "MUTUALIA".

5. Vanaf 1 januari 2021 zal het ziekenfonds dat uit de fusie van de ziekenfondsen in punten 2. en 3. zal ontstaan de naam "Mutualia" dragen.

Het ziekenfonds is opgericht zonder enige politieke, filosofische of religieuze bedoelingen; het verzet zich tegen elke partijpolitieke inmenging.

In betrekkingen met derden mag het ziekenfonds de volgende namen gebruiken : "Mutualité Neutre", "Neutraal Ziekenfonds", "Symbio", "Mutualia", "Mutualia-Symbio". Deze namen kunnen behouden blijven gedurende de benodigde tijd en uiterlijk tot aan de eerstvolgende mutualistische verkiezingen.

artikel 2. De doeleinden van het ziekenfonds zijn :

a) In het kader van artikel 3 a) en c) van de wet van 6 augustus 1990 : het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering, waarvoor zij de toelating krijgt van de Landsbond waarbij zij is aangesloten sedert 1886 en het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand aan leden of personen te hunnen laste bij het vervullen van deze opdracht om te verzekeren dat er zorg van hoge kwaliteit wordt verleend en dat iedereen toegang heeft tot deze zorg.

De uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering brengt mee dat het ziekenfonds instaat voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de betalende derde, van de geneeskundige verstrekkingen verleend aan hun leden of de personen te hunnen laste zowel op het vlak van prestaties verstrekt door artsen, tandartsen en paramedici als op het vlak van verstrekkingen en opnamen in medico-sociale instellingen.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de uitbetaling van de uitkeringen aan de invalide werknemers en invalide zelfstandigen, het uitbetalen van de uitkeringen wegens moederschapsrust en het tussenkomen in de begrafeniskosten, alsmede voor de voorlichting, begeleiding en bijstand die met deze activiteiten gepaard gaan.

Al deze werkzaamheden en de controle erop gebeuren in de uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en de bijbehorende uitvoeringsbesluiten of van artikel 3, alinea 1, c), van de wet van 6 augustus 1990.

De uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de Landsbond. Het ziekenfonds verbindt er zich toe de wettelijke schikkingen, de statutaire schikkingen en de richtlijnen van de Landsbond na te leven.

b) In het kader van het artikel 3 b) en c) van dezelfde wet : het toekennen van tegemoetkomingen, voordelen en uitkeringen aan hun leden en de personen te hunnen laste en het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met betrekking tot :

Diensten en verrichtingen van het ziekenfonds verplicht voor alle verzekerden :

- Vervoer; - art. 41

- Geboorte - adoptie; - art. 42

- Baby’s; - art. 43

- Toekomstige mama’s; - art. 44

- Kinderen - Jeugd; - art. 45

- Logopedie; - art. 46

- Monturen - Optiek; - art. 47

- Pedicure; - art. 48

- Posturopodie; - art. 49

- Preventie - zorgen; - art. 50

- Orthodontie; - art. 51

- Tandzorgen; - art. 52

- Tegemoetkoming ziekte; - art. 53

- Psychologie; - art. 54

- Juridische bijstand; - art. 55

- Familiehulp, huishoudelijke hulp ziekenoppas; - art. 56

- Vakanties minder-validen; - art. 57

- Alternatieve geneeskunde; - art. 58

- Behandeling van migraine; - art.59

- Aansluiting bij een sportclub; - art. 60

- Leningen / Voorschotten; - art. 61

- Centrum sociale dienst. - art. 62

- Sociaal fonds; - art. 63-1

- Jeugddienst; - art. 63-2

- Diverse medische verstrekkingen; - art. 63-3

- Verpleegkundigen aan huis; - art. 63-4

- Gezondheidseducatie; - art. 63-5

- Dienst actieve senioren; - art. 63-6

- Opsporingsonderzoek. - art. 63-7

Diensten georganiseerd in samenwerking met de Vzw "Multi-care"

- Thuiszorg; - art. 65-1

- Dienst voor psychologie. - art. 65-2

In het kader van artikel 67, alinea 5 van de wet van 26 april 2010 worden diensten georganiseerd die geen verichtingen, geen noch noch-diensten zijn.

Ziekenfonds

- Verdelingscentrum (98/1); - art. 66

- Administratief centrum (98/2). - art. 67

Subsidiering van Socio-sanitaire structuren

- Vzw "Calyps’Autre" – art. 64

Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen.

Voor de diensten georganiseerd door de Landsbond wordt verwezen naar artikel "2" van de statuten van deze mutualistische entiteit met dien verstande dat de diensten georganiseerd voor ons ziekenfonds verplicht zijn voor al de effectieve leden.

Alle voormelde diensten met uitzondering van die van de landsbond zijn ingericht door het ziekenfonds.

Als verzekeringsagent van de VMOB "NEUTRA" is het ziekenfonds verantwoordelijk voor de promotie en verkoop van producten die de voornoemde VMOB aanbiedt, en biedt het haar leden de mogelijkheid om een hospitalisatieverzekering te nemen. Het Ziekenfonds is, voor deze activiteit, ingeschreven in het register van de Controledienst voor de Ziekenfondsen voor verzekeringstussenpersonen voor Maatschappijen van Onderlinge Bijstand in de hoedanigheid van agent onder het nr. 2004C.

Het lidmaatschap van de VMOB "Neutra" is facultatief.

Het lidmaatschap van de dienst "Voorhuwelijkssparen", die wordt ingericht door de Landsbond, is steeds facultatief.

Wanneer er een algemene tegemoetkoming door een overheidsinstantie op basis van een wet of regelgeving bestaat, zoals op grond van een koninklijk besluit in het kader van de verplichte verzekering, wordt deze in mindering gebracht van wat er in de statuten wordt toegekend voor deze dienst.

Het ziekenfonds heeft tevens tot doel om haar leden en de personen te hunnen laste de statutaire voordelen te bieden die door de landsbond en de maatschappijen voor onderlinge bijstand waarbij het is aangesloten worden verleend.

Lidmaatschap geeft leden de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de diensten die in artikel 2, b van de huidige statuten worden vermeld, mits aan de voorwaarden om van de voordelen te genieten is voldaan. De mogelijkheid om van deze voordelen te genieten is afhankelijk van de beschikbare middelen.

Lidmaatschap van de aanvullende verzekering is verplicht.

Voor een volledige toekenning en correcte verdeling van de gemeenschappelijke administratieve kosten van de diensten die in artikel 2, b worden vermeld, richt het ziekenfonds een administratief centrum op (art. 65 van de statuten, code CDZ 98/1).

artikel 3. De zetel van het ziekenfonds is gevestigd te 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe, Brand Whitlocklaan 87-93 / bus 4 en haar werkingsgebied omvat gans het nationaal grondgebied. Het ziekenfonds richt zich tot al de personen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben alsmede tot :

- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, doch aan de Belgische Sociale Zekerheid onderworpen zijn;

- de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven, doch aan de Belgische Verplichte Verzekering onderworpen zijn.

artikel 4. Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen, gevestigd te Sint***-***Gillis (Brussel***).***

Van toepassing vanaf 12 maart 2022.

§ 1 – Het ziekenfonds is gemachtigd tot uitvoering van de bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Het moet de bepalingen van de wet en van de statuten, evenals de beslissingen, richtlijnen en onderrichtingen die uitgaan van de bevoegde organen van de Landsbond van de neutrale ziekenfondsen in acht nemen; worden onder meer als dusdanig beschouwd: de omzendbrieven en diverse instructies van de Landsbond, de beslissingen van de raad van bestuur van de Landsbond en van de comités van de raad van bestuur, de omzendbrieven van de CDZ en van het RIZIV, de deontologische code inzake concurrentie die door de raad van bestuur van de Landsbond werd aangenomen, de Verbintenis van goed bestuur van de Landsbond van de neutrale ziekenfondsen die door de raad van bestuur van de Landsbond werd aangenomen en die getekend werd door de verantwoordelijken van de neutrale ziekenfondsen.

Deze machtiging moet voldoen aan bepaalde voorwaarden die zijn vastgelegd in het governancecharter, en die gewijzigd kunnen worden.

De raad van bestuur van de Landsbond neemt een deontologische code en een governancecharter aan, die van toepassing zijn op de Landsbond en op de ziekenfondsen die er deel van uitmaken.

§ 2 – De raad van bestuur kan een gegeven machtiging intrekken op voorstel van het directiecomité indien het ziekenfonds zich niet houdt aan de voorwaarden ervan. De beslissing waarbij de machtiging wordt geweigerd of ingetrokken, moet worden gemotiveerd.

Het ziekenfonds kan bij de Minister bevoegd voor de Sociale Voorzorg tegen deze beslissing in beroep gaan binnen de vijftien kalenderdagen na de betekening ervan.

§ 3 – Indien een gegeven machtiging wordt ingetrokken, beantwoordt het ziekenfonds niet meer aan de bepalingen van artikel 3 van de wet van 6 augustus 1990 en is het van rechtswege ontbonden, met als gevolg dat artikel 47 van de wet van toepassing wordt.

§ 4 – Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van § 1 van onderhavig artikel, indien de raad van bestuur van de Landsbond vaststelt dat een aangesloten ziekenfonds niet handelt volgens zijn statutaire doelstellingen, of zich niet houdt aan de verplichtingen opgelegd door de wet van 6 augustus 1990 en van de uitvoeringsbesluiten ervan, met inbegrip van de voorwaarden van toelating beoogd in § 1, of de bepalingen van de deontologische code of van het governancecharter niet naleeft:

1° beschikt de raad van bestuur van de Landsbond van rechtswege de mogelijkheid om zijn standpunt rechtstreeks toe te lichten aan de statutaire organen van het ziekenfonds. Die toelichting kan schriftelijk en/of mondeling plaatsvinden tijdens een zitting van de algemene vergadering en/of van de raad van bestuur of van elke andere commissie bedoeld in artikel 23, tweede lid, van deze statuten;

2° kan de raad van bestuur van de Landsbond het ziekenfonds bevelen om de toestand te regulariseren binnen een door hem bepaalde termijn, en, bij gebrek aan regularisatie binnen de opgelegde termijn, kan de raad van bestuur van de Landsbond beslissen om één of meer van de volgende maatregelen te nemen:

- de uitoefening van de bevoegdheden van de organen van het betrokken ziekenfonds opschorten en ze in zijn plaats uitoefenen gedurende een bepaalde en hernieuwbare periode;

- een betwiste beslissing opschorten of annuleren.

De raad van bestuur van de Landsbond informeert de Controledienst onverwijld over zijn vaststelling en over het nemen van één of meerdere voornoemde maatregelen. Hij kan het advies inroepen van de Controledienst alvorens één van die maatregelen te nemen.

Het ziekenfonds dat de beslissing van de raad van bestuur van de Landsbond betwist, kan:

1° bij ontstentenis van beroep voor de bevoegde arbeidsrechtbank zoals bedoeld in onderstaand punt 2, het advies inwinnen van de Controledienst binnen de maand van kennisgeving van de beslissing. In dat geval geeft de Controledienst zijn advies aan de twee partijen binnen de twee maanden na ontvangst van de vraag om advies, na de twee partijen te hebben gehoord;

2° op straffe van verval via verzoekschrift een beroep indienen bij de bevoegde arbeidsrechtbank binnen de twee maanden na kennisgeving van de beslissing.

Bij een verzoek om het advies van de Controledienst zoals bedoeld in punt 1 wordt deze termijn met twee maanden verlengd. Het beroep ingediend bij de arbeidsrechtbank is niet opschortend.

Het ziekenfonds brengt de Controledienst onverwijld op de hoogte van het ingediende beroep.

In geval van een beroep ingediend bij de bevoegde arbeidsrechtbank nadat een verzoek om advies van de Controledienst is ingediend in overeenstemming met punt 1, en vooraleer dit advies aan de twee partijen werd bezorgd, wordt het advies van de Controledienst geacht nooit gevraagd te zijn.

Bij ontstentenis van regularisatie binnen de gestelde termijn kan de raad van bestuur beslissen de uitoefening van de bevoegdheden van de organen van het ziekenfonds op te schorten, en deze bevoegdheden gedurende een bepaalde periode in hun plaats uit te oefenen, hetzij rechtstreeks, hetzij door afvaardiging van een lid van het directiecomité of van het nationaal secretariaat, en het beheer van het ziekenfonds aldus geheel of gedeeltelijk over te nemen.

Hoofdstuk II - Aansluiting - ontslag en uitsluiting

artikel 5.

§ 1. Een persoon kan zich bij het ziekenfonds aansluiten :

1° hetzij, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, a), van de wet van 6 augustus 1990, waarbij hij ambtshalve aangesloten is bij de diensten :

- van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;

- van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;

- van de maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" of de "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" of de "Société Mutualiste régionale de l’Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne" waarbij het ziekenfonds is aangesloten wanneer dergelijke aansluiting verplicht is gemaakt door de regionale reglementering waarvan deze maatschappijen van onderlinge bijstand afhangen.

Wordt gelijkgeschakeld met de bovenvermelde persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij het ziekenfonds indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

2° hetzij slechts voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

 Dit is slechts mogelijk wanneer de persoon zich in een van de volgende situaties bevindt:

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail;

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV);

wordt gelijkgeschakeld met deze persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij de HZIV indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)/Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid;

- hij heeft recht op de terugbetaling van gezondheidszorgen krachtens het statuut van een instelling van Europees of internationaal recht gevestigd in België;

- hij is niet meer onderworpen aan de verplichte verzekering ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van een Belgische regering;

- hij maakt deel uit van het personeel van een ambassade of consulaat, in België gevestigd, dat in toepassing van de Conventies van Wenen van 1961 en 1963 voor geneeskundige verstrekkingen verzekerd moet zijn ten laste van het zendland;

- hij bevindt zich in een situatie bedoeld in artikel 3ter, 1°, van de wet van 6 augustus 1990 en hij is, voor de voornoemde verplichte verzekering, reeds elders ingeschreven of aangesloten;

- hij is gedetineerd of geïnterneerd en hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste van de FOD Justitie.

Deze persoon is ambtshalve aangesloten bij de diensten van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

§ 2. Tijdens een periode van internering of van detentie wordt de persoon die voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ten laste is van de FOD Justitie, voor de toepassing van § 1, 1, beschouwd als niet aangesloten bij het ziekenfonds, tenzij uitdrukkelijke verklaring om aangesloten te willen blijven voor de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

§ 3 De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds slechts voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering en heeft bovendien de mogelijkheid :

- om in voorkomend geval, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, deel te nemen aan het voorhuwelijkssparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;

- om zich aan te sluiten bij de maatschappij van onderlinge bijstand “Neutrale Zorgkas Vlaanderen” of de “Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest” of de “Société Mutualiste régionale de l’Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne” waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem mogelijk is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt;

- om, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, een verzekeringsproduct te onderschrijven, georganiseerd door de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand Neutra, waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

§4. Iedere gerechtigde die wil aansluiten voor de verplichte verzekering of de aangeboden diensten en verrichtingen moet ook zijn personen ten laste aansluiten.

artikel 6.

AANVANG VAN DE AANSLUITING BIJ DE AANVULLENDE VERZEKERING

Onder "aanvullende verzekering" van het ziekenfonds wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

De aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering neemt een aanvang :

1°. voor een persoon die als persoon ten laste bij het ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij dit ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de handtekening van de inschrijving ;

2°. voor een persoon die als gerechtigde bij het ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het trimester van de inwerkingtreding van deze aansluiting;

3°. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij het ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;

4°. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij het ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;

5°. voor een persoon bedoeld in artikel 5, § 1, 2°, alsook voor de personen die voor de eerste keer zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;

6°. voor een persoon die als persoon ten laste bij het ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving.

artikel 7.

TYPES VAN LEDEN

§1.Inleiding

Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, kan een persoon aangesloten bij het ziekenfonds :

1° hetzij een lid zijn dat een voordeel van deze diensten kan genieten;

2° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is geschorst;

3° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is opgeheven.

De persoon die als persoon ten laste bij een lid is ingeschreven en die de mogelijkheid verkrijgt om uit hoofde van dit lid de voordelen van die diensten te genieten in functie van de beschikbare middelen, wordt ingedeeld volgens dezelfde categorie als de gerechtigde ten laste van dewelke de persoon is ingeschreven.

De betaling of niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft eveneens gevolgen voor:

- de mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende verzekering voorzien door de statuten van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen;

- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand Neutra en van de aansluiting bij deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

De betaling of de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft geen enkel gevolg wat betreft het recht op de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering. Er kan geen compensatie gebeuren tussen de onbetaalde bijdragen van de aanvullende verzekering en de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§2. Het lid dat een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten

Het betreft een lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 :

1° voor de maand waarin zich de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel heeft voorgedaan.

In dit opzicht wordt het lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de betreffende diensten gedurende minstens 24 maanden, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze diensten gedurende de drie maanden die onmiddellijk volgen op deze periode.

Wanneer het lid ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde sinds meer dan 24 maanden bij verschillende Belgische ziekenfondsen en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie gedurende deze periode, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Wanneer het lid voor de eerste maal maar minder dan 24 maanden aangesloten is geweest als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie tijdens zijn aansluiting, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

2° voor de periode van 23 maanden die voorafgaat.

Wanneer de persoon zich voor de eerste keer aansluit als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds minder dan 23 maanden voor de maand van de gebeurtenis bedoeld in 1°, moet hij er in regel geweest zijn met zijn bijdragen voor de betreffende diensten, gedurende de ganse aansluitingsperiode die voorafgaat aan de gebeurtenis bedoeld onder 1°.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het huidig punt 2, de persoon :

1. ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, moet hij, om te kunnen genieten van het voordeel in kwestie, in regel zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie, in elk ziekenfonds voor de maanden waarin hij erbij was aangesloten als gerechtige gedurende deze periode;
2. gedurende een of meerdere maanden niet was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, wordt die periode gelijkgesteld:

i° aan een periode waarvoor de persoon in regel was met zijn bijdragen wanneer deze :

a) geen lid is waarvan de mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven is en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, lid 5, niet heeft beëindigd;

b) zich bevindt in een van de volgende situaties :

- het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden;

- het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

ii° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in b, i.

In de berekening van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2, worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Het lid dat gedurende een deel van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2 als persoon ten laste was aangesloten en dat in regel is met de bijdragen sedert hij zelf gedurende deze referentieperiode gerechtigde is, wordt verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze ganse referentieperiode en, tot bewijs van het tegendeel, voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

§ 3 Het lid van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is geschorst

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, geschorst.

Voor de toepassing van het vorig lid :

1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden;

2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

 Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld :

1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze :

a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, vijfde lid, niet heeft beëindigd;

b) zich bevindt in een van de volgende situaties:

- het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;

- het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering na betaling van alle verschuldigde bijdragen voor de betrokken periode van 23 maanden en voor de maand waarin de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden.

§ 4 Het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven :

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven.

Voor de toepassing van het vorig lid :

1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden.

2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld:

1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:

a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, niet heeft beëindigd;

b) zich bevindt in een van de volgende situaties:

1° het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;

2° het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 na een opeenvolgde periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten.

De periode van 24 maanden bedoeld in het vorig lid wordt opgeschort :

1° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;

2° gedurende de periode tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

Wanneer een lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, gedurende de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de 24 maanden geteld vanaf de eerste dag van de maand waarvoor de bijdragen voor die diensten van het ziekenfonds waarbij hij tijdens die periode eerst was aangesloten, betaald werden.

In geval van onderbreking van de aansluiting als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds na het begin van de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, schort de onderbrekingsperiode deze periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen betaald moeten worden zonder enig voordeel van de diensten van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, op; deze opschorting kan evenwel niet meer bedragen dan vijf jaar.

Geen enkele persoon kan vóór 1 januari 2022 de hoedanigheid verwerven van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten is opgeheven.

In voorkomend geval behoudt de persoon tijdens de periode die loopt van de 25e maand van niet-betaling van de bijdragen tot 31 december 2021 de hoedanigheid van lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van een voordeel van de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 is geschorst, zoals bepaald in artikel 2ter van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

De bijdragen over de periode bedoeld in het tweede lid worden toegevoegd aan de bijdragen bedoeld in artikel 2ter, tweede lid van het koninklijk besluit van 7 maart 1991, onverminderd de uitzonderingen bedoeld in het derde en het vierde lid van dit artikel 2ter. Voor de toepassing van deze uitzonderingen moet in voorkomend geval ook de periode bedoeld in het tweede lid in aanmerking worden genomen.

In afwijking van artikel 2bis, § 1, eerste lid van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 moet men derhalve, om te kunnen genieten van een voordeel van de betreffende diensten voor een gebeurtenis die zich voordoet in 2021, in regel zijn met de bijdragen voor de periode van 1 januari 2019 tot en met de maand tijdens dewelke deze gebeurtenis zich heeft voorgedaan.

artikel 8

TERUGBETALING VAN TEN ONRECHTE ONTVANGEN VOORDELEN VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

De vordering tot terugbetaling van de waarde van de ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen in het kader van de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Deze verjaring geldt niet ingeval het ten onrechte verlenen van financiële tegemoetkomingen en uitkeringen het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar welke ingaat na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Hoofdstuk III - Organen van het ziekenfonds

Afdeling 1 - De Algemene Vergadering

Samenstelling

artikel 9. De Algemene Vergadering is samengesteld door afgevaardigden, verkozen in iedere kiesomschrijving.

Per kiesomschrijving geldt één afgevaardigde per 1000 titularissen zoals bepaald bij artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 met een minimum van 20 afgevaardigden voor alle kiesomschrijvingen samen.

De afgevaardigden worden verkozen door de leden en door hun personen ten laste, meerderjarig of ontvoogd die in België wonen***,*** voor een periode van maximum6 jaar die hernieuwbaar is.

Omschrijvingen

Artikel 10. Met het oog op de verkiezing van de afgevaardigden voor de Algemene Vergadering is het ziekenfonds ingedeeld in twee kiesomschrijvingen :

1. de eerste bekleed het territorium van het Brussels hoofdstedelijk en Vlaams gewest ;
2. de tweede bekleed het territorium van het Waals gewest.

Alle leden en hun personen ten laste die vallen onder de kiesomschrijvingen op basis van hun woonplaats maken deel uit van deze kiesomschrijvingen.

Artikel 11. Binnen elke kiesomschrijving verkiezen de leden en hun personen ten laste die stemgerechtigd zijn het aantal vertegenwoordigers in verhouding tot het ledenaantal van deze kiesomschrijving volgens de quota's van artikel 9, alinea 2.

Voorwaarden van stemrecht en verkiesbaarheid.

artikel 12. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering :

a) moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste hebben van een lid ervan;

b) moet men meerderjarig of ontvoogd zijn;

c) moet men in orde zijn met de bijdragen;

d) indien het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is in orde zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds.

e) er mag enkel gebruik gemaakt worden van het stemrecht binnen de kiesomschrijving waarbij de aangeslotene behoort in functie van zijn woonplaats.

Om verkozen te kunnen worden en afgevaardigde voor de Algemene Vergadering te blijven moeten de leden of hun personen ten laste :

a) lid zijn van het ziekenfonds en kunnen genieten van de voordelen van deze diensten, of de hoedanigheid hebben van persoon ten laste van een lid dat kan genieten van de voordelen van deze diensten;

b) meerderjarig of ontvoogd zijn, van goed zedelijk gedrag zijn en niet beroofd zijn van zijn burgerlijke rechten;

c) geen betaalde betrekking hebben bij een ziekenfonds;

d***)*** niet ontslagen als personeelslid van het ziekenfonds.

Verkiezingsprocedure

artikel 13. De leden en hun meerderjarige of ontvoogde personen ten laste worden ingelicht via de website van het ziekenfonds en hetzij via e-mail, of in de publicaties beschikbaar in alle agentschappen van het ziekenfonds of in de folders voor de leden die op een goed zichtbare plaats ter beschikking zijn van de leden :

1) de oproep tot kandidaturen, voldoende gemotiveerd en de wijze van kandidaatstelling;

2) de uiterste datum van indiening van de kandidaturen;

3) het aantal toe te kennen mandaten in elke kiesomschrijving wordt bepaald door de vastgestelde quota in artikel 9, alinea 2.

4) de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

Deze oproep tot kandidaatstelling vindt plaats ten laatste op 31 oktober van het jaar dat voorafgaat aan de mutualistische verkiezingen.

artikel 14. De kandidaturen moeten worden gericht aan de Voorzitter van het ziekenfonds per aangetekend schrijven ten laatste op 30 november van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de mutualistische verkiezingen.

De Voorzitter die vaststelt dat de kandidaat niet beantwoordt aan de bij artikel 12 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidvoorwaarden deelt de betrokken kandidaat per aangetekend schrijven ten laatste op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan de verkiezingen zijn gemotiveerde weigering mee om hem op de lijst te plaatsen.

De kandidaat die de weigering betwist kan er de Controledienst voor de Ziekenfondsen over inlichten in overeenstemming met artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

Alle geschillen voortkomend uit de betwisting van de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen kunnen aan de Controledienst voor de ziekenfondsen worden voorgelegd.

Een dergelijke klacht moet binnen de tien werkdagen volgend op de datum waarop deze weigering aan de betrokken kandidaat is meegedeeld, bij aangetekend schrijven worden betekend.

De Controledienst voor de ziekenfondsen beschikt over dertig kalenderdagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken partijen.

De Controledienst voor de ziekenfondsen behoudt zich het recht voor de partijen op te roepen om ze te horen in hun verdedigingsmiddelen.

De betrokken partijen kunnen eveneens vragen om door de Controledienst te worden gehoord.

artikel 15. Er wordt een lijst opgemaakt van effectieve kandidaten waarbij rekening wordt gehouden met de beslissingen van de Controledienst omtrent de klachten ingediend ingevolge een weigering van kandidatuur door de voorzitter. Deze lijst wordt meegedeeld aan de leden en aan de stemgerechtigden via de publicaties bestemd voor de aangesloten leden van het ziekenfonds ten laatste op 28 februari van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen plaatsvinden. De raad van bestuur van het ziekenfonds bepaalt de volgorde waarin de kandidaten op de lijst voorkomen. Indien het aantal geldig ingediende kandidaturen hoger is dan het aantal toe te kennen mandaten wordt de volgorde van de kandidaten alfabetisch gerangschikt. Bovenaan de lijst stemmen zal niet van toepassing zijn.

artikel 16. De oproeping tot stemming op basis van de definitieve lijsten van kandidaten en de datum van de verkiezing worden aan de leden en aan de stemgerechtigden meegedeeld via het kanaal van de publicaties bestemd voor de aangesloten leden van het ziekenfonds, ten laatste op 15 maart van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen plaatsvinden.

De verkiezingen vinden plaats ten vroegste 8 kalenderdagen na het uitvaardigen van de oproepingen tot stemming.

Kiesbureaus

artikel 17. De organisatie van en de controle op de verkiezingen worden toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een Voorzitter, een Secretaris en twee bijzitters. Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen voor de aanvang van de verkiezingen.

De Voorzitter en de bijzitters van het kiesbureau worden aangesteld door de Raad van Bestuur.

De Secretaris wordt aangewezen door de voorzitter uit de personeelsleden van het ziekenfonds. De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau.

Het kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatig verloop van de verkiezingen te verzekeren.

De Voorzitter duidt bovendien een Secretaris aan uit de personeelsleden van het ziekenfonds ten einde de verkiezingsprocedures in het kiesbureau te controleren.

Opstelling van de kieslijsten

artikel 18. De kieslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. De inschrijving op deze lijsten ~~vermelden~~ gebeurt op systematische wijze door het ziekenfonds met inachtneming van de bepalingen van artikel 10 van onderhavige statuten en met vermelding van de naam, de voornamen, de lidnummers en adres van iedere kiezer.

De kiezerslijsten worden definitief afgesloten op het einde van het kwartaal dat het kwartaal voorafgaat waarin de verkiezingsprocedure start.

De Stemming

artikel 19. De stemming is vrij. De stemming gebeurt per brief.

Ten minste tien dagen vóór het begin van de verkiezingsperiode stuurt de Voorzitter van het kiesbureau naar alle leden en de personen te hunnen laste, met stemrecht, een stembiljet met instructies voor de kiezers.

De achterzijde van het stembiljet zal ook dienst doen als enveloppe. Op deze voorbedrukte enveloppe worden de volgende gegevens vermeld: “Mutualistische verkiezingen - ter attentie van de Voorzitter van het kiesbureau van het ziekenfonds".

Het genummerde stembiljet en de enveloppe zitten in een tweede gesloten enveloppe, die aan de kiezer is geadresseerd.

Zodra de kiezer zijn stem heeft uitgebracht moet hij de enveloppe die aan de Voorzitter van het kiesbureau is geadresseerd, sluiten, dichtkleven en de voorziene gegevens invullen.

De enveloppe moet per post verstuurd worden naar het hoofdzetel van het ziekenfonds vóór de datum die op het stembiljet staat vermeld.

Stembiljetten die na deze datum aankomen, zullen als ongeldig worden beschouwd. De lijsten die door het kiesbureau worden opgesteld, zullen gelden als bewijs voor de ontvangst van de stembiljetten door het ziekenfonds.

artikel 20. De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand, voor zover er aan de door de Controledienst voor de ziekenfondsen vastgestelde voorwaarden is tegemoetgekomen. Iedere kiezer mag slechts één stem uitbrengen. Behalve bij een elektronische stemming, kan een stemgerechtigde volmacht voor zijn stem geven aan een andere stemgerechtigde. De naamstem wordt uitgebracht in het vak achter de naam en voornaam van de kandidaat voor wie de kiezer wenst te stemmen.

Indien de volgorde van de kandidaten die voorkomen op de lijst werd bepaald door de Raad van Bestuur, overeenkomstig artikel 15 en indien de kiezer akkoord gaat met de volgorde waarin de kandidaten op de lijst voorkomen, kan hij zijn stem uitbrengen in het stemvak bovenaan op die lijst.

Telling van de stemmen

artikel 21. Het stembureau gaat over tot de telling van de stemmen binnen de zeven werkdagen na de verkiezingsperiode.

De vertegenwoordigers zijn verkozen volgens het aantal behaalde stemmen.

De uitgebrachte lijststemmen worden verdeeld onder de kandidaten in volgorde van hun rangschikking op de lijst met het oog op het bereiken van het vereiste quorum. Het vereiste quorum wordt bereikt door het aantal geldige stemmen te delen door het aantal voorziene mandaten in de kiesomschrijving.

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat is de volgorde van de lijst beslissend.

Zijn ongeldig :

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer werden overhandigd;

- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht;

- stembiljetten waarop geen stem werd uitgebracht;

- stembiljetten die de identificatie van de kiezer mogelijk maken.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen met vermelding van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze waarop de identiteit van de kiezers werd gecontroleerd en de uitslag van de stemming.

Vrijstelling overgaan tot een stemming

artikel 22. Er wordt overgegaan tot een stemming in een kiesomschrijving indien het aantal kandidaten binnen de kiesomschrijving groter is dan het aantal te begeven mandaten in die kiesomschrijving.

De kandidaten in een kiesomschrijving die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen worden automatisch verkozen indien het aantal kandidaten binnen deze kiesomschrijving gelijk is aan of kleiner dan het aantal effectief te begeven mandaten voor die kiesomschrijving.

artikel 23. De resultaten van de verkiezing worden meegedeeld via dezelfde kanalen als bepaald in artikel 13, ten laatste vijftien kalenderdagen na de stemming, of na vaststelling dat er niet moet worden overgegaan tot een stemming vermits het aantal kandidaten,in elk van de kiesomschrijvingen en dus voor het ziekenfonds in zijn geheel beschouwd, kleiner is dan of gelijk aan het aantal effectief te begeven mandaten.

De kandidaat die de uitslag betwist, kan er de controledienst van de ziekenfondsen over inlichten in overeenstemming met artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

artikel 24. Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties bedoeld bij de artikel 13, 16 en 23 van deze statuten, alsmede de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de verkiezingsprocedure worden overgemaakt aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, evenals aan de Controledienst, binnen de dertig dagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

artikel 25. De nieuwe algemene vergadering wordt bijeengeroepen ten laatste op 30 juni van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen hebben plaatsgevonden.

Ze kan maximum vijf raadgevers bij de Algemene Vergadering verkiezen. Deze hebben een raadgevende stem.

De volgende personen kunnen de algemene vergadering bijwonen met raadgevende stem:

- de personen die in het ziekenfonds hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur, hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen;

- een persoon aangesteld door de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten om de Landsbond te vertegenwoordigen in de algemene vergadering van dit ziekenfonds.

Er wordt overgegaan tot verkiezing van plaatsvervangers als is voldaan aan volgende voorwaarden:

- het aantal kandidaatstellingen is groter dan het aantal te begeven mandaten, ongeacht of de statuten al dan niet voorzien in een kiesomschrijving voor de stemming;

- de kandidaten voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden en zijn niet verkozen als effectieve vertegenwoordiger.

Er is geen stemming aangezien de lijst met plaatsvervangers wordt opgemaakt in functie van het aantal stemmen dat deze personen hebben behaald bij de mutualistische verkiezingen.

De directieleden van het ziekenfonds mogen de Algemene Vergadering bijwonen met raadgevende stem.

Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

artikel 26. De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de aangelegenheden bedoeld bij artikel 15 van de wet van 6 augustus 1990 en volgens de modaliteiten vastgesteld in de artikelen 16, 17 en 18 van dezelfde wet.

1° statutaire wijzigingen;

2° de verkiezing of afzetting van de bestuurders;

3° de goedkeuring van de begrotingen en de jaarrekeningen;

4° de aanstelling van één of meerdere bedrijfsrevisoren;

5° de samenwerking met de publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen bedoeld in artikel 43;

5bis° de inrichting en de groepering van diensten in een door artikel 43bis bedoelde maatschappij van onderlinge bijstand;

6° de fusie met een ander ziekenfonds;

7° de aansluiting bij een Landsbond;

8° de mutatie naar een andere Landsbond;

9° de ontbinding van het ziekenfonds (en de handelingen betreffende de vereffening van het ziekenfonds);

10° de toekenning van presentiegelden of de terugbetaling van kosten aan de bestuurders en aan de leden van de algemene vergadering;

11° de samenwerking met derden zoals bedoeld in artikel 43 van de wet, behalve voor samenwerkingsvormen die zijn vastgesteld door de Controledienst voor de ziekenfondsen, na advies van het Technisch Comité zoals bedoeld in artikel 54 van de wet.

Elk lid van de Algemene Vergadering mag zich laten vertegenwoordigen door een ander lid van de Algemene Vergadering. Een lid van de Algemene Vergadering mag evenwel slechts één volmacht bezitten.

De beslissingen van de Algemene Vergadering zijn geldig indien ten minste de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is, en worden genomen met een gewone meerderheid van de uitgebrachte stemmen, tenzij anders bepaald door de wet of de statuten.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet wordt bereikt, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen. Alleen de punten die reeds op de agenda van de eerste vergadering stonden, kunnen in de agenda van deze vergadering worden opgenomen. De beslissingen van deze tweede Algemene Vergadering zijn rechtsgeldig, ongeacht het aantal aanwezige leden.

Voor volgende beslissingen:

 - Statutaire wijzigingen ;

 - Ontslag of afzetting van leden van de Raad van Bestuur en leden van het Vast Comité ;

 - Fusie met een ander Ziekenfons ;

 - Aansluiting bij een Landsbond ;

 - Ontbinding van het Ziekenfonds;

het aanwezigheidsquorum en de meerderheid, zoals voorzien door de bepalingen van artikels 10, tweede lid, 18 § 1, 19, tweede lid van de wet van 6 augustus 1990, zijn zowel vereist zowel op niveau van alle leden van de Algemene Vergadering, als afzonderlijk voor de leden afkomstig uit de twee kiesomschrijvingen bepaald in artikel 10.

De volgende documenten moeten worden overgemaakt aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, ten laatste één maand na de goedkeuring ervan :

* de verslagen of de notulen van de vergaderingen van de algemene vergadering;
* de begroting en de jaarrekeningen van de aanvullende verzekering (met inbegrip van het verslag van de bedrijfsrevisoren over de jaarrekeningen).

Alle schriftelijke communicatie tussen het ziekenfonds en de CDZ moet overigens ook worden bezorgd aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Deze Landsbond heeft daarnaast van rechtswege, op eenvoudig verzoek en zonder verplaatsing, toegang tot de documenten van de algemene vergadering van het ziekenfonds.

De Algemene Vergadering kan haar bevoegdheid om te beslissen over de aanpassingen van de bijdragen aan de Raad van Bestuur overdragen. De overdracht is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

Afdeling 2 - Verkiezing van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering van de Landsbond

artikel 27. De afvaardiging van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de Lansbond bedraagt 1 afgevaardigde per begonnen schijf van 4500leden met een minimumvan 2 en een maximum van 20.

artikel 28. De afgevaardigden en hun vervangers worden verkozen door de Algemene Vergadering. De oproep tot kandidaten wordt vermeld op de uitnodiging van de Algemene Vergadering die beraadslaagt omtrent deze verkiezing. Kandidaturen moeten per aangetekend schrijven gericht worden aan de Voorzitter van het ziekenfonds en dit ten laatste 8 kalenderdagen voor de datum van betrokken Algemene Vergadering.

De Raad van Bestuur mag een kandidatenlijst voorstellen.

artikel 29. De stemming is geheim. Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal behaalde stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste voorziene mandaat is de volgorde van de lijst beslissend.

Indien het aanwezigheidsquorum niet wordt bereikt op door de Algemene Vergadering vastgestelde datum, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen die rechtsgeldig zal beraadslagen, ongeacht het aantal aanwezige leden.

Afdeling 3 - Raad van Bestuur

artikel 30. De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit minimum 10 leden en een maximum aantal bestuurders dat de helft van het aantal vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering niet mag overschrijden. Eventuele onafhankelijke bestuurders die zijn verkozen worden niet meegerekend. Ten minste drie mandaten worden waargenomen door personen van het vrouwelijk geslacht en ten minste drie mandaten worden waargenomen door personen van het mannelijk geslacht. Ten hoogste één derdevan de mandaten mag zijn opgenomen door wie bezoldigd is door het ziekenfonds of de Landsbond.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men :

a) meerderjarig zijn, van goed zedelijk gedrag zijn en niet beroofd zijn van zijn burgerlijke rechten;

b) sedert tenminste twee jaar aangesloten zijn bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds voor de verkiezingsdatum en in orde zijn met de bijdragen;

Men moet evenwel geen deel uitmaken van de Algemene Vergadering.

Er is onverenigbaarheid tussen enerzijds het uitoefenen van een functie in het ziekenfonds en in een landsbond, waarbij de persoon die de functie bekleedt hetzij belast is met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur, hetzij een leidinggevende functie bekleedt, en anderzijds een gelijkaardige functie in een medisch-sociale instelling waarin een gedeelte of het geheel der prestaties het voorwerp zijn van een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De Controledienst heeft dergelijke functie nader bepaald.

Het mandaat van lid van de Raad van Bestuur is eervol, presentiegelden of terugbetaling van de onkosten kunnen eventueel voorzien zijn.

artikel 31. De leden van de Raad van Bestuur worden verkozen door de leden van de Algemene Vergadering voor een termijn van maximaal zes jaar, overeenkomstig de bepalingen voorzien bij artikel 18 van de wet van 6 augustus 1990 en na kennisneming van de in voorkomend geval met redenen omklede kandidaatstelling..

De kandidaturen worden bij aangetekend schrijven gericht aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur, hetzij bij spontane kandidaatstelling, hetzij na een oproep tot kandidaatstelling vanwege het ziekenfonds. De Voorzitter stelt een lijst op van de geldige kandidaturen.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal voorziene mandaten is er een stemming. Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over een stem. De kandidaten met het grootste aantal stemmen zijn verkozen. Alle leden van de Algemene Vergadering die over een stem beschikken, mogen stemmen voor net zo veel kandidaten als er mandaten te begeven zijn.

De stemming kan elektronisch gebeuren, ter plaatse of op afstand, voor zover er aan de door de Controledienst voor de ziekenfondsen vastgestelde voorwaarden is voldaan.

Zonder afbreuk te doen aan de rechten van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor een ander mandaat dan mandaat van onafhankelijke bestuurder, kan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds zijn eigen lijst met kandidaten voorleggen aan de Algemene Vergadering. Al de kandidaturen ( zowel die, spontaan ingediend door een lid van de Algemene Vergadering als deze voorgesteld door de Raad van Bestuur) moeten worden opgenomen in een enkele lijst.

Als het aantal kandidaten gelijk is aan het aantal voorziene mandaten zijn de kandidaten automatisch verkozen.

Plaatsvervangende bestuurders kunnen onder dezelfde voorwaarden verkozen worden. Zij komen in aanmerking om, tot de verkiezing van een vervanger, een mandaat waar te nemen van een overleden of ontslagnemende bestuurder.

De Raad van Bestuur kan maximum vijf raadgevers verkiezen. Ze hebben een raadgevende stem.

De volgende personen kunnen de raad van bestuur bijwonen met raadgevende stem:

- de personen die in het ziekenfonds hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur, hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen;

- een persoon aangesteld door de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten om de Landsbond te vertegenwoordigen in de raad van bestuur van dit ziekenfonds.

Bij verlet mag een bestuurder mandaat geven aan een andere bestuurder. Niemand mag echter meer dan één volmacht krijgen.

De raad van bestuur van een ziekenfonds kan één of meerdere onafhankelijke bestuurders tellen.

Een "onafhankelijke bestuurder" voldoet en blijft voldoen aan volgende cumulatieve voorwaarden:

a) Hij is een bestuurder bevoegd in het domein van de gezondheid en/of op financieel en/of actuarieel vlak;

b) Hij is geen personeelslid van het ziekenfonds, van de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, van een MOB zoals bedoeld in artikel 43bis, § 1 van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten, noch van een MOB zoals bedoeld in artikel 70, § 1, eerste lid, b) van deze wet, die aangesloten is bij het ziekenfond, of van een VMOB bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6 van deze wet, waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waarvan het een afdeling uitmaakt;

c) Hij oefent geen mandaat uit als lid van de algemene vergadering van het ziekenfonds, van de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, van een MOB zoals bedoeld in artikel 43bis, § 1 van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten, of van een MOB zoals bedoeld in artikel 70, § 1, eerste lid, b) van deze wet, die aangesloten is bij het ziekenfonds, of een VMOB zoals bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6, van deze wet, waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waarvan het een afdeling uitmaakt;

d) Hij oefent geen mandaat uit als bestuurder bij de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, of van een medisch-sociale instelling zoals bedoeld in artikel 20, § 3 van de wet van 6 augustus 1990, of van een natuurlijk of een rechtspersoon waarmee de entiteit bedoeld onder b) samenwerkt in toepassing van artikel 43 van deze wet;

e) Hij oefent geen mandaat uit als onafhankelijke bestuurder bij de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, noch het mandaat van onafhankelijk bestuurder zoals bedoeld in artikel 7:87 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen in een VMOB zoals bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6 van de wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waarvan een aangesloten ziekenfonds een afdeling uitmaakt;

f) Hij bevindt zich niet in een hieronder vermelde situatie van belangenconflict:

o een belangrijk voordeel van vermogensrechtelijke aard ontvangen hebben van een entiteit, een rechtspersoon of een natuurlijke persoon bedoeld onder b) tot en met e);

o een significante zakelijke relatie, in de zin van artikel 15, 94° van de voornoemde wet van 13 maart 2016, hebben, of gehad hebben met een entiteit, een rechtspersoon of een natuurlijke persoon bedoeld onder b) tot en met e);

o echtgenoot, wettelijk samenwonende partner, of bloed- of aanverwant tot de tweede graad zijn van een persoon die zich in een toestand bevindt bedoeld onder één van de twee voornoemde belangenconflicten.

Het mandaat van onafhankelijke bestuurder kan worden vernieuwd bij de volgende mutualistische verkiezingen.

artikel 32. De vervanging van de overleden of ontslagnemende bestuurders vindt plaats op de volgende Algemene Vergadering voor zover er geen plaatsvervangende bestuurder voorhanden is. De aldus verkozen bestuurder voltooit het mandaat van de persoon die hij vervangt.

Het ontslag, de afzetting, de uitsluiting uit het ziekenfonds of het overlijden alsmede het verlies van de hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds tot gevolg voor zover dit lid was verkozen precies op grond van deze hoedanigheid.

Wordt na gehoord te zijn door de Algemene Vergadering indien ten minste twee derde van de leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn en er een meerderheid bestaat van 2/3 van de uitgebrachte stemmen is afgezet en beschouwd als ontslagnemend, de bestuurder :

* die vijf opeenvolgende keren afwezig is zonder geldige reden;
* die weigert om zich aan de regels en voorschriften van het ziekenfonds te houden;
* die handelingen verricht die schade kunnen berokkenen aan de belangen van het ziekenfonds of zijn organen.

- De afzetting van een Bestuurder dient te gebeuren zoals voorgeschreven door het Koninklijk Besluit van 13 juni 2010 tot uitvoering van artikel 19, vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

artikel 33. De Raad van Bestuur is belast met het dagelijks bestuur en met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering. Hij vergadert minstens 2 maal per jaar. De Raad van Bestuur kan alleen geldig beraadslagen als minstens de helft van de leden aanwezig is.

De beslissingen worden genomen bij meerderheid van de uitgebrachte stemmen. Bij staking van stemming is de stem van de Voorzitter van de vergadering beslissend.

 De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, bijzondere opdrachten of een deel van zijn bevoegdheden overdragen aan de Voorzitter of aan één of meerdere bestuurders of aan het Vast Comité verkozen door de Raad van Bestuur onder haar leden of aan het directiecomité en / of aan de directeur-generaal indien deze de hoedanigheid bezitten van een rechtmatig verkozen bestuurder.

De verslagen of notulen van de vergaderingen van de raad van bestuur moeten worden overgemaakt aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, ten laatste één maand na de goedkeuring ervan.

Deze Landsbond heeft daarnaast van rechtswege, op eenvoudig verzoek en zonder verplaatsing, toegang tot de documenten van de raad van bestuur van het ziekenfonds.

De raad van bestuur brengt minstens één maal per jaar verslag uit aan de algemene vergadering over de samenwerking met derden, ongeacht de aard hiervan. In voorkomend geval vermeldt dit verslag ook de wijze van aanwending van de financiële middelen die door het ziekenfonds werden verstrekt voor deze samenwerking.

Het verslag moet verder vermelden of de samenwerking entiteiten betreft die aan het ziekenfonds of aan de Landsbond zijn gelinkt indien dit het geval is, en de aard vermelden van de bestaande banden tussen de mutualistische entiteit en de derde.

Dit verslag en de notulen van de algemene vergadering die er betrekking op hebben, moeten bovendien aan de CDZ worden meegedeeld binnen de door deze laatste vastgestelde termijn.

De bedrijfsrevisor brengt met name verslag uit aan de algemene vergadering en aan de Controledienst over de conformiteit, de juistheid en de volledigheid van het verslag van de raad van bestuur van het ziekenfonds aan zijn algemene vergadering, en dit volgens de modaliteiten vastgesteld door de CDZ.

artikel 34. De Raad van Bestuur kiest uit haar midden een Voorzitter en heeft beslist om onder zijn verantwoordelijkheid een Vast Comité te verkiezen dat uit minstens zes en hoogstens acht bestuurders bestaat, waaronder ook de Voorzitter en de Directeur-Generaal indien deze de hoedanigheid heeft van regelmatig verkozen bestuurder. De leden van het vast comité worden verkozen voor een termijn van maximum zes jaar. Hun mandaat is hernieuwbaar.

Kandidaturen moeten ten minste zes werkdagen voor de datum van de Raad van Bestuur per aangetekend schrijven aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur worden gericht. De Voorzitter stelt een lijst op met de geldige kandidaturen.

Indien het aantal kandidaten groter is dan het aantal voorziene mandaten volgt er een stemming. Elk lid van de Raad van Bestuur beschikt over een stem en kan stemmen voor net zo veel kandidaten als er mandaten te begeven zijn.

De verkiezingen vinden plaats in twee rondes.

* Eerste ronde: de acht kandidaten met de meeste stemmen gaan door.
* Tweede ronde: alleen de weerhouden kandidaten die een absolute meerderheid van de stemmen behalen, worden verkozen.

Indien er na de tweede ronde minder kandidaten zijn dan het minimum aantal mandaten dat moet worden ingevuld, kan de Raad van Bestuur beslissen om voor haar volgende vergadering een oproep tot kandidaatstelling te doen voor de niet-ingevulde mandaten.

Een derde van de zetels moet voorbehouden worden aan personen van het minst vertegenwoordigde geslacht.

Indien een bestuurder zijn mandaat als bestuurder verliest, wordt ook zijn mandaat als lid van het Vast Comité beëindigd.

Overleden of ontslagnemende leden van het vast comité worden vervangen op de volgende Raad van Bestuur indien het minimumquotum van 6 leden niet meer zou worden bereikt. Het aldus verkozen lid van het Comité voltooit het mandaat van de persoon die hij vervangt.

artikel 35.

De Raad van Bestuur stelt in de schoot van het Vast Comité één of twee Ondervoorzitter(s), een Secretaris en een Penningmeester aan. De Voorzitter verzekert de uitvoering van de statuten en van de speciale reglementen en heeft er het toezicht over. Hij is belast met de leiding van de Algemene Vergaderingen, ondertekent alle nota's, beslissingen of beraadslagingen. Samen of individueel vertegenwoordigen de Voorzitter en de Directeur-Generaal het Ziekenfonds, met inbegrip van al zijn betrekkingen met de overheid.

Zij vervullen alle vereiste handelingen. Zij doen hiervoor alles wat nodig en nuttig is.

Hij geeft de opdrachten voor de vergaderingen van de Raad van Bestuur en de oproepingen voor de Algemene Vergaderingen.

De Voorzitter is bovendien belast met het vervullen van de nodige formaliteiten bij de Regie der Posterijen voor het opvragen van de documenten die bestemd zijn voor het ziekenfonds. Hiervoor kan hij ook zijn volmacht geven aan ieder ander lid van de Raad van Bestuur of administratief personeelslid van het ziekenfonds.

De Ondervoorzitter vervangt eventueel de Voorzitter in geval van afwezigheid of belet; hij staat de voorzitter bij in al zijn functies.

Jaarlijks brengt het Vast Comité verslag uit aan de Raad van Bestuur over de activiteiten van het afgelopen jaar.

De Voorzitter, de Ondervoorzitter en de Directeur-Generaal, indien deze de hoedanigheid van rechtmatig verkozen bestuurder bezit, vormen het Directiecomité.

De Directeur-Generaal wordt de algehele verantwoordelijkheid van het dagelijks beheer toegewezen en doet de noodzakelijke geschriften, ondertekend de briefwisseling en medeondertekend de betalingsmandaten. Hij is verantwoordelijk voor het bijhouden van het archief. Hij beheert verder ook de algemene directie van het secretariaat en de diensten. Hij stelt een begroting op voor het volgende jaar en stelt een jaarverslag op. Deze worden ter goedkeuring voorgelegd aan de Raden van Bestuur van het ziekenfonds en de Landsbond.

Hij legt voor het dagelijks beheer verantwoording af aan het Directiecomité, het Vast Comité en de Raad van Bestuur.

Binnen het Vast en Directiecomité worden de beslissingen genomen bij eenvoudige meerderheid van stemmen van de aanwezigen.

De verslagen of notulen van de vergaderingen van het vast comité en van het directiecomité moeten worden overgemaakt aan de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, ten laatste één maand na de goedkeuring ervan.

Deze Landsbond heeft daarnaast van rechtswege, op eenvoudig verzoek en zonder verplaatsing, toegang tot de documenten van de comités ingericht in het ziekenfonds.

artikel 36. De secretaris verricht al het nodige schrijfwerk, hij tekent de briefwisseling, hij stelt de processen-verbaal op van de vergaderingen en ondertekent ze. Hij ondertekent mee de betalingsmandaten. Hij is belast met de bewaring van de archieven.

Bij uitzondering van de ondertekening van de processen-verbaal kunnen deze taken door de Raad van Bestuur worden toevertrouwd aan de Directeur-Generaal indien deze de hoedanigheid van rechtmatig verkozen bestuurder bezit.

artikel 37. De Schatbewaarder is verantwoordelijk tegenover de Raad van Bestuur voor al de geldverhandelingen van het ziekenfonds, het bijhouden van alle boekhoudkundige stukken voorgeschreven door de reglementering, het opmaken van statistieken, alsmede van de financiële toestand.

Op iedere Algemene Vergadering brengt hij verslag uit over de financiële toestand.

De Schatbewaarder wordt bijgestaan door de Financieel Directeur en bij afwezigheid door de verantwoordelijke van de dienst financiën.

Hoofdstuk IV - Diensten van het ziekenfonds - Gegarandeerde voordelen, aansluitingsvoorwaarden, bijdragen.

artikel 38. Het ziekenfonds organiseert voor haar leden en hun personen ten laste de onder artikel 2, b), eerste alinea van deze statuten voorziene diensten, volgens de hierna vastgestelde modaliteiten.

Onverminderd de toepassing van artikel 7 van de onderhavige statuten kunnen de leden en hun personen ten laste volgens artikel 3bis van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen ten vroegste genieten van de voordelen van de diensten vanaf de aanvangsdatum van hun lidmaatschap. De mogelijkheid om van deze voordelen te genieten is afhankelijk van de beschikbare middelen.

In het algemeen geldt dat wanneer er een tegemoetkoming bestaat door een overheidsinstantie op basis van een wetsbepaling of regelgeving in het kader van de verplichte verzekering, deze in mindering wordt gebracht van wat er op basis van de onderhavige statuten wordt toegekend voor deze dienst. De tussenkomst door het ziekenfonds kan nooit hoger zijn dan het bedrag betaald door de rechthebbende.

De leden verbinden zich ertoe een bijdrage te betalen die is verschuldigd per mutualistisch gezin. Het bedrag van deze bijdrage is vastgesteld volgens de tabel in bijlage aan deze statuten.

De geboden waarborg is in principe gelijk voor elke aangeslotene. Sommige diensten zijn evenwel specifiek bestemd voor een welbepaalde doelgroep. Overeenkomstig artikel 67, eerste lid, g) van de wet van 26 april 2010, zal in geval van toekenning van een tussenkomst in de verplichte verzekering het totale bedrag van de tussenkomst nooit lager zijn voor de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, eerste lid, 2 of 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dan het bedrag toegekend aan andere leden.

Artikel 39. De bijdragen zijn verschuldigd per maand. Indien een lid bijdragen heeft betaald voor een periode waarin hij niet langer is aangesloten bij de diensten van het ziekenfonds, worden de te veel betaalde bijdragen terugbetaald binnen de drie maanden na het einde van de aansluiting.

Artikel 40. De vordering tot betaling van de verstrekkingen voorzien in dit hoofdstuk verjaart overeenkomstig de bepalingen van artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990.

Het ziekenfonds kan geen afstand doen van verjaring.

Diensten van de aanvullende verzekering

artikel 41 - Vervoer.

Het ziekenfonds organiseert een dienst voor ziekenvervoer, ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de zin van artikel 7§2, met het oog op een tussenkomst in de kosten voor ziekenvervoer :

- van en naar het ziekenhuis, de kliniek, of het moederhuis, binnen de volgende beperkingen en volgens de hierna bepaalde voorwaarden;

1. Per taxi of via een dienst van vervoer door vrijwilligers:

Mits voorlegging van een bewijsstuk van de taxikosten of de factuur van de vervoerder met vermelding van de afgelegde kilometers, kent het ziekenfonds een tussenkomst toe van € 0,25 per kilometer in de kosten voor ziekenvervoer per taxi of via een dienst van vervoer door vrijwilligers (bestuurders die onbezoldigd en zonder er profijt uit te halen een vervoer uitvoeren). Bij het ontbreken van de afgelegde kilometers zal er rekening gehouden worden met de kortste route berekend vanaf de woonplaats van de rechthebbende via een internet-platform (Google Maps). De tussenkomst is beperkt tot € 30,00 per rit heen en terug en mag in geen geval hoger zijn dan de werkelijke transportkosten. Per kalenderjaar geldt een maximale terugbetaling van € 200,00 per rechthebbende.

De dienst geldt voor het vervoer van een tussenkomst van een arts-specialist:

* naar een ziekenhuisinstelling;
* naar een zorgcentrum erkend door het RIZIV;
* naar het kabinet van diearts-specialist.

mits voorlegging van een bewijsstuk ter staving van aanwezigheid.

De zieke dient tijdens elke rit in het voertuig zelf aanwezig te zijn.

De tussenkomst gebeurt na aftrek van elke wettelijke tussenkomst in het kader van de verplichte verzekering of een andere regelgeving.

2. Per ziekenwagen

2.1. Dringend ziekenvervoer

Op voorlegging van de factuur van de vervoerder kent het ziekenfonds een tussenkomst toe van 50% in de kosten voor dringend ziekenvervoer per ziekenwagen, op voorwaarde dat er geen betaling is voorzien in het kader van de verplichte verzekering.

Het betreft vervoer naar een ziekenhuisomgeving en voor zoverre het vervoer is uitgevoerd in het binnenland.

De tussenkomst bedraagt maximaal € 250,00 per kalenderjaar per rechthebbende. De terugbetaling geldt alleen voor zoverre de patiënt tijdens elk van de ritten aanwezig is in het voertuig.

Voor dringend vervoer buiten de dienst "112" dient een gedetailleerd medisch getuigschrift te worden voorgelegd dat de noodzakelijkheid van het dringend vervoer rechtvaardigt.

2.2. Niet-dringend ziekenvervoer: per ziekenwagen of sanitaire wagen

Op voorlegging van de factuur van de vervoerdermet vermelding van de afgelegde kilometers, kent het ziekenfonds een tussenkomst toe in de kosten voor niet-dringend ziekenvervoer per ziekenwagen of sanitaire wagen, van maximaal € 17,50 voor de eerste tien kilometer, of ten bedrage van het geldende forfaitbedrag verhoogd met maximaal € 1,00 per kilometer vanaf de 11e kilometer. De tussenkomst mag in geen geval hoger liggen dan de transportkosten en een minimumbedrag van € 7,50 blijft ten laste van de patiënt. De tussenkomst bedraagt maximaal € 250,00 per kalenderjaar en per rechthebbende. De terugbetaling geldt alleen voor zoverre de patiënt tijdens elk van de ritten aanwezig is in het voertuig. Bij het ontbreken van de afgelegde kilometers zal er rekening gehouden worden met de kortste route berekend vanaf de woonplaats van de rechthebbende via een internet-platform (Google Maps).

De dienst geldt voor het vervoer:

* naar een ziekenhuisomgeving;
* naar een zorgcentrum erkend door het RIZIV, voor een interventie door een arts-specialist;
* naar het kabinet van een arts-specialist.

mits voorlegging van een bewijsstuk ter staving van aanwezigheid

De zieke dient tijdens elke rit in het voertuig zelf aanwezig te zijn.

De tussenkomst gebeurt na aftrek van elke wettelijke tussenkomst in het kader van de verplichte verzekering of een andere regelgeving.

3. Vervoer per helikopter

Op voorlegging van de factuur van de vervoerder kent het ziekenfonds een tussenkomt toe van 75% van de betaalde kost, beperkt tot € 500,00 per kalenderjaar.

De tussenkomst betreft ziekenvervoer naar een ziekenhuisomgeving en voor zoverre het vervoer is uitgevoerd in het binnenland. De terugbetaling geldt alleen voor zoverre de patiënt tijdens elk van de ritten aanwezig is in het vervoermiddel.

De tussenkomst die via de verplichte verzekering wordt toegekend in de kosten voor dringend ziekenvervoer per helikopter die, in overeenstemming met artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 is georganiseerd met het oog op ~~de~~ dringende geneeskundige hulpverlening, wordt in mindering gebracht van de tussenkomst toegekend voor deze dienst en mag niet meer bedragen dan het bedrag toegekend aan de leden die niet genieten van een sociaal statuut in de zin van artikel 37§§1e, 2 of 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoöordineerd op 14 juli 1994.

Voor dringend vervoer buiten de dienst "112" dient een gedetailleerd medisch getuigschrift te worden voorgelegd dat de noodzakelijkheid van het vervoer rechtvaardigt.

4. Met een privéwagen

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 0,15 per kilometer (vanaf de 26e kilometer), voor ziekenvervoer heen en terug, of voor een “heen en terug”-cyclus in het geval twee vervoeren werden uitgevoerd op één en dezelfde dag en binnen het Belgisch grondgebied naar en van

* een ziekenhuisomgeving;
* een zorgcentrum erkend door het RIZIV, voor een interventie door een arts-specialist;
* een kabinet van een arts-specialist.

mits voorlegging van een bewijsstuk ter staving van aanwezigheid. De zieke dient tijdens elke rit in het voertuig zelf aanwezig te zijn.

De kilometervergoeding wordt berekend gebaseerd op het kilometertal van het kortste traject vanaf de woonplaats van de rechthebbende, uitgewerkt via een internetplatform (Google Maps).

Maximumbedrag van de tussenkomst per rit: € 30,00.

De tussenkomst voor dit soort van vervoer is daarenboven per rechthebbende beperkt tot € 90,00 per kalenderjaar.

artikel 42 - Geboorte - Adoptie.

1. Geboorte

Bij de geboorte van een kind dat is aangesloten bij het ziekenfonds wordt een tussenkomst toegekend van € 350,00, op aanvraag van de aangesloten ouder, mits voorlegging van het uittreksel uit de geboorteakte of op basis van het inschrijvingsbewijs van het kind in het nationaal register zoals deze wordt weergegeven in het KBSZ.

2. Adoptie

Bij de adoptie van een kind jonger dan 18 jaar, dat is ingeschreven ten laste van een gerechtigde die is aangesloten bij het ziekenfonds, wordt een tussenkomst toegekend van € 350,00.

artikel 43 – Baby’s.

1) Een tussenkomst van maximaal € 75,00 per jaar wordt toegekend gedurende een periode van drie jaar (hetzij maximaal 3 tussenkomsten) voor kinderen die zijn ingeschreven ten laste van de gerechtigde in de verplichte verzekering en dit tot de derde verjaardag, hetzij via een terugbetaling van maximaal € 75,00 voor zuigelingenmelk die in de apotheek is aangekocht, hetzij door overhandiging van een pakket luiers ter waarde van € 75,00 aangeboden door het ziekenfonds aan de kinderen die geboren zijn vanaf 1 januari 2016. De gerechtigde moet aangesloten zijn bij onze aanvullende verzekering op het ogenblik van de aanvraag tot tussenkomst.

Voorwaarde: de bewijzen van betaling voorleggen opgemaakt op naam van het kind.

2) Er wordt een volledige tegemoetkoming toegekend voor de kosten opgelopen in de opsporing van doofheid bij pasgeborenen uitgevoerd in de kraaminrichting.

Voorwaarde: voorleggen van de factuur met vermelding van het betaalde ereloon;

artikel 44 - Toekomstige mama’s.

1. Gynaecologie.

Een tussenkomst in het wettelijk remgeld wordt toegekend aan zwangere vrouwen, of zij nu gerechtigde zijn of persoon ten laste, en dit voor de medische consulten tijdens de zwangerschap bij een arts-specialist in gynaecologie. De tussenkomst is beperkt tot € 50,00 per zwangerschap.

2. In-vitrofertilisatie.

Bij een in-vitrofertilisatie wordt een eenmalige tussenkomst van maximaal € 250,00 toegekend per rechthebbende, mits voorlegging van de factuur met vermelding van de verstrekkingen in het kader van de behandeling.

3. Perinatale kinesitherapie.

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 3,00 per zitting, voor maximaal 15 zittingen van perinatale kinesitherapie per zwangerschap.

artikel 45 - Kinderen - Jeugd.

1. Psychomotoriek.

Een tussenkomst, beperkt tot de werkelijk betaalde prijs, en beperkt tot € 12,00, wordt toegekend per zitting van psychomotoriek voor kinderen jonger dan 14 jaar. De tussenkomst bedraagt maximaal € 120,00 per jaar en wordt toegekend mits voorlegging van een bewijsstuk afgeleverd door een specialist in psychomotorische revalidatie die vermeld is op de lijst van de Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones of door een gelijkwaardige instelling in Vlaanderen of Brussel.

2. De dienst kent een tussenkomst toe van 100,00 € per kalenderjaar :

1. voor kinderen tussen 3 en 18 jaar die buiten de schoolvakanties deelnemen aan uitstappen, bosklassen, sneeuwklassen, zeeklassen of ontdekkingsklassen.
2. voor kinderen tussen 3 en 18 jaar die tijdens de schoolvakantie deelnemen aan sportkampen, kampen die door jeugdbewegingen worden georganiseerd en speeltuinactiviteiten.
3. voor kinderen tussen 3 en 18 jaar die tijdens de schoolvakantie deelnemen aan culturele, taal- of informaticakampen.

Om van de tussenkomst te kunnen genieten, moeten de kinderen tijdens de periode in kwestie aangesloten zijn bij het ziekenfonds en in orde zijn met de betaling van de bijdragen. De tussenkomst wordt toegekend mits voorlegging van een bewijs van betaling afgeleverd door de organisator van de activiteiten met vermelding van het betaalde bedrag en de periode, of mits voorlegging van het daartoe bestemde formulier van het ziekenfonds dat behoorlijk is ingevuld door de organisator. De deelnemer moet lid zijn van het ziekenfonds gedurende de volledige duur van de betreffende activiteit.

3. Pediatrie

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe voor het wettelijk remgeld voor ambulante zorg verstrekt aan kinderen, vanaf de geboorte tot de dag van de 18e verjaardag, voor zoverre er een Globaal Medisch Dossier (GMD) is aangelegd bij een huisarts op het moment dat de verstrekking wordt uitgevoerd. Deze verplichting van een Globaal Medisch Dossier (GMD) is niet vereist voor kinderen jonger dan 3 jaar.

* Voor raadplegingen en bezoeken uitgevoerd door huisartsen of arts-specialisten: prestatiecodes 101010 tot 109734 (onder voorbehoud van aanpassing door het RIZIV van de codes voor dezelfde verstrekkingen);
* Voor verstrekkingen uitgevoerd door tandartsen: prestatiecodes 301011 tot 304964 (onder voorbehoud van aanpassing door het RIZIV van de codes voor dezelfde verstrekkingen);
* Voor verstrekkingen uitgevoerd door kinesitherapeuten: prestatiecodes 560011 tot 565013, 567055 à 567221, 567221 en 567276 tot 567313 (onder voorbehoud van aanpassing door het RIZIV van de codes voor dezelfde verstrekkingen);
* Voor verstrekkingen uitgevoerd door verpleegkundigen: prestatiecodes 425014 tot 426414 (onder voorbehoud van aanpassing door het RIZIV van de codes voor dezelfde verstrekkingen);

De zorgverstrekkers dienen erkend te zijn door het RIZIV.

artikel 46 - Logopedie.

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe per logopedische zitting aan de gerechtigde en de personen ten laste, voor logopedisch behandelingen die zijn voorgeschreven door een arts erkend door het RIZIV of~~,~~ door een arts-specialist erkend door het RIZIV.

a. De tussenkomst bedraagt 5,00 € per zitting indien er sprake is van een weigering door het College van Artsen-Directeurs van het RIZIV, of door de adviserend arts. Het totaal van de tussenkomsten is beperkt tot € 375,00 per kalenderjaar en per rechthebbende.

b. De tussenkomst toegekend in het kader van de verplichte verzekering bedraagt € 3,00 per logopedische zitting. De tussenkomst mag in geen geval hoger zijn dan het bedrag van het remgeld aangerekend door de prestatieverstrekker. Het totaalbedrag van deze tussenkomsten is beperkt tot € 225,00 per kalenderjaar en per rechthebbende.

c. De dienst kent een tussenkomst toe van € 10,00 voor het uitvoeren van een IQ-Test door een psycholoog in het kader van een logopedische behandeling.

De tussenkomst zoals vermeld onder a en b wordt toegekend op basis van een getuigschrift van verstrekte zorg of een bewijs van betaling afgeleverd door de prestatieverstrekker en voor behandelingen verstrekt door een logopedist(e) die erkend is door het RIZIV.

De "TOMATIS"-methode wordt gelijkgesteld aan een logopedische behandeling.

artikel 47 - Monturen - Optiek.

Aan de leden zoals bepaald in artikel 7§2 en aan de personen ten laste wordt een tussenkomst toegekend voor optische leveringen volgens de hiernavolgende voorwaarden :

A) Optische leveringen

Onder optisch materiaal wordt verstaan: montuur en corrigerende brilglazen, louter corrigerende brilglazen of corrigerende contactlenzen.

1) Rechthebbenden tot de 18e verjaardag :

1. Montuur: het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van maximaal € 25,00 voor het brilmontuur, beperkt tot de echt betaalde prijs en hernieuwbaar om de 4 jaar. De tussenkomst wordt vermeerderd met € 50,00 voor het allereerste montuur (slechts één maal in het leven).
2. Optisch materiaal: een eenmalige tussenkomst van maximaal € 75,00 toegekend, hernieuwbaar om de twee jaar.

2) Rechthebbenden vanaf de 18e verjaardag :

Optisch materiaal: een eenmalige tussenkomst van maximaal ~~€ 125,00~~ € 175,00 wordt toegekend, hernieuwbaar om de vier jaar.

Voor de verstrekkingen van 1.a) wordt de terugbetaling toegekend op basis van de factuur van een opticien die erkend is door het RIZIV of een opticien uit één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) die erkend is door de bevoegde instantie van het betrokken land en voor zoverre het gaat om corrigerende glazen.

Voor de verstrekkingen van 1.b) en 2.wordt de terugbetaling toegekend onder de volgende voorwaarden:

* Voorleggen van het formulier 15, of bij ontstentenis hiervan, een gedetailleerd bewijs van betaling met de optische leveringen erop vermeld. Het bewijs van betaling moet afgeleverd zijn door een opticien die erkend is door het RIZIV, een apotheker of een oogarts, of door een opticien, een apotheker of een oogarts uit één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) die erkend is door de bevoegde instantie van het betrokken land;
* Voorleggen van het medisch voorschrift van de arts-specialist (oogarts) die erkend is door het RIZIV of door een arts-specialist (oogarts) uit één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) die erkend is door de bevoegde instantie van het betrokken land. Het voorschrift is 6 maanden geldig.

De tussenkomst wordt hoe dan ook beperkt tot het bedrag dat echt is betaald door de rechthebbende en na aftrek van de eventuele terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering.

B) Laser- of ultrasone methode

Voordeel: er wordt een tussenkomst toegekend bij een laser- of ultrasone behandeling

* aan alle rechthebbenden, zonder enige leeftijdsbeperking;
* een eenmalige tussenkomst van € 250,00 (€ 125,00 per oog);
* de tussenkomst is beperkt tot het bedrag dat echt is betaald en na aftrek van de terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering.

Voorwaarde: de terugbetaling gebeurt op vertoon van de originele bewijsstukken, afgeleverd door een arts-specialist die erkend is door het RIZIV, of door een gespecialiseerde arts uit één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) die erkend is door de bevoegde instantie van het betrokken land of door een zorginstelling.

artikel 48 - Pedicure.

Een tussenkomst van € 5,00 per zitting wordt toegekend, voor maximaal achtzittingen per kalenderjaar, per persoon die deel uitmaakt van het mutualistische gezin, mits voorlegging van het bewijs van betaling afgeleverd door de verstrekker.

artikel 49 - Posturopodie.

Een jaarlijkse terugbetaling van € 10,00 wordt toegekend voor een raadpleging bij een posturopodist.~~)~~op basis van een factuur (ontvangstbewijs) met vermelding van de hoedanigheid van de verstrekker. Een tussenkomst van € 50,00 wordt toegekend aan alle aangeslotenen voor zolen die vervaardigd zijn door een posturopodist is op basis van een factuur (ontvangstbewijs) met vermelding van de hoedanigheid van de verstrekker. Deze tussenkomst is hernieuwbaar om de 2 jaar vanaf de datum van de levering van de zolen.

Voor kinderen jonger dan veertien jaar wordt de tussenkomst jaarlijks toegekend.

artikel 50 - Preventie - Zorgen.

1.Vaccins.

De dienst kent een tussenkomst toe van maximaal € 35,00 per jaar aan de gerechtigden en hun personen ten laste voor kosten opgelopen voor alle vaccins die erkend zijn in België. De tussenkomst kan in geen geval meer bedragen dan het bedrag ten laste van de aangeslotene, na aftrek van de tegemoetkoming in het kader van de verplichte verzekering.

De tussenkomst wordt toegekend mits voorlegging van een kwijtschrift afgeleverd door de apotheker of een betalingsbewijs afgeleverd door een erkend vaccinatiecentrum.

Vaccins waarvoor een specifieke terugbetaling geldt via een andere bepaling van deze statuten komen niet in aanmerking voor deze bepaling.

2. Diëtiek.

In het geval van obesitas of anorexia :

wordt een tussenkomst toegekend van € 25,00 per kalenderjaar voor een voedingsbalans bij een diëtist of een voedingscoach.

wordt een tussenkomst toegekend van maximaal € 12,50 per raadpleging bij een diëtist of een voedingscoach, voor maximaal 6 consults per kalenderjaar.

Voorwaarden voor de tussenkomst :

De tussenkomst wordt toegekend in het kader van een behandeling bij een gediplomeerd diëtist of een voedingscoach, mits voorlegging van een medisch voorschrift waarop de pathologie (obesitas/anorexia) vermeld staat.

De tussenkomst wordt toegekend op basis van een bewijsstuk, een kwijtschrift of een in te vullen formulier verkregen bij het ziekenfonds.

3. Voorbehoedsmiddelen en menopauze.

Er wordt een tussenkomst toegekend in de kosten voor een anticonceptiebehandeling of een hormonale substitutietherapie (HST) ter behandeling van menopauzale klachten aan vrouwelijke leden die zijn aangesloten als gerechtigde of als persoon ten laste, na aftrek van elke andere tussenkomst.

Behandeling 1 :

* een maximale tussenkomst per kalenderjaar van € 40,00 voor de anticonceptiepil, vaginale ring, inspuiting, anticonceptiepatch of een hormonale substitutietherapie (HST) ter behandeling van menopauzale klachten.
* mits voorlegging van het afleverattest afgestempeld door de apotheker.

Behandeling 2 :

* een maximale tussenkomst van € 120,00 per periode van 24 maanden voor een spiraaltje, implantaat.
* mits voorlegging van een afleverattest afgestempeld door de apotheker.

Een maximale tussenkomst van € 40,00 per kalenderjaar wordt toegekend aan de leden die zijn aangesloten als gerechtigde of als persoon ten laste voor de aankoop van voorbehoedsmiddelen in de apotheek.

artikel 51 - Orthodontie.

A. De dienst "orthodontische behandelingen" voorziet in een eenmalige tussenkomst, naast de tussenkomst van de verplichte verzekering die is voorzien in artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voor elke ingediende aanvraag vooraleer het kind de maximumleeftijd heeft bereikt die is bepaald in de regelgeving van de verplichte verzekering.

1. de terugbetaling kanmaximaal € 750,00 bedragen, die in volgende schijven wordt betaald :

* € 250,00 bij aanbrengen van het apparaat (code 305631);
* € 150,00 na 6 raadplegingen (code 305616 of 305653 of 305852 of 305896);
* € 150,00 na 12 raadplegingen (code 305616 of 305653 of 305852 of 305896);
* € 200,00 na 24 raadplegingen (code 305616 of 305653 of 305852 of 305896);

2. Voor de begunstigden die niet voldoen aan de leeftijdsvoorwaarden van de eerste alinea, wordt een eenmalige tussenkomst toegekend beperkt tot € 150,00 na 6 maanden behandeling.

De terugbetaling geschiedt op basis van het voorleggen van de nodige bewijsstukken opgemaakt door de orthodontist erkend door het RIZIV, of door een orthodontist uit één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) die erkend is door de bevoegde instantie van het betrokken land.

B. Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van 50% in het remgeld voor een vastgestelde vroege orthodontische behandeling bij kinderen jonger dan 9 jaar, die goedgekeurd is door de adviserend arts (codes 305933 en 305955 van artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

De terugbetaling geschiedt op basis van het voorleggen van de nodige bewijsstukken van de orthodontist erkend door het RIZIV.

artikel 52 - Tandzorgen.

Een tussenkomst wordt verleend in de kosten van tandprothesen, tandimplantaten, stifttanden, tandkronen en tandbruggen voor zoverre er geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien vanuit de verplichte verzekering of een andere regelgeving. De tussenkomst bedraagt 15 % van de kosten boven de € 250,00, beperkt tot € 500,00 per twee kalenderjaren.

Rechthebbenden: de gerechtigde en de personen ten laste.

Voorwaarden: - de verstrekkingen moeten zijn uitgevoerd in België door een tandarts erkend door het RIZIV.

 - de tussenkomst wordt toegekend mits voorlegging van een bewijsstuk dat het formulier mag zijn speciaal daartoe afgeleverd door het ziekenfonds en behoorlijk ingevuld en ondertekend door een tandarts die erkend is door het RIZIV.

 - de rechthebbende moet bij de aanvang van de behandeling zijn aangesloten als gerechtigde of als persoon ten laste.

- de rechthebbende moet daarnaast aangesloten blijven bij het ziekenfonds gedurende het hele verdere vervolg van de behandeling waarvoor hij terugbetaling vraagt. Indien hij niet langer aangesloten blijft tijdens het verloop van de behandeling zullen de terugbetalingen geschieden naar rato van de periode van de behandeling waarvoor de rechthebbende daadwerkelijk aangesloten was bij het ziekenfonds.

artikel 53 – Tegemoetkoming ziekte.

1. Rooming-in van een ouder bij een kind jonger dan 12 jaar die opgenomen is in het ziekenhuis of bij een mindervalide met een erkende handicap van meer dan 66%. Een dagvergoeding van € 7,00 (voor maximaal 20 dagen per kalenderjaar) wordt toegekend mits voorlegging van de speciaal opgemaakte factuur met vermelding van het verblijf van de ouder in kwestie in de kamer van het kind.

2. Zwaar zieke kinderen.

Het ziekenfonds kent een eenmalige tussenkomst toe van € 250,00 aan zwaar zieke kinderen jonger dan 18 jaar:

* die lijden aan één van de volgende zware ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, difterie, poliomyelitis, cerebrospinale meningitis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, AIDS, virale hepatitis, nieraandoening met nierdialyse, ziekte van Crohn, mucoviscidose, diabetes Type 1 en amyotrofische laterale sclerose.
* die zijn getroffen door een zeldzame ziekte die opgenomen is in de lijst van Orphanet.
* die een erkenning hebben verkregen van een handicap van 12 punten door de FOD Sociale Zekerheid.

3. Haarprothese.

Een eenmalige tussenkomst van € 50,00 wordt toegekend aan patiënten die een haarprothese nodig hebben na chemotherapie of radiotherapie, op voorschrift van een arts.

De tussenkomst wordt beperkt tot de prijs die is betaald, na aftrek van het bedrag dat is terugbetaald in het kader van de verplichte verzekering.

4. Herstelkuren.

Een tussenkomst van € 15,00 per nacht wordt toegekend in het kader van een herstelkuur die ten minste 7 en ten hoogste 14 nachten duurt. Er is een eventuele verlenging mogelijk tot 21 dagen op basis van een gedetailleerd medisch getuigschrift.

Toekenningsvoorwaarden:

* 1. De herstelkuur moet volgen op een ziekenhuisopname;
	2. De noodzaak van de herstelkuur en de duur moeten zijn vastgesteld in een medisch verslag (zie Bijlage 4 aan deze statuten);
	3. De medische dienst van het ziekenfonds moet akkoord gaan wat de noodzaak en de duur van de herstelkuur betreft. Het akkoord wordt gegeven voor alle ziekten waaruit een graad van afhankelijkheid voortvloeit met ten minste 3 partiële afhankelijkheidscriteria en/of 1 volledig afhankelijkheidscriterium;
	4. De herstelkuur dient aan te vangen binnen de 15 dagen na het einde van de ziekenhuisopname;
	5. Er wordt slechts 1 herstelkuur toegekend per kalenderjaar;
	6. De rechthebbende moet in orde zijn met de betaling van de bijdragen.

5. Palliatieve zorgen.

Een tussenkomst van € 11,00 per dag wordt toegekend met een maximum van 30 dagen aan de leden die erkend zijn voor palliatieve zorgen.

6. Kanker.

Een tussenkomst van maximaal € 100,00 per kalenderjaar wordt toegekend in het aandeel van de kostprijs voor geneesmiddelen in een kankerbehandeling die ten laste zijn van het lid.

Voorwaarden: - het geneesmiddel moet erkend zijn door het RIZIV.

* het bewijsstuk moet ingevuld zijn door de behandelende arts.
* enkel geneesmiddelen die zijn voorgeschreven buiten de ziekenhuisinstelling komen in aanmerking.
* er is geen leeftijdsbeperking, elke rechthebbende kan van de tussenkomst genieten.

7. Medische voeding

Een tussenkomst van maximaal € 75,00 per kalenderjaar wordt toegekend in het aandeel van de kostprijs voor sondevoeding die is voorgeschreven door een arts, ten laste van de patiënt na aftrek van de tegemoetkoming door de verplichte verzekering, mits voorlegging van het BVAC-attest of van de factuur afgeleverd door een Belgische apotheker of een apotheker uit én van onze buurlanden.

Voorwaarden: - de sondevoeding moet erkend zijn door het RIZIV.

* er is een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering na akkoord van de adviserend arts van het ziekenfonds.
* enkel geneesmiddelen die zijn voorgeschreven buiten de ziekenhuisinstelling komen in aanmerking.
* er is geen leeftijdsbeperking, elke rechthebbende kan van de tussenkomst genieten.

 8. Steunkousen.

Een tegemoetkoming van € 20,00 per jaar wordt toegekend voor de aankoop bij de apotheker of in een bandagisterie van een paar steunkousen en dit op voorlegging van het BVAC-ticket of het betalingsbewijs afgeleverd door de bandagisterie.

artikel 54 - Psychologie.

Bij afwezigheid van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, wordt een tussenkomst toegekend in de kosten voor een psychologische behandeling bij een licentia(a)t(e) in psychologie, aan de gerechtigden en hun personen ten laste.

Per kalenderjaar wordt een tussenkomst toegekend van :

* € 20,00 per raadpleging voor psychologische opvolging, beperkt tot 6 raadplegingen.

- Voor te leggen documenten :

* Enkel op basis van hetformulier dat uitgereikt wordt door het ziekenfonds.

artikel 55 - Juridische bijstand.

Alle leden die een bijdrage betalen voor de aanvullende verzekering hebben twee keer per maand recht op gratis advies van de adviserend advocaat van het ziekenfonds voor de volgende domeinen: gezondheid en mentaal, fysiek of sociaal welzijn.

artikel 56 - Familiehulp, huishoudelijke hulp en ziekenoppas.

1. Een tussenkomst van € 0,50 per gepresteerd uur wordt toegekend aan het lid, beperkt tot 250 uren per kalenderjaar en per gezin, als de hulp is ingeroepen van een dienst van familiehulp of huishoudelijke hulp, en mits voorlegging van een kwijtschrift vanwege de dienstverlener waarop de data, de gepresteerde uren en het betaalde bedrag staan vermeld. Dienstencheques komen niet aanmerking.

2. Een tussenkomst van maximaal € 5,00 per gepresteerd uur wordt toegekend aan het lid, beperkt tot 100 uren per kalenderjaar en per gezin, als de hulp is ingeroepen van een dienst voor ziekenoppas die erkend die door de Belgische regionale instantie bevoegd voor personen die matig tot zwaar zorgbehoevend zijn met verminderde autonomie (hulpbehoevend bij het wassen, aankleden, eten en/of zich verplaatsen), hetzij tijdelijk, hetzij definitief, ingevolge ziekte of een handicap, en voor zoverre dit is bevestigd aan de hand van een medisch getuigschrift afgeleverd door een arts erkend door het RIZIV. De tussenkomst gebeurt op voorlegging van het kwijtschrift afgeleverd door de erkende dienst, met vermelding van de data en de gepresteerde uren.

artikel 57 - Vakanties voor mindervaliden.

Een tussenkomst wordt toegekend voor vakanties die speciaal zijn georganiseerd voor mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap van meer dan 66 %, door een organisme die gespecialiseerd is in het organiseren van reizen bestemd voor personen met een handicap en beschikken over gespecialiseerd personnel zodat een aangepaste omkadering kan verzekerd worden voor de deelnemers. De jaarlijkse tussenkomst die wordt toegekend aan de gerechtigden is gelijk aan het betaalde bedrag voor het verblijf, beperkt tot € 250,00.

Mits voorlegging van een attest naar behoren ingevuld door de organisator van het verblijf.

artikel 58 - Alternatieve geneeskunde.

1. Homeopathie.

Per jaar en per rechthebbende wordt een tussenkomst toegekend van 50 % van de aankoopprijs en beperkt tot € 100,00 in de kostprijs van homeopathische geneesmiddelen aangekocht in België of in één van onze buurlanden.

Deze geneesmiddelen op voorschrift van een arts moeten zijn afgeleverd door een apotheker en moeten vermeld staan als "homeopathisch geneesmiddel", hetzij op het BVAC-attest afgeleverd door de apotheker, hetzij op basis van het formulier afgeleverd door het ziekenfonds.

2. Fytotherapie.

Per jaar en per rechthebbende wordt een tussenkomst toegekend van 50 % van de aankoopprijs en beperkt tot € 50,00 in de kostprijs van fytotherapeutische geneesmiddelen afgeleverd door een apotheker in een apotheek in België of een apotheker uit één van onze buurlanden, mits voorlegging van het BVAC-attest voor België of van een document gelijkwaardig aan het BVAC-attest voor de buurlanden en op basis van het formulier afgeleverd door het ziekenfonds.

Om van een tussenkomst te kunnen genieten moeten de fytotherapeutische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een dokter in de geneeskunde die erkend is door het RIZIV, of door een dokter in de geneeskunde uit één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) die erkend is door de bevoegde instantie van het betrokken land.

In geen geval wordt er een tussenkomst toegekend voor voedingssupplementen.

3. Financiële tussenkomsten voor bezoeken en raadplegingen van verstrekkers die een niet-conventionele praktijk uitoefenen.

Een tussenkomst van € 10,00 wordt toegekend per bezoek of raadpleging van een niet-conventionele praktijk, beperkt tot *€ 120,00* per jaar en per rechthebbende, met name voor verstrekkingen van :

* homeopathie;
* mindfulness;
* shiatsu;
* chiropraxie;
* osteopathie;
* acupunctuur;
* hippotherapie;
* kinesiologie;
* sofrologie;
* mesotherapie;
* reflexologie;
* naturopathie;
* microkinesitherapie.

Wanneer de verstrekker van een niet-conventionele praktijk daarnaast ook erkend is door het RIZIV als zorgverstrekker, of erkend is als zorgverstrekker in één van onze buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland) door de bevoegde instantie van het betrokken land, en als de verstrekking recht geeft op een terugbetaling in de verplichte verzekering en in de aanvullende verzekering, kan de terugbetaling in de aanvullende verzekering niet plaatsvinden op basis van het getuigschrift van verstrekte hulp (of een kopie daarvan) dat is uitgereikt door de verstrekker in zijn hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstrekker; dit gebeurt dan op basis van een afzonderlijk document dat mag worden uitgereikt door het Ziekenfonds.

Voorwaarden voor de tussenkomst:

* Homeopathie: het betreft zittingen die zijn geattesteerd door een doctor in de geneeskunde.
* Mindfulness: het betreft verstrekkingen door een beoefenaar die een gecertificeerde opleiding heeft gevolgd:
* hetzij een Belgische of buitenlandse universiteit;
* hetzij bij de Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM);
* hetzij bij instructeurs opgeleid aan het CFM (Center for Mindfulness, Boston);
* hetzij bij opleidingsinstellingen die de cursus van het CFM aanbieden.
* Shiatsu: het betreft raadplegingen verstrekt door een beoefenaar die erkend is door de Belgische Shiatsu Federatie (<https://shiatsu.be/nl/beoefenaars/shiatsu-beoefenaars>)
* Chiropraxie: het betreft verstrekkingen door een chiropractor die lid is van de Belgische Vereniging van Chiropractors.

(<https://www.chiro-praxie.be>)

* Osteopathie: de tussenkomst wordt toegekend mits voorlegging van het officiële model van attest afgeleverd door de osteopaat (<https://osteopathie.be>/nl/patient).
* Acupunctuur: het betreft zittingen die zijn geattesteerd door een doctor in de geneeskunde of door een acupuncturist aangesloten bij de Belgian Acupunctors Federation of bij de Association Belge des Acupuncteurs Diplômés de Chine (ABADIC) of bij de Belgische Beroepsfederatie voor acupuncturisten (EUFOM) (<http://www.acupuncture-abadic.org>) – (<https://www.eufom.com>) – BAF Belgium Acupunctors Federation (acupunctuur-baf.be)?
* Kinesiologie: het betreft zittingen die zijn geattesteerd door een kinesioloog die is aangesloten bij de Fédération Belge des kinésiologues (<https://fbkinesiologie.be>)
* Sofrologie: het betreft verstrekkingen door een beoefenaar die een opleiding heeft gevolgd die is gecertificeerd door de Association Européenne de Sophrologie, door de Ecole Belge de Sophrologie Fondamentale et de Relaxation, of door de Belgische scholen voor Caycediaanse sofrologie (<https://www.sophro.be/trouver-un-sophrologue>)
* Mesotherapie: het betreft zittingen bij een beoefenaar die erkend is door de Société Scientifique Belge de Mésothérapie (<https://mesotherapie-ssbm.be>).
* Reflexologie: het betreft zittingen bij een beoefenaar die erkend is door de Fédération Belge des réflexologues (<https://feberef.com>)
* Naturopathie: het betreft zittingen bij een beoefenaar die erkend is door de Union des Naturopathes de Belgique (<https://unb.be>)

Microkinesitherapie: het betreft zittingen bij een beoefenaar die erkend is door de Association Belge de Micro kinésithérapeutes (<https://www.microkinebelgique.be>.

Verstrekkers erkend door de Algemene Vergadering van het Ziekenfonds en opgenomen op de goedgekeurde lijst op 22 november 2022, raadpleegbaar via volgende link : Liste-des-prestataires-CA.xlsx (live.com).

Artikel 59 - Behandeling van migraine

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe aan de effectieve leden en aan hun personen ten laste van € 100 per behandeling en beperkt tot € 300 per jaar, in de kosten voor een behandeling via neurostimulatie, mits deze behandeling is voorgeschreven door een neuroloog die erkend is door het RIZIV, en wel bij de volgende diagnoses:

- Clusterhoofdpijn (AVF);

- Clusterhoofdpijn;

- of ernstige of chronische migraine die moeilijk behandelbaar is met de klassieke geneesmiddelen of al deze klassieke behandelingen gecontra-indiceerd zijn.

Le neurologue doit attester du type de pathologie et justifier de la nécessité du traitement par neurostimulation.

De neuroloog moet het type van de pathologie bevestigen en de noodzaak van de behandeling door neurostimulatie verantwoorden.

artikel 60- Aansluiting bij een sportclub.

Aan de leden zoals bepaald onder artikel 7§2 en aan hun personen ten laste wordt een jaarlijkse tussenkomst toegekend van € 60,00 voor de aansluiting bij een Belgische sportclub.

Het bedrag van de tussenkomst wordt hoe dan ook beperkt tot het bedrag dat werkelijk is betaald voor de aansluiting bij een sportclub.

Voorwaarden:

* Het moet gaat om één van de volgende sporttakken: atletiek, badminton, honkbal, basketbal, bowling, dansen (ballet inbegrepen), duiken, gevechtsporten, gewichtheffen, golf, gymnastiek, handbal, hockey, kaatsen, kanovaren, kajak, kegelspel, muurklimmen, korfbal, mountainbike, oriëntatieloop, paardrijden, hengelsport, petanque, roeien, rugby, schaatsen, schermen, ski, squash, tennis, tafeltennis, triatlon, voetbal, volleybal, wandelen, fietsen, yoga, zwemmen, (ook watergewenning voor baby’s), boogschieten, karabijnschieten, krachtbal, sport voor mindervaliden, en, in het algemeen, de olympische sporten en sporten erkend door het I.O.C.
* Het moet gaan om een aansluiting:
	+ voor een sportseizoen bij een sportclub die is erkend door een nationale, provinciale, gewestelijke of gemeentelijke federatie;
	+ bij een fitnesscentrum dat erkend is door één van de officiële federaties;
	+ bij een organisatie die is erkend voor het organiseren van initiatieprogramma’s van jogging of lopen.
* Voor de sporttakken die per beurt worden beoefend, wordt een tussenkomst toegekend voor zoverre er ten minste 10 beurten onder begeleiding worden gepresteerd.
* De tussenkomst wordt slechts toegekend aan personen die op het ogenblik van de betaling van het lidgeld aan de sportclub, lid zijn van het ziekenfonds.

De Algemene Vergadering behoudt zich het recht voor de lijst van de beoogde sportdisciplines aan te passen.

artikel 61- Leningen/ Voorschotten.

* Sociaal Z.I.V.

Een renteloze lening van maximaal € 750,00 wordt toegekend uitsluitend in het kader van de sociale zekerheid (geneeskundige verzorging, voorschotten aan ziekenhuizen en klinieken, arbeidsongeschiktheid, weduwen en weduwenaars tijdens de periode van het in orde brengen van het "pensioen"dossier).

De lening is terugbetaalbaar in maximaal 10 maandelijkse stortingen. De dossierkosten, vastgesteld op 1% van het geleende bedrag, worden mee in rekening gebracht bij de eerste terugbetaling.

De aanvrager dient een formulier "Leningaanvraag" in te vullen en te ondertekenen. Deze aanvraag dient vergezeld te zijn van de nodige bewijsstukken.

Het bedrag van de lening aangevraagd door de aanvrager wordt toegekend binnen de grenzen van de beschikbare middelen en voor zoverre het maximaal toegestane bedrag of het effectief betaalde bedrag niet wordt overschreden.

Toekenningsvoorwaarde: het maandelijks bruto-inkomen ligt niet hoger dan het gemiddelde maandelijks minimuminkomen vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst n°43 van 2 mei 1988.

* Studenten

Een renteloze lening van maximaal € 370,00 wordt toegekend aan de studenten van het postsecundair onderwijs, in het kader van kosten van sociale zekerheid (gezondheidszorgen, voorschotten aan ziekenhuizen).

De lening is terugbetaalbaar in maximaal 10 maandelijkse stortingen. De dossierkosten, vastgesteld op 1% van het geleende bedrag, worden mee in rekening gebracht bij de eerste terugbetaling.

De aanvrager dient een formulier "Leningaanvraag" in te vullen en te ondertekenen. De aanvraag dient vergezeld te zijn van de nodige bewijsstukken.

Het bedrag van de lening aangevraagd door de aanvrager wordt toegekend binnen de grenzen van de beschikbare middelen en voor zoverre het maximaal toegestane bedrag of het effectief betaalde bedrag niet wordt overschreden.

Toekenningsvoorwaarde: het maandelijks bruto-inkomen ligt niet hoger dan het gemiddelde maandelijks minimuminkomen vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst n°43 van 2 mei 1988. De betaling wordt uitsluitend toegekend aan de bijdragebetalende gerechtigde.

* Invaliditeit

Een renteloos voorschot van maximaal € 370,00 wordt toegekend aan personen die erkend zijn als invalide.

Het voorschot is terugbetaalbaar in maximaal 10 maandelijkse stortingen.

Het voorschot wordt teruggevorderd op de betaling van de invaliditeitsuitkering. De dossierkosten, vastgesteld op 1% van het voorgeschoten bedrag, worden mee in rekening gebracht bij de eerste terugbetaling.

De aanvrager dient een formulier "Aanvraag van een voorschot" in te vullen en te ondertekenen. De aanvraag dient vergezeld te zijn van de nodige bewijsstukken.

Het bedrag van het voorschot aangevraagd door de aanvrager wordt toegekend binnen de grenzen van de beschikbare middelen en voor zoverre het maximaal toegestane bedrag of het effectief betaalde bedrag niet wordt overschreden.

Toekenningsvoorwaarde: het maandelijks bruto-inkomen ligt niet hoger dan het gemiddelde maandelijks minimuminkomen vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst n°43 van 2 mei 1988.

artikel 62 - Centrum sociale dienst (Code 37).

Doel

De dienst is bedoeld om hulpverlening en diensten aan te bieden aan mensen die zich in een problematische situatie bevinden vanwege een ziekte, een handicap of financiële of sociale moeilijkheden, alsook aan hun verzorgers die hen op vrijwillige basis bijstaan om hun zelfstandigheid te verhogen, hun plaats in de maatschappij en hun sociale participatie te bevorderen en hen toegang te bieden tot sociale hulpverlening.

Begunstigden

De dienst is bedoeld voor iedereen.

Voordeel

De dienst biedt sociale en psychosociale bijstand en informatie en advies aan op basis van de regelgeving die van toepassing is in het Waalse Gewest.

De dienst biedt geen financiële steun.

Middelen

Voor de voordelen die niet binnen de uitvoering van de verplichte verzekering vallen, wordt de dienst integraal gefinancierd door de middelen die vanuit het Waalse Gewest ter beschikking worden gesteld in het kader van het besluit van de Regering van de Franstalige Gemeenschap van 14 september 1987 tot vaststelling van de regels ter goedkeuring en verlening van subsidies aan Sociale Dienstencentra. Dit besluit is opgenomen in Bijlage 2 aan deze statuten.

Aan deze dienst wordt geen lidmaatschapsbijdrage toegekend.

Deze dienst is een zogenaamde « noch noch-dienst» in de zin van artikel 67, paragraaf 5, van de wet van 26 april 2010.

Voorwaarden

De dienst functioneert volgens de werkingsprincipes en richtlijnen die zijn vastgelegd in de geldende voorschriften van de bevoegde instantie, voor zoverre deze niet in strijd zijn met de wet van 6 augustus 1990 en de wet van 26 april 2010.

artikel 63.

1. Sociaal fonds

A. Begunstigden

Het sociaal fonds heeft tot doel een financiële tussenkomst te verlenen aan rechthebbenden die geconfronteerd worden met uitzonderlijke en hoge kosten ten gevolge van hun gezondheidstoestand, een medische behandeling of verzorging.

B. Voorwaarden

Voor deze tussenkomst komen in aanmerking:

* uitzonderlijke en hoge kosten ten gevolge van een gezondheidstoestand, een medische behandeling of verzorging;
	+ die niet in aanmerking komen voor een tussenkomst in het kader van de zorgverzekering of de wet betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;
	+ na aftrek van de tussenkomst die is betaald of die nog wordt betaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Fonds voor Beroepsziekten en van iedere andere vergoeding uitgekeerd op basis van een wettelijk verplichte aansluiting bij een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling;
	+ die gemaakt zijn in de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag tot tussenkomst;

Kosten voor een medische behandeling of voor verzorging komen enkel in aanmerking op voorwaarde dat de medische noodzaak van de behandeling of van de verzorging wordt aangetoond door middel van een attest afgeleverd door de behandelende arts-specialist.

In geval van een ziekenhuisopname worden de supplementen die worden aangerekend omwille van de keuze voor een verblijf op een eenpersoonskamer niet in aanmerking genomen.

C. Tussenkomst

De tussenkomst door deze dienst :

* wordt alleen toegekend op voorwaarde dat de totale kosten ten minste € 250,00 bedragen;
* bedraagt 50% van de kosten die door de begunstigde moeten worden betaald;
* is beperkt tot een maximum van € 500,00 per dossier;
* is beperkt tot een maximum van € 750,00 per kalenderjaar.

Onder "dossier" wordt in dit artikel verstaan: alle kosten die het gevolg zijn van één en dezelfde gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging. Als de kosten betrekking hebben of het gevolg zijn van een nieuwe gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging, wordt een nieuw dossier geopend.

D. Bewijsstukken

De tussenkomst wordt toegekend mits voorlegging van:

* een aanvraag door de rechthebbende met eraan gehecht alle stukken ter staving van de sociale situatie, de gezinstoestand en de financiële toestand;
* facturen, onkostennota’s die de uitzonderlijke en hoge kosten ten laste van het lid staven.

2. Jeugddienst.

De jeugddienst organiseert sportieve en culturele activiteiten en educatieve en recreatieve vakanties voor jongeren die recht hebben op kinderbijslag, om hun lichamelijk en geestelijk welzijn te ontwikkelen en hen voor te bereiden op het burgerschap. De prijs voor deze activiteiten, recreatie en vakanties is ten laste van de deelnemers.

Gerechtigde leden, zoals bepaald in artikel 5 én hun personen ten laste hebben recht op een korting van maximaal € 350,00 voor elke activiteit die door deze dienst wordt georganiseerd.

Om van de korting gebruik te kunnen maken moet men aangesloten zijn bij het ziekenfonds tijdens het verloop van de activiteit.

Het programma van deze activiteiten is opgenomen in bijlage 3.

3. Diverse medische verstrekkingen :

3.1. Het ziekenfonds kent de volgende tussenkomsten toe voor diabetici op basis van een medisch attest dat de diabetes staaft:

• Raadpleging dieet- en voedingsadvies voor diabetici: het ziekenfonds kent een eenmalige terugbetaling toe van € 10,00 per kalenderjaar;

• Zitting podologie voor diabetici: het ziekenfonds kent een terugbetaling toe van € 10,00 per sessie. De tussenkomst is beperkt tot 2 zittingen per kalenderjaar;

• Speciale verstrekkingen voor diabetici (onychoplastie, orthonyxie en orthoplastie): het ziekenfonds kent een terugbetaling toe van € 10,00 per kalenderjaar, beperkt tot 1 tussenkomst.

• Materiaal: het ziekenfonds verleent gratis zelfcontrolemateriaal aan de diabetespatiënten die hierom verzoeken, met name 1 bloedglucosemeter om de 3 jaar en 100 teststrips per kalenderjaar.

3.2. Jonge ouders die zijn aangesloten bij het ziekenfonds kunnen genieten van een cursus babymassage verstrekt door een gespecialiseerde kinesitherapeut aan een prijs van € 10,00 per cyclus.

3.3. Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 20,00 per jaar voor een cursus Eerste Hulp bij het Rode Kruis België. De terugbetaling geschiedt mits voorlegging van het bewijs van deelname afgeleverd door het Rode Kruis.

3.4. Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 25,00 in de kostprijs voor een initiatiecursus preventief autorijden. De terugbetaling gebeurt mits voorlegging van een attest van de autorijschool.

3.5. Allergene immunotherapie.

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van 60 % van de kosten per jaar, en dit voor maximaal 3 opeenvolgende jaren van behandeling. Het betreft hier een eenmalig toegekend voordeel.

De tussenkomst wordt alleen toegekend op basis van een voorschrift van een dermatoloog, een neus-keel-oorarts, longarts, kinderarts of allergoloog:

* bij pollen die hooikoorts of lichte tot matige astma veroorzaken (berkenpollen, graspollen en mijten)
* indien er een specifiek anti-allergeen bestaat voor de allergie
* indien de geneesmiddelen de allergie alleen maar verzachten, maar niet verbeteren
* indien de levenskwaliteit van de persoon met de allergie ernstig verstoord is en de kans bestaat dat de allergie evolueert naar astma.

De dermatoloog, neus-keel-oorarts, longarts, kinderarts of allergoloog moet het type allergie en de noodzaak van een behandeling bevestigen.

Als de immunotherapie moet worden stopgezet, wordt ook de terugbetaling stopgezet.

Allergeenextracten die beschikbaar zijn in het buitenland, maar niet worden verkocht in België, worden niet terugbetaald.

3.6. Tabaksontwenning

Het ziekenfonds kent een tussenkomst toe in de kostprijs van geneesmiddelen (ook patches) voor het stoppen met roken, voor een bedrag van € 20,00 per behandeling. Er worden maximaal 3 tussenkomsten per leven toegekend.

Voorwaarde: mits voorlegging van het BVAC-attest afgeleverd door de apotheker.

3.7. Preventieve vaccins tegen het humaan papillomavirus: het ziekenfonds kent een tussenkomst toe van € 150,00 in de kostprijs van preventieve vaccins tegen het humaan papillomavirus, niet terugbetaald door de verplichte verzekering, maar wel erkend in België, aan € 50,00 per behandeling.

4. Dienst "Thuisverpleging".

Dankzij de samenwerkingsakkoorden die MUTUALIA heeft afgesloten met verstrekkers van verpleegkundige diensten hoeven de leden van Mutualia geen remgeld te betalen voor dergelijke zorgen.

De lijst met zorgverstrekkers is opgenomen in Bijlage 1 aan deze statuten.

5. Dienst "Gezondheidsopvoeding".

Alle aangeslotenen kunnen zonder enige persoonlijke tussenkomst deelnemen aan sessies van Aquagym voor volwassenen of watergewenning en/of tennisinitiatie en padelvoor kinderen.

6. Dienst "Actieve Senioren".

Deze dienst heeft tot doel recreatieve activiteiten te coördineren en financieel tussenbeide te komen in deze activiteiten om mensen in vervroegde uittreding of gepensioneerden de kans te bieden zich te ontplooien en een evenwichtig sociaal leven uit te bouwen.

Het gaat hier om sociale en culturele activiteiten, met name lezingen, daguitstappen of meerdaagse trips.

De tussenkomst van maximaal € 300,00 per activiteit wordt automatisch in mindering gebracht van de factuur die wordt opgemaakt door de organisator van de activiteit waarmee het ziekenfonds een samenwerking heeft opgezet. Het programma van deze activiteiten is opgenomen in bijlage 3 bis.

7. Screening

Een tussenkomst van maximaal € 25,00 per kalenderjaar wordt toegekend voor alle screenings samen, in het aandeel ten laste van de patiënt voor erelonen aangerekend voor volgende screeningsonderzoeken:

* Borstkanker: borstkankerscreening door middel van mammografie, zoals bepaald in artikel 17, §1 (1° Gynaecologie-verloskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, alsook voor de forfaitaire erelonen en de erelonen voor de raadplegingen in het kader van de screening (artikel 17, §1, 12° allerlei).
* Prostaatkanker.
* Dikkedarmkanker: opsporingsonderzoek van verborgen bloed in de ontlasting en de raadpleging in het kader van de screening, alsook voor een totale colonoscopie (artikel 20, §1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).
* Osteoporose: opsporing van osteoporose door middel van botdensitometrie.
* Diabetes Type II: terugbetaling van een raadpleging bij een arts-specialist in diabetologie.
* Hart- en vaatziekten: terugbetaling van een raadpleging en technische prestaties verstrekt door een arts-specialist in cardiologie.
* Neurodegeneratieve aandoeningen: cognitieve opsporingstests uitgevoerd door een licentia(a)t(e) in de psychologie of een neuropsychologische test uitgevoerd door een neuropsycholoog.
* HIV: opsporing van Hiv-antistoffen in het lichaam.

Betoelaging van een socio-sanitaire structuur (vzw "Calyps’Autre")

artikel 64

Mutualia heeft een samenwerkingsakkoord afgesloten met de vzw API’CAP.

OP 25 juni 2015 is de vzw API’CAP van naam veranderd naar de vzw "Calyps’autre".

Doel :

Betoelaging van de vzw "Calyps’autre" teneinde deze te helpen haar doelstellingen te verwezenlijken.

Voor 2014 is een bedrag overgemaakt van € 21.000,00.

Vanaf 2015 heeft de Algemene Vergadering een maximum jaarbedrag vastgesteld van € 10.000,00 op voorwaarde dat de beschikbare middelen voor het boekjaar in kwestie dit bedrag van € 10.000,00 daadwerkelijk bereiken. Als dit niet het geval is, wordt de betoelaging beperkt tot de middelen die beschikbaar zijn voor het betreffende boekjaar.

De Algemene Vergadering kan dit maximum jaarbedrag steeds wijzigen. Een wijziging kan echter niet met terugwerkende kracht worden toegewezen.

Voor het boekjaar 2019 bedroeg het werkelijk toegekende bedrag € 5.000,00.

Voor het boekjaar 2020 bedroeg het werkelijk toegekende bedrag € 5.000,00.

Voor het boekjaar 2021 bedroeg het werkelijk toegekende bedrag € 5.000,00.

Voor het boekjaar 2022 bedroeg het werkelijk toegekende bedrag € 5.000,00.

Eenieder mag zich richten tot deze vzw om van haar ondersteuning te genieten. Leden en niet-leden van het ziekenfonds genieten daarbij van dezelfde voordelen.

De vzw "Calyps’autre" heeft tot doel ondersteuning, begeleiding, omkadering, en bijstand te bieden aan mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap. In dit kader kan Calyps’autre met name ondersteuning bieden, zonder exhaustief te zijn, door:

* 1. het opstellen van een lijst van plaatsen in België en in het buitenland die toegankelijk en bereikbaar zijn voor mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap, en, in voorkomend geval, de uitwerking van een gids bestemd voor geïnteresseerden;
	2. het begeleiden van mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap op vakantie of tijdens een kort verblijf en organiseren van leuke activiteiten voor kinderen met een handicap die aangepast zijn aan hun handicap;
	3. het verzekeren van opvang voor kinderen met een handicap door begeleiders tijdens de gezinsvakantie in België of in het buitenland;
	4. het begeleiden en ondersteunen van mensen met een handicap en/of hun familie bij hun contacten met de regionale diensten voor vervangende zorg en het S.J.R ;
	5. het organiseren van rondetafelgesprekken, een plaats waar geluisterd wordt naar ouders en waar ze zich kunnen ontspannen;
	6. het organiseren van evenementen om het maatschappelijk doel te bevorderen;
	7. het organiseren van alle noodzakelijke opleidingen, stappen of initiatieven die vereist zijn om het maatschappelijk doel van de vereniging te bereiken;
	8. …

De vereniging is gemachtigd om alle burgerlijke daden te stellen, roerende en onroerende transacties te doen, en hulp en samenwerking of deelname te bieden via alle mogelijke middelen, aan ondernemingen of organismes die dezelfde doelstellingen nastreven of waarvan de activiteit bijdraagt of zou kunnen bijdragen tot het verwezenlijken van deze doelen.

Aanvullende diensten georganiseerd door het ziekenfonds in het kader van de samenwerkingsakkoorden met de vzw "Multi-Care"

artikel 65.

1. Dienst "Thuiszorg".

Aangeslotenen bij het ziekenfonds die 65 jaar zijn of ouder, of aangeslotenen met een erkende handicap van meer dan 66%, genieten een voordeeltarief voor kleine herstelwerken of renovatiewerken aan hun woning, met uitzondering van schoonmaakwerk, en voor tuinonderhoud, met uitzondering van grasmaaien. De tarieven staan vermeld in Bijlage 6 aan deze statuten.

2. Dienst "Psychologie".

Leden van het ziekenfonds kunnen aan een voordeeltarief genieten van een consult bij een psycholoog. De tarieven staan vermeld in Bijlage 5 aan deze statuten.

Het ziekenfonds stelt eveneens een telefoonlijn ter beschikking voor de leden zodat zij maximaal 3 maal per jaar kunnen gebruik maken van een psychologische ondersteuning.

 Administratief centrum

artikel 66.

Verdeelcentrum (98/1)

Het administratief centrum beoogd onder code 98/1 heeft als functie het ontvangen en verdelen van de financiële stromen betreffende de lasten en de opbrengsten die gemeenschappelijk zijn voor de diensten genoemd onder artikel 3,1, b) en c), en 7, §§ 2 en 4, van de wet van 6 augustus 1990, en die niet rechtstreeks aan één of meerdere van de voornoemde diensten kunnen worden toegewezen.

De lasten die toegewezen worden aan dit centrum worden volledig verdeeld over de verschillende diensten op basis van objectieve verdeelsleutels. Na afloop van het boekjaar zal deze dienst een resultaat vertonen gelijk aan nul.

artikel 67.

Administratieve dienst (98/2)

De administratieve Dienst (98/2), te onderscheiden van het verdeelcentrum (98/1), heeft tot doel, in voorkomend geval, de mali van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 95, §5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten laste te nemen en dit in het bijzonder in de mate van de geïnde administratieve bijdragen en de eventuele boni van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verworven in de loop van de vorige boekjaren en toegewezen aan deze dienst. Aan deze dienst met code 98/2 worden ook de opbrengsten en kosten toegewezen die door de Controledienst worden vastgesteld.

Arbitrage

artikel 68.

Onverminderd de bevoegdheid van de Arbeidsrechtbanken, zoals bepaald in de artikelen 578 tot 583 van het Gerechtelijk Wetboek, kunnen de partijen ook beslissen het geschil dat is gerezen bij scheidsrechterlijke overeenkomst te onderwerpen aan een arbitrage volgens de procedure voorgeschreven door het Gerechtelijk Wetboek.

Hoofdstuk V - Fondsen, gebruik en beheer van deze fondsen

artikel 69. De fondsen van het ziekenfonds voor de aanvullende diensten worden opgenomen onder codes 15 (overige verrichtingen), 37 ( sociale dienst), 38 (financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren, 98/1 en 98/2 (administratief centrum).

artikel 70.

Elke kas wordt gefinancierd door :

1. de bijdragen, de toelagen van de overheid, schenkingen, legaten, diverse ontvangsten en inkomsten die ervoor bestemd zijn;

2. rente op beleggingen.

Elke dienst moet de eigen administratiekosten dragen, alsook de lasten die verband houden met de geboden dienst overeenkomstig het eerste lid van de artikelen 74 en 75 van het KB van 21 oktober 2002 houdende uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfonds.

Artikel 71.

Indien een dienst onvermogend blijkt om het hoofd te bieden aan de uitgaven die de dienst toekomen, vanwege ontoereikende financiële middelen, moet de Raad van Bestuur een buitengewone Algemene Vergadering bijeenroepen om maatregelen vast te stellen in het licht van de situatie.

artikel 72.

Op 31 december van elk jaar worden de rekeningen afgesloten door de Raad van Bestuur, die de rekeningen vervolgens voorlegt aan de Algemene Vergadering.

artikel 73.

Het ziekenfonds beschikt daarnaast in zijn hoedanigheid als mandataris van de Landsbond over middelen in de hoedanigheid van verzekeringsinstelling in het wettelijk stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en gezondheidszorgen en uitkeringen.

artikel 74.

De middelen, zowel in de aanvullende verzekering, als in de verplichte verzekering, worden beheerd overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen.

De middelen mogen in geen geval worden aangewend voor een ander doel dan het doel uitdrukkelijk toegewezen in de statuten.

Hoofdstuk VI - Samenwerking

artikel 75.

Met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen bepaald onder artikel 2, b), eerste lid, kan het ziekenfonds samenwerken met publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen.

Hiertoe wordt een samenwerkingsakkoord gesloten, dat melding maakt van het doel en de wijze van samenwerking, alsook van de rechten en verplichtingen die hieruit voortvloeien voor de leden en hun personen ten laste.

Het samenwerkingsakkoord en de wijzigingen ervan worden goedgekeurd of opgezegd door de Algemene Vergadering en aan de Controledienst toegestuurd. De Raad van Bestuur brengt jaarlijks verslag uit aan de Algemene Vergadering omtrent de uitvoering van de gesloten akkoorden, alsook ook over de wijze van aanwending van de middelen die daarvoor door het ziekenfonds zijn verstrekt.

Hoofdstuk VII - Ontbinding

artikel 76.

Het ziekenfonds kan ontbonden worden door een beslissing van de Algemene Vergadering die daartoe speciaal is samengeroepen.

De bepalingen van de artikelen 10, 11 en 12, § 1, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990 zijn hierop van toepassing.

De uitnodiging vermeldt:

1. de redenen van de ontbinding;

2. de meest recente financiële toestand van het ziekenfonds, vastgesteld op een datum die niet langer dan drie maanden in het verleden ligt;

3. het verslag van de bedrijfsrevisor over de financiële toestand. Dit verslag geeft onder meer aan of de financiële toestand die wordt weergegeven een volledig en getrouw beeld geeft;

4. de voorwaarden voor de vereffening;

5. het voorstel/de voorstellen betreffende de bestemming van de overblijvende activa.

artikel 77.

De Algemene Vergadering die tot de ontbinding van het ziekenfonds beslist, stelt onder de revisoren, leden van het Instituut voor Bedrijfsrevisoren, één of meer Vereffenaars aan, overeenkomstig de bepalingen van artikel 46 van de wet van 6 augustus 1990.

Om over te kunnen gaan tot ontbinding van het ziekenfonds en te beslissen welke bestemming te geven aan de overblijvende activa is de goedkeuring vereist van de Landsbond.

artikel 78.

a) Bij ontbinding van het ziekenfonds worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

b) Bij stopzetting of ontbinding van één of meer diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b), van de wet van 6 augustus 1990, worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

Hoofdstuk VIII - Wijzigingen van de statuten – gevallen waarin de statuten niet voorzien

artikel 79**.**

De statuten kunnen worden gewijzigd op initiatief van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is verplicht om elk voorstel van statutenwijziging dat door ten minste vijf bestuurders is ondersteund, voor te leggen aan de Algemene Vergadering.

De statuten van het ziekenfonds kunnen alleen worden gewijzigd door de Algemene Vergadering, die hiertoe bijeengeroepen wordt en beraadslaagt zoals bepaald in de wet of in de statuten. De statuten kunnen slechts worden gewijzigd indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is, en de beslissing met een meerderheid van twee derden van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

Zo het vereiste aanwezigheidsquorum niet is bereikt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen, die dan rechtsgeldig beslist ongeacht het aantal aanwezige leden.

artikel 80

De tekst met voorstellen tot statutenwijzigingen moet ten minste 8 kalenderdagen voorafgaand aan de Algemene Vergadering worden toegestuurd aan de afgevaardigden, tenzij er sprake is van overmacht of urgentie.

De afgevaardigden kunnen deze voorstellen amenderen. De tekst van de amendementen moet ten minste twee dagen voorafgaand aan de datum van de Algemene Vergadering worden toegestuurd aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds.

article 81

Tabel met de jaarlijkse bijdragen (Aanvullende Verzekering)

Verrichtingen – ziekenfonds 128,88 €

Vzw Calyps’Autre 0,24 €

Vzw Multicare 1,20 €

Neutrale Landsbond – zorgen in het buitenland 4,32 €

Vzw NZ-Vakanties 2,16 €

 \_\_\_\_\_\_\_\_

 136,80 €

Hoofdstuk IX : Van kracht worden

artikel 82.

Deze statuten worden van kracht op 1 juli2023.

 De Ondervoorzitter De Voorzitter

 M. BECKERS M. BREYER