



Statuts Hospitalia 2026

Version coordonnée en vigueur au 1er janvier 2026

**Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été décidées par
l'Assemblée Générale de la Société Mutualiste d'Assurances le 15 octobre 2025**

"Entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de la loi précitée, sous le numéro de code OCM 750/01"

Les statuts de la Société Mutualiste d'Assurances sont disponibles sur le site Internet de celle-ci, à l'adresse suivante : <https://www.mloz.be/fr/content/statuts-mloz-insurance>

Contenu

Chapitre I – Dénomination, objet, siège social et circonscription	7
Article 1	7
Article 2	8
Article 3	8
Article 4	8
Chapitre II – Admission, désaffiliation et exclusion des assurés	10
Article 5	10
Article 5bis : Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir assuré au sein de la Société Mutualiste d'Assurances.....	12
Article 5ter : Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la qualité d'assuré au sein de la Société Mutualiste d'Assurances et sur le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances.....	12
Article 6 : Ouverture du droit à l'affiliation	13
Article 7 : Désaffiliation.....	17
Article 8 : Montant des primes.....	18
Article 9 : Modalités de paiement des primes	20
Article 10	20
Article 11.....	20
Chapitre III – Organes de société mutualiste d'assurances	21
Section 1 - L'Assemblée Générale	21
Sous-section 1 : Composition de l'Assemblée Générale	21
Article 12	21
Sous-section 2 : Election de l'Assemblée Générale.....	21
Article 13	21
Article 14	21
Article 15	22
Article 16.....	22
Article 17.....	22
Article 18.....	22
Article 19	23
Article 20.....	23
Article 21	23
Article 22.....	24
Article 23.....	24
Article 24.....	24
Article 25.....	24
Article 26.....	25
Article 27	25
Article 28.....	25
Article 29	25
Article 30.....	26
Article 31	26
Sous-section 3 : Installation de l'Assemblée Générale	26
Article 32	26
Sous-section 4 : Perte de la qualité de délégué	26
Article 33.....	26
Sous-section 5 : Compétences de l'Assemblée Générale.....	27
Article 34.....	27
Article 35.....	27
Article 35 bis	27
Sous-section 6 : Délibérations de l'Assemblée Générale.....	28
Article 36	28
Article 36 bis	28
Article 37	30
Article 38	31

Article 39.....	31
Article 40.....	31
Section 2 - Le Conseil d'Administration.....	31
Sous-section 1 : Composition du Conseil d'Administration	31
Article 41.....	31
Article 42.....	32
Article 43.....	32
Sous-section 2 : Election du Conseil d'Administration.....	33
Article 44.....	33
Article 45.....	33
Article 46.....	35
Article 47.....	35
Sous-section 3 : Remplacement, démission ou révocation des Administrateurs	36
Article 48.....	36
Article 49.....	36
Sous-section 4 : Compétences du Conseil d'Administration	36
Article 50.....	36
Article 51	37
Article 52.....	38
Article 52bis.....	38
Sous-section 5 : Délibérations du Conseil d'Administration.....	38
Article 53.....	38
Article 53bis.....	38
Article 54.....	40
Article 55.....	40
Article 56.....	41
Article 56bis	41
Section 3 - Le Président, les Vice-Présidents, le Directeur Général, le Trésorier, et le Secrétaire de la Société Mutualiste d'Assurances.....	42
Article 57	42
Article 58.....	42
Article 59.....	42
Article 60.....	42
Article 60bis	42
Article 61	43
Section 4 - Le Comité de Direction	43
Sous-section 1 : Composition du Comité de Direction	43
Article 62.....	43
Sous-section 2 : Compétences du Comité de Direction.....	44
Article 62bis	44
Section 5 - Le Comité d'Audit et de Gestion des Risques	45
Article 62ter.....	45
Section 6 - Le Comité de Placement.....	45
Article 62 quater	45
Chapitre IV – Les avantages octroyés par la société mutualiste d'assurance.....	47
Article 63 : Définitions	47
Article 64 : Ouverture du droit à l'intervention	52
Article 65 : Exclusions et limites générales	55
Article 66 : Principes généraux de couverture	62
Article 67 : Assistance en Belgique pour les assurés du produit Hospitalia Smart.....	65
Article 67bis : Assistance en Belgique "Hospitalia Assist" pour les assurés des produits Hospitalia Care et Hospitalia Plus	66
Article 68 : Prescription	72
Article 69 : Contrôle médical	72
Article 70 : Paiement des avantages.....	72
Article 70bis : Paiement des acomptes.....	73
Article 71.....	74
Article 72 : Modification des conditions de couverture	74
Section 1 : Hospitalia Smart.....	74

Article 73 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	74
Article 74 : Hospitalisation en Belgique.....	75
Article 74bis : Hospitalisation en Belgique, en chambre commune ou à deux lits.....	76
Article 74ter : Hospitalisation en Belgique, transport urgent en ambulance ou en hélicoptère.....	76
Article 74quater : Soins préhospitaliers en Belgique.....	76
Article 75 : Accouchement à domicile en Belgique	78
Article 75bis : supprimé (01/04/2003).....	78
Article 76 : Hospitalisation de jour en Belgique	78
Article 77 : Hospitalisation à l'étranger.....	78
Article 78 : Soins posthospitaliers en Belgique	78
Article 78bis : Séjour posthospitalier en Belgique.....	80
Article 78ter : Garantie "Maladies Graves" (en option).....	80
Section 2 : Hospitalia Care	82
Article 79 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	82
Article 80 : Hospitalisation en Belgique	82
Article 80bis : Hospitalisation en Belgique, en chambre commune ou à deux lits.....	84
Article 80ter : Hospitalisation en Belgique, transport urgent en ambulance ou en hélicoptère	84
Article 80quater : Hospitalisation en Belgique : séjour en maison d'accueil et soins néonatals après l'hospitalisation	84
Article 81 : Hospitalisation de jour en Belgique	84
Article 81bis : Accouchement à domicile en Belgique	84
Article 82 : Hospitalisation à l'étranger.....	84
Article 83 : Soins préhospitaliers en Belgique	85
Article 84 : Soins posthospitaliers en Belgique.....	86
Article 84bis : Séjour posthospitalier en Belgique	88
Article 85 : Garantie "Maladies Graves" (en option).....	88
Section 2Bis : Hospitalia Plus	88
Section 3 : Hospitalia Ambulatoire	89
Article 86 : étendue territoriale	89
Article 87 : Liberté thérapeutique	89
Article 88 : Conditions de remboursement.....	89
Article 89 : Honoraires médicaux - Consultations – Visites – Prestations techniques.....	89
Article 90 : Frais pharmaceutiques déboursés hors milieu hospitalier	90
Article 91 : Prothèses	90
Article 92 : Cumul de remboursements	91
Section 4 : Forfait H	91
Article 93 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	91
Article 94 : Hospitalisation en Belgique	92
Article 95 : Hospitalisation de jour en Belgique	92
Section 5 : Hospitalia Continuité	92
Article 96 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	92
Section 6 : Dentalia Plus	92
Article 96bis : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	92
Article 96ter : Territorialité	93
Article 96quater : Taux de remboursement et plafonds annuels d'intervention	93
Section 6BIS: Medicalia	94
Article 96quinquies: Etendue territoriale.....	94
Article 96sexies: Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	94
Article 96septies : Taux de remboursement et plafonds annuels d'intervention	96
Article 96octies : Cumul de remboursements	96
Section 6Ter : Dentalia Up	96
Article 96nonies : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances	96
Article 96decies : Territorialité.....	98
Article 96undecies : Taux de remboursement et plafonds d'intervention	99
Section 7 : Indemnités journalières OZ	103
Article 97 : Interventions de la Société Mutualiste d'Assurances	103
Section 8 : Indemnités journalières Xerius	106
Article 98 : Interventions de la Société Mutualiste d'Assurances.....	106
Article 98bis : Rechute.....	109
Article 98ter : Principe de territorialité	109

Section 9 : Comfort et Comfort+	109
Article 99 : Interventions Comfort (les interventions sont limitées aux prestations réalisées sur le territoire belge).....	109
Article 99bis : Interventions Comfort+ (les interventions sont limitées aux prestations réalisées sur le territoire belge).....	112
Section 10 : Income Two	113
Article 100 : Conditions d'admission	113
Article 100bis : Début, durée et fin de la garantie	114
Article 100ter : Interventions Income Two	115
 Chapitre IV Bis – Service administratif	 117
Article 101	117
 Chapitre V – Composition des fonds sociaux.....	 118
Article 102 : Composition des fonds sociaux.....	118
 Chapitre VI - Collaboration	 119
Article 103 : (supprimé au 01.07.2006).....	119
 Chapitre VII – Modification des statuts	 120
Article 104.....	120
 Chapitre VIII – Dissolution et liquidation	 121
Article 105.....	121
Article 106.....	121
 Chapitre IX – Cas non prévus par les statuts	 122
Article 107 : (supprimé : juin 2013).....	122
 Chapitre X – Entrée en vigueur des statuts	 123
Article 108.....	123
 Chapitre XI – Disposition finales	 124
Article 109	124
 Annexe : primes au 1 ^{er} JANVIER 2026.....	125
 Annexe : Indemnisation des membres des instances.....	134

Société Mutualiste d'Assurances : "MLOZ Insurance" établie à Bruxelles
Agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités
(Moniteur Belge du 16 août 2011)

STATUTS

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

Vu la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurances ou de réassurances;

Vu la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances;

Vu la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (!);

Après délibération, l'Assemblée Générale Extraordinaire, réunie le 15 octobre 2025 à Bruxelles, a décidé, au quorum de présence et à la majorité des voix requise par la loi, de fixer les statuts de la Société Mutualiste d'Assurances comme suit :

Chapitre I – Dénomination, objet, siège social et circonscription

Article 1

Une société mutualiste s'est établie à Bruxelles, le 30 janvier 1981, sous la dénomination "Mutuelle Entraide Hospitalisation - Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten". Elle est couramment dénommée HOSPITALIA.

Par ailleurs, une autre société mutualiste s'est établie à Bruxelles, le 13 septembre 1985, sous la dénomination Mutualité G+ - Ziekenfonds G+. A dater du 1er juillet 1997, elle a pris la dénomination MEDI+ et à dater du 26 janvier 1998, la dénomination MEDIMUT.

Les deux sociétés mutualistes précitées ont fusionné le 1^{er} janvier 2000 et, à cette date, la Société Mutualiste issue de la fusion prend la dénomination "Mutuelle Entraide Hospitalisation – Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten". Elle est couramment dénommée HOSPITALIA. A dater du 1^{er} octobre 2017, la Société Mutualiste d'Assurances a pris la dénomination "MLOZ Insurance".

Une mutualité s'est établie à Anvers le 9 novembre 1966 sous la dénomination 'Onderling Ziekenfonds Vlaams Economisch Verbond', reconnue par l'Arrêté Royal du 3 février 1967 (Moniteur Belge du 24 février 1967) et modifiée par l'Assemblée Générale du 15 mai 1991 en la Société Mutualiste 'Ziekteverzekering VEV'.

A partir du 20 mars 2007, la Société Mutualiste prend la dénomination suivante : 'Xerius Ziekteverzekering Maatschappij van Onderlinge Bijstand'. Jusqu'au 31 décembre 1990, la 'Xerius Ziekteverzekering Maatschappij van Onderlinge Bijstand' était affiliée à l'ancienne association des mutualités libres professionnelles flamandes (Vlaamse Onafhankelijke Beroepsziekenfondsen).

Cette association a pris la dénomination de 'Onafhankelijke Ziekenfondsen' le 1^{er} janvier 1992 et a ensuite été dénommée 'Onafhankelijk Ziekenfonds 501' à partir du 1^{er} janvier 1996.

Conformément à la décision de l'Assemblée Générale du 30 novembre 2011, le nom de 'Xerius Ziekteverzekering' a été modifié en 'OZ Verzekeringen'.

OZ Verzekeringen est devenue une entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle, par décision du 23 novembre 2011 et du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal précité.

En application de l'article 43bis § 5 de la loi du 6 août 1990, s'est établie à Bruxelles le 1^{er} avril 2012 une Société Mutualiste d'Assurances sous le nom "Société Mutualiste d'Assurances SECUREX".

Les trois sociétés mutualistes précitées ont fusionné le 1^{er} janvier 2017 et, à cette date, la Société Mutualiste d'Assurances issue de la fusion prend la dénomination "Mutuelle Entraide Hospitalisation – Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten". Elle est couramment dénommée HOSPITALIA.

A partir du 1^{er} octobre 2017, la Société Mutualiste d'Assurance prend la dénomination « MLOZ Insurance ».

La Société Mutualiste d'Assurances est une entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions Nationales des mutualités, par décision du 24 juin 2013 :

- pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance et
- pour couvrir, à titre complémentaire à l'assurance, des risques qui appartiennent à l'assistance, telle que visée dans la branche 18 de l'annexe I de la loi précitée.

La Société Mutualiste d'Assurances présente un caractère civil et exerce ses activités sans but lucratif.

La société est désignée ci-après dans les statuts : la Société Mutualiste d'Assurances. Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2

Conformément à l'article 70, § 6 de la loi du 6 août 1990, la Société Mutualiste d'Assurances a pour objet de garantir à ses assurés, affiliés de façon facultative, tels que définis à l'article 5, la couverture des débours en matière de frais pour soins de santé effectués d'une part avant, pendant ou après une hospitalisation et en relation avec celle-ci et, d'autre part, sans relation avec une hospitalisation et ce, dans les conditions définies par les présents statuts.

Pour les soins en relation avec une hospitalisation, les assurés peuvent opter pour une couverture forfaitaire, dénommée Forfait H, ou pour une des couvertures indemnитaires suivantes : Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus. Les assurés peuvent également opter pour Hospitalia Continuité, une couverture complémentaire à celle de l'assurance hospitalisation collective d'une compagnie d'assurances privée, offerte par l'employeur.

Pour les soins sans relation avec une hospitalisation, les assurés peuvent souscrire à une couverture des soins ambulatoires, dénommée Hospitalia Ambulatoire ou Medicalia, ainsi qu'à une couverture des soins dentaires, dénommée Dentalia Plus ou Dentalia Up.

Aucune nouvelle affiliation à Medicalia ou transfert vers celui-ci ne sera effectué à compter du 1er juillet 2022.

Aucune nouvelle affiliation à Dentalia Plus ou transfert vers celui-ci ne sera effectué à compter du 1er juillet 2023.

En outre, les assurés d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus peuvent souscrire en complément la Garantie "Maladies Graves".

La Société Mutualiste d'Assurances a notamment pour but de proposer à ses assurés, affiliés de façon facultative, tels que définis à l'article 5, les produits :

- 'Comfort', 'Comfort+',
- 'Income Two'.

Aucune nouvelle affiliation ne sera effectuée à compter du 1^{er} janvier 2017.

La Société Mutualiste d'Assurances peut en outre proposer les assurances suivantes :

- Service pour les indemnités journalières, jusqu'au 1^{er} janvier 2012, organisé par la mutualité Onafhankelijk Ziekenfonds 501 - ci-après : Indemnités journalières OZ.
- Service pour les indemnités journalières, jusqu'au 1^{er} janvier 2012, organisé par la Société Mutualiste d'Assurances Xerius Ziekteverzekering, et à partir du 1^{er} janvier 2012 par l'Association d'Assurance Mutuelle Xerius - ci-après : Indemnités journalières Xerius.

Aucune nouvelle affiliation ne sera effectuée à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 3

Le siège social de la Société Mutualiste d'Assurances est établi à 1070 Bruxelles, route de Lennik 788A, dans l'arrondissement judiciaire de Bruxelles. Il peut être modifié à tout moment par décision de l'Assemblée Générale.

Article 4

La Société Mutualiste d'Assurances est répartie en 3 sections :

- Partena – Mutualité Libre
- Freie Krankenkasse
- Helan Onafhankelijk ziekenfonds

Toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

Pour pouvoir maintenir sa reconnaissance en tant que section de la Société Mutualiste d'Assurances, la section doit s'engager à offrir exclusivement les assurances suivantes qui sont obligatoires pour toutes les sections et facultatives pour leurs assurés :

- Forfait H
- Hospitalia Smart
- Hospitalia Care
- Hospitalia Plus
- La Garantie "Maladies Graves" complémentaire à Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus
- Hospitalia Continuité
- Hospitalia Ambulatoire
- Dentalia Plus
- Dentalia Up

Les assurances suivantes sont facultatives pour les sections et facultatives pour leurs assurés : Indemnités journalières OZ, Indemnités journalières Xerius, Comfort et Comfort+, Income Two et Medicalia.

En ce qui concerne les services Comfort et Comfort+ et Income Two, le maintien de la couverture est conditionné à l'affiliation en tant que membre auprès des mutualités Partena-Mutualité Libre ou Helan Onafhankelijk ziekenfonds.

En cas de non-respect de cette règle, la section peut être exclue de la Société Mutualiste d'Assurances. La décision d'exclusion doit être prise par le Conseil d'Administration et ratifiée par l'Assemblée Générale et ce, à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés. Aucun quorum de présence spécifique n'est requis. Les assurés précédemment affiliés à la Société Mutualiste d'Assurances par l'intermédiaire d'une section exclue peuvent rester assurés à la Société Mutualiste d'Assurances moyennant transfert vers une autre section visée à l'alinéa 1^{er}.

Chapitre II – Admission, désaffiliation et exclusion des assurés

Article 5

1. Peuvent s'affilier à la Société Mutualiste d'Assurances :

- 1° les personnes;
- 2° leur conjoint ou cohabitant et leurs enfants, considérés comme à charge du ménage en assurance obligatoire;

affiliés auprès de l'une des sections reprises à l'article 4, à l'exception des conjoints ou cohabitants et des enfants des assurés déjà affiliés auprès de la Société Mutualiste d'Assurances au 10 septembre 2000.

Si elle décide de s'affilier, la personne visée en 1° est tenue obligatoirement d'affilier les personnes visées en 2°, sauf lorsque le conjoint ou cohabitant ou les enfants considérés comme à charge en assurance obligatoire sont déjà couverts par une assurance similaire du type "frais réels". Si la personne visée en 1° décide d'affilier une personne visée en 2°, elle est tenue obligatoirement de s'affilier et d'affilier également les autres personnes à sa charge visées au 2°, sauf lorsqu'elle-même ou les personnes considérées comme à charge en assurance obligatoire sont déjà couvertes par une assurance similaire de type "frais réels". Cette obligation ne concerne pas le Forfait H et Hospitalia Continuité.

La radiation ou la démission d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier en application de l'article 5, alinéa 2.

L'affiliation du conjoint ou du cohabitant, et des enfants formant ménage avec celui-ci, devra obligatoirement avoir lieu dans le cadre de la même/des mêmes couvertures que celles choisies par le preneur d'assurance. Cette obligation n'est pas d'application en Dentalia Plus pour les nouvelles personnes à charge à partir du 01/07/2023.

Pour bénéficier de la couverture (exception faite pour les assurés affiliés à un produit Hospitalia avant le 10 septembre 2000), le preneur d'assurance doit être affilié, au niveau des services complémentaires, auprès d'une mutualité reconnue comme section de la Société Mutualiste d'Assurances dans le respect des règles fixées aux articles 5bis et 5ter. On entend par "assurance complémentaire" : les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance complémentaire (I), organisés par une mutualité reconnue comme section, par l'union nationale et par la société mutualiste auprès de laquelle la mutualité pourrait être affiliée.

Sans préjudice de l'article 6, 13^o de ces statuts l'affiliation à la Société Mutualiste d'Assurances doit être effective avant le 68^e anniversaire pour Hospitalia Care et Hospitalia Plus et la Garantie "Maladies Graves", avant le 65^e anniversaire pour Hospitalia Continuité, pour Hospitalia Ambulatoire, Dentalia Plus et Dentalia Up, et avant le 56^e anniversaire pour Income Two. Il n'y a pas de limite d'âge pour le Forfait H, Hospitalia Smart et Medicalia.

Il est fait exception à cette règle en faveur des personnes précédemment affiliées et en ordre de primes à une assurance hospitalisation, ainsi qu'au complément Garantie "Maladies Graves" ou une assurance ambulatoire, ou une assurance dentaire similaire auprès d'une autre entité mutualiste belge, ainsi que pour les assurés qui veulent modifier leur couverture d'assurance Dentalia Plus au profit de Dentalia Up.

La Garantie "Maladies Graves" complémentaire est acquise sans questionnaire médical à tous les assurés d'Hospitalia Smart au 31/12/2019, pour les maladies graves détectées après le 31/03/2020.

A compter du 1^{er} janvier 2017, plus aucune affiliation aux produits Comfort et Comfort+, Income Two, Dagvergoeding OZ et Dagvergoeding Xerius ne sera acceptée.

Un assuré qui se désaffilie d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus met automatiquement fin à la Garantie "Maladies Graves" qu'il aurait également souscrite.

Un assuré ne peut être affilié qu'à un seul produit d'assurance ambulatoire. Un assuré qui est déjà affilié à Hospitalia Ambulatoire ne peut s'affilier à Medicalia et inversement.

Un assuré auprès d'Hospitalia Ambulatoire ne peut modifier sa couverture d'assurance au profit de Medicalia à compter du 1er juillet 2022.

2. Pour le service Indemnité journalières OZ :

Trois types d'assurés existent au sein de ce service :

a. Les anciens assurés de la caisse primaire 'Antwerps Ziekenfonds'

Les personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire soins de santé conformément aux arrêtés royaux des 29 décembre 1997 et 28 juin 1969, qui étaient affiliées au 30 juin 1991 au service Indemnités journalières de la caisse primaire 'Antwerps Ziekenfonds' et qui paient leurs primes pour le service Indemnités journalières OZ.

b. Les anciens assurés de la caisse primaire 'Helpt elkander'

Les personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire soins de santé conformément aux arrêtés royaux des 29 décembre 1997 et 28 juin 1969, qui étaient affiliées au 30 juin 1991 au service Indemnités journalières de la caisse primaire 'Helpt elkander' et qui paient leurs primes pour le service Indemnités journalières OZ.

c. Indemnités journalières mutualité (+ assurés ex-SMA 'Medische Ziekenkas')

Les personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire soins de santé conformément aux arrêtés royaux des 29 décembre 1997 et 28 juin 1969, qui sont soumises au statut d'indépendant et inscrites à une caisse d'assurances sociales reconnue et qui paient leurs primes pour le service Indemnités journalières OZ.

Les nouvelles affiliations à ce service ou la hausse de série ne sont plus possibles.

Sauf en cas de désaffiliation conformément à l'article 7 ou 10 des statuts, l'affiliation au service Indemnités journalières OZ prend fin au 65^e anniversaire de l'assuré, ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

3. Point spécifique pour le service Indemnités journalières Xerius

Le service est encore organisé au profit des personnes qui se trouvaient dans l'une des situations suivantes à la date du 31 décembre 2011 :

- incapacité physiologique pour les assurés qui paient des primes conformément à l'article 98. I, points 1 et 2
- incapacité physiologique et économique pour les assurés qui paient des primes conformément à l'article 98. I, points 3 et 4.

Les nouvelles affiliations à ce service ou les hausses de série ne sont plus possibles.

L'affiliation au service Indemnités journalières Xerius prend fin au 65^e anniversaire de l'assuré, ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

La durée déterminée dans l'alinéa précédent n'est pas valable dans les cas suivants :

- pour toutes les séries : en cas de fin de l'affiliation en raison d'une désaffiliation conformément à l'article 7 ou 10 des statuts
- pour les séries mentionnées dans l'article 98 I points 3 et 4 : à la demande de l'assuré et dans l'intérêt de ce dernier, la durée du contrat d'assurance peut être écourtée jusqu'au 60^e anniversaire de l'assuré, ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

Article 5bis : Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir assuré au sein de la Société Mutualiste d'Assurances

- 1° La personne qui est, au sein d'une mutualité reconnue comme section, un assuré dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut devenir assuré de la Société Mutualiste d'Assurances. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.
- 2° La personne qui est, au sein d'une mutualité reconnue comme section, un assuré dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut devenir assuré de la Société Mutualiste d'Assurances et ne peut donc pas bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances.

Elle ne peut, par la suite, devenir assuré de la Société Mutualiste d'Assurances et bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances aux conditions fixées par les présents statuts, que si elle est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire de sa mutualité depuis qu'est entamée la période subséquente, visée, selon le cas, à l'article 2quater, alinéa 3, ou à l'article 2quater, alinéa 4, de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités durant laquelle elle doit y payer lesdites cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un assuré qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ses cotisations pour les services de l'assurance complémentaire de sa mutualité depuis qu'est entamée la période visée à l'alinéa précédent, cette personne perd sa qualité d'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances. Cette période de 6 mois est suspendue :

- 1° lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations visées se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

Article 5ter : Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la qualité d'assuré au sein de la Société Mutualiste d'Assurances et sur le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances

- 1° La personne qui devient, au sein d'une mutualité reconnue comme section, un assuré dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité d'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.
- 2° La personne qui devient, au sein d'une mutualité reconnue comme section, un assuré dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité d'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances et ce, même si elle était en ordre au niveau du paiement des primes pour la Société Mutualiste d'Assurances.

Elle ne peut redevenir assuré de la Société Mutualiste d'Assurances et bénéficier à nouveau de la couverture de la Société Mutualiste d'Assurances aux conditions fixées par les présents statuts pour les nouvelles affiliations à cette date, que si elle est en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire de sa mutualité depuis qu'est entamée la période

subséquente, visée, selon le cas, à l'article 2quater, alinéa 3, ou à l'article 2quater, alinéa 4, de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités durant laquelle elle doit y payer lesdites cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un assuré qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ses cotisations depuis qu'est entamée la période visée à l'alinéa précédent, cette personne perd sa qualité d'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances. Cette période de 6 mois est suspendue :

- 1° lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations visées se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

Article 6 : Ouverture du droit à l'affiliation

- 1° Est affilié à la Société Mutualiste d'Assurances celui qui, dans les conditions décrites ci-après, s'est vu reconnaître le droit aux prestations octroyées par la Société Mutualiste d'Assurances, moyennant le paiement d'une prime.
- 2° Toute demande d'affiliation doit être adressée à la Société Mutualiste d'Assurances (route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles) via la section visée à l'article 4, au moyen des formulaires établis par la Société Mutualiste d'Assurances ou via le site internet de la section à laquelle le client est lié.
Les données médicales seront, en application de la législation relative à la vie privée, envoyées, à la même adresse, à l'attention du Conseiller Médical.
- 3° Pour être valable, la demande d'affiliation doit contenir :
 - tous les renseignements administratifs afférents aux personnes visées à l'article 5 pour qui l'affiliation est demandée;
 - la déclaration du candidat preneur d'assurance selon laquelle il a pris connaissance des statuts et qu'il y souscrit;
 - un questionnaire médical dûment complété (sauf pour le Forfait H, Dentalia Plus, Dentalia Up, Medicalia, Comfort, et Comfort+), pour chaque personne visée à l'article 5, pour qui l'affiliation est demandée, et signé par le candidat preneur d'assurance;
 - et pour Hospitalia Continuité, une pièce probante, ou à défaut, une attestation sur l'honneur écrite par le candidat preneur d'assurance, prouvant que les personnes visées à l'article 5 sont/seront assurées en cas d'hospitalisation par une assurance groupe de l'employeur à la date d'affiliation à ce produit.
- 4° Un examen médical peut être imposé par le Conseiller Médical visé à l'article 69 des présents statuts. Toute omission ou inexactitude intentionnelles dans la déclaration quant aux affections dont l'assuré aurait connaissance, entraînera le refus d'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances, ainsi que les sanctions prévues à l'article 10.
- 5° L'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances a reçu la demande d'affiliation (le datage interne du document de demande d'affiliation par la mutualité ou l'enregistrement du document à la réception par scanning ou online faisant foi), étant entendu que cette date de prise de cours ne peut être antérieure à ce que prévoient les dispositions de l'article 3bis, alinéa 2, 1° et 2° de la loi du 6 août 1990, et pour autant que :

- a) la première prime soit reçue par la Société Mutualiste d'Assurances (au guichet, par virement ou par domiciliation) pour chaque assuré visé à l'article 5, au plus tard le dernier jour du 3^e mois qui suit la date d'affiliation. Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation.
 - b) sans préjudice de l'application du point ci-avant, l'affiliation d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de 3 ans, ne pouvant bénéficier de la suppression du stage telle que prévue à l'article 64, 2^o, 2), prend cours le premier jour du mois qui suit sa naissance ou son adoption, à condition que la demande d'affiliation et le questionnaire médical (lorsque celui-ci est exigé) soient envoyés ou remis avant la fin du 3^e mois qui suit la naissance ou la date officielle de l'adoption et que la première prime soit perçue conformément à l'article 6, 5^o, a).
- 6^o Au cas où un délai de plus de 3 mois s'écoulerait entre la date d'affiliation prévue au point 5^o et la date de réception de la prime, cette prime sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.
- 7^o Sauf exceptions prévues par les statuts, chaque candidat assuré ou au transfert doit compléter un questionnaire médical. Ce questionnaire médical a pour objectif :
- soit dans le cadre d'Hospitalia Smart, d'Hospitalia Care, d'Hospitalia Plus ou d'Hospitalia Continuité de limiter éventuellement l'intervention, en cas de maladie, d'affection ou d'état préexistants, en cas d'hospitalisation en chambre particulière liée à cette maladie, affection ou cet état;
 - soit dans le cadre de la Garantie "Maladies Graves" complémentaire à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, de limiter l'intervention en cas de maladie grave préexistante, en refusant le remboursement des prestations ambulatoires reprises aux articles 78ter et 85 ;
 - soit pour Hospitalia Ambulatoire de limiter éventuellement l'intervention, en cas de maladie, d'affection ou d'état préexistants, en refusant le remboursement des prestations ambulatoires, reprises aux articles 89 à 91 des statuts, liées à cette maladie, affection ou cet état ;
 - soit pour Income Two de fournir des informations quant à l'état de santé antérieur et actuel du candidat-assuré ainsi que sur le type d'activités professionnelles et sportives.

L'affiliation au présent contrat est soumise à l'analyse par la Société Mutualiste d'assurances du questionnaire médical. Suite à cette analyse, la Société Mutualiste d'Assurances peut décider, soit l'affiliation du contrat sans surprime, soit d'affilier avec surprime, soit de refuser l'affiliation du contrat. La grille de tarification servant de base à cette analyse peut être obtenue sur simple demande.

Si, sur base du questionnaire médical, le Conseiller Médical estime devoir adresser à l'assuré une demande d'information complémentaire avant de statuer sur la demande d'affiliation ou la demande de changement de produit, l'assuré dispose de 45 jours pour y donner suite, à partir de la date d'expédition de ladite demande. Si ce délai est respecté et si le Conseiller Médical accepte l'affiliation ou le transfert avec ou sans limitation d'intervention, celle-ci prend cours selon les règles définies ci-dessus.

Si ce délai n'est pas respecté et vu l'absence d'informations complémentaires reçues, l'affiliation ou le transfert prend cours d'office selon les règles définies ci-dessus avec, pour la maladie ou l'affection ou l'état préexistants mentionnés sur le questionnaire médical, une limitation d'intervention pour Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus, la Garantie "Maladies Graves", Hospitalia Continuité ou Hospitalia Ambulatoire.

La Société Mutualiste d'Assurances ne pourra plus, pour limiter le bénéfice de l'intervention, invoquer à l'égard d'une personne assurée depuis plus de 24 mois, une omission ou une inexactitude non intentionnelle relative à son état de santé dans le questionnaire médical qu'elle a complété lorsque ces données se rapportent à un état, une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés d'une manière ou d'une autre au moment de l'entrée en vigueur de cette affiliation et qui n'a pas été diagnostiquée dans la même période de 24 mois.

Il en va de même lorsque ces données sont relatives à un état, une maladie ou une affection si cette maladie, affection ou état ne s'était pas encore manifesté d'une manière ou d'une autre au moment de l'entrée en vigueur de l'affiliation.

La tentative de suicide ne pourra être prise en compte par MLOZ Insurance pour déterminer l'état de santé actuel de l'assuré si cette tentative est survenue plus d'un an avant d'avoir complété le questionnaire médical.

- 8° La décision d'acceptation, avec ou sans limitation d'intervention/avec ou sans prime complémentaire, est communiquée par lettre au candidat preneur d'assurance.

L'assuré effectif recevra un document reprenant pour chaque assuré mentionné sur la demande d'affiliation :

- l'acceptation de l'affiliation, avec ou sans limitation d'intervention/avec ou sans prime complémentaire pour une ou plusieurs maladies ou affections préexistantes ou un ou plusieurs états préexistants, et/ou des activités professionnelles ou sportives pour le produit Income Two;
- le montant et la date du paiement de la première prime ;
- la date d'acceptation de l'affiliation et prise de cours de l'affiliation et la durée du stage visé à l'article 64, 2° ;
- la durée viagère de l'affiliation (ou jusqu'à 65 ans (66 ans et 67 ans, à partir de respectivement 2025 et 2030) pour Hospitalia Continuité), à l'exception du produit Income Two ;
- le produit d'assurance offert.

Le contrat d'assurance est formé par la lettre d'acceptation (avec ou sans limitation d'intervention) et les conditions générales, et par les avenants.

- 9° Tout preneur ou assuré dans le cadre du Forfait H peut demander son transfert vers Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, avec ou sans l'ajout de la Garantie "Maladies Graves", par la remise d'un questionnaire médical, accompagné d'une demande d'affiliation / de changement de produit, tel que prévu au point 3° et pour autant que la date du transfert précède son 68^e anniversaire pour Hospitalia Care, Hospitalia Plus et la Garantie "Maladies Graves".

L'affiliation à une couverture supérieure doit s'opérer dans le respect des articles 5, 8 b) et 64, 2°, 1). L'assuré continuera toutefois à bénéficier durant la période de stage, dans le cadre d'Hospitalia Smart, d'Hospitalia Care ou d'Hospitalia Plus, visée à l'article 64, 2°, 1, du remboursement des prestations tel que prévu dans la couverture inférieure (Forfait H), pour autant que le stage relatif à cette couverture ait lui aussi été intégralement accompli.

Sur base du questionnaire médical, le Conseiller Médical acceptera l'affiliation avec ou sans limitation d'intervention, conformément au point 7°.

Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus pourra, à tout moment, demander son transfert vers le Forfait H, par la remise d'une demande d'affiliation / de changement de produit, et ce, sans aucune condition, moyennant un stage d'une durée égale au prorata du nombre de mois qui reste éventuellement à courir pour accomplir le stage dans le cadre d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus.

- 10° Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Smart ou Hospitalia Care peut demander son affiliation, moyennant un stage de 3 mois, à la Garantie "Maladies Graves" ainsi qu'à une couverture supérieure, respectivement Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, selon le cas, avec ou sans la Garantie "Maladies Graves", par la remise d'un questionnaire médical, accompagné d'une demande d'affiliation / de changement de produit, tel que prévu au point 3° et pour autant que la date d'affiliation précède son 68^e anniversaire.

Sur base du questionnaire médical, le Conseiller Médical acceptera l'affiliation avec ou sans limitation d'intervention, conformément au point 7°.

Les limitations déjà prévues dans le cadre d'Hospitalia Smart ou Hospitalia Care, et la Garantie "Maladies Graves" seront également d'application à la couverture supérieure (Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, selon le cas) et la Garantie "Maladies Graves".

Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Care ou Hospitalia Plus pourra demander le transfert vers Hospitalia Smart ou Hospitalia Care, ou la suppression de la Garantie "Maladies Graves". Le transfert ou la suppression seront effectifs, sans le préavis d'un mois, le premier jour du mois suivant celui au cours duquel elle a été notifiée et ce, conformément à l'article 7, 2^e paragraphe.

- 11^o Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus peut demander son affiliation à la couverture complémentaire Hospitalia Ambulatoire, pour autant que la date d'affiliation à Hospitalia Ambulatoire précède son 65^e anniversaire. Cela entraînant une couverture complémentaire, la remise d'un questionnaire médical, accompagné d'une demande d'affiliation / de changement de produit, tel que prévu au point 3, sera de rigueur.

La limitation éventuelle du complément de couverture pour raison médicale n'aura aucune incidence sur l'affiliation préexistante. Le preneur ou l'assuré dont la demande aura été acceptée, avec ou sans limitation, sera tenu d'accomplir un nouveau stage dans le cadre d'Hospitalia Ambulatoire, tel que prévu à l'article 64, 2^o, 1).

La souscription à Hospitalia Ambulatoire entrera en vigueur conformément au point 5^o, a.

Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Ambulatoire pourra demander la suppression de cette couverture. La suppression sera effective, moyennant un préavis d'un mois débutant le premier jour du mois suivant celui au cours duquel elle a été notifiée.

- 12^o Tout preneur ou assuré à Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus ou au Forfait H peut demander son transfert vers Hospitalia Continuité et ce, sans stage, pour autant qu'il soit affilié depuis au moins 6 mois et ce, par la remise d'une demande d'affiliation/de changement de produit et des documents probants prouvant qu'il est couvert par une assurance hospitalisation de l'employeur en Belgique ou à l'étranger et pour autant que la date du transfert précède le 65^e anniversaire.

Si le preneur ou assuré avait également souscrit la Garantie "Maladies Graves", celle-ci prendra automatiquement fin à la date du transfert vers Hospitalia Continuité.

Complémentairement, un questionnaire médical sera demandé au moment de l'affiliation à Hospitalia Continuité. Celui-ci ne sortira ses effets que lors du transfert ultérieur au produit Hospitalia Smart ou Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, et également, si cette option est souscrite, à la Garantie "Maladies Graves" si la couverture de ce produit est supérieure à la couverture dont disposait l'assuré avant son affiliation à Hospitalia Continuité.

S'il n'y a pas eu au moins 6 mois d'affiliation au sein d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus ou du Forfait H, le transfert vers Hospitalia Continuité est permis moyennant un stage d'une durée égale au nombre de mois qui reste à accomplir dans le cadre d'Hospitalia Continuité.

Ce transfert prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances a reçu sa demande d'affiliation / de changement de produit.

Les limitations prévues dans le cadre d'Hospitalia Smart, d'Hospitalia Care, d'Hospitalia Plus ou du Forfait H resteront d'application pour Hospitalia Continuité.

- 13^o Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Continuité peut demander son transfert vers le Forfait H ou Hospitalia Smart ou Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, et la Garantie "Maladies Graves", jusqu'à 66 ans et 67 ans à partir de 2030 et ce, par la remise d'une demande d'affiliation / de changement de produit et des documents probants prouvant qu'il était couvert jusqu'à la date de son transfert vers Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus par une assurance hospitalisation de l'employeur en Belgique ou à l'étranger depuis 3 mois, et ce sans stage, pour autant qu'il soit affilié depuis au moins 3 mois au sein d'Hospitalia Continuité. S'il n'y a pas eu au moins 3 mois d'affiliation au sein d'Hospitalia Continuité, le transfert vers Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus ainsi que la Garantie "Maladies Graves" (si cette option est souscrite)

ou le Forfait H est permis moyennant un stage d'une durée égale au nombre de mois qui restait à accomplir dans Forfait H, Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus ou la Garantie "Maladies Graves".

En cas d'absence de preuve d'affiliation par une assurance hospitalisation de l'employeur, depuis 6 mois à la date du transfert, un nouveau questionnaire médical devra être soumis pour pouvoir bénéficier du transfert sans stage d'Hospitalia Continuité vers Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus avec également, si cette option est souscrite, la Garantie "Maladies Graves". Les majorations de primes prévues à l'article 8 b) seront également appliquées pour l'affiliation aux produits Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus.

En cas d'affiliation à Hospitalia Continuité de moins d'un an, à la date du transfert, le transfert est permis mais les primes seront majorées comme prévu à l'article 8, b) sauf si l'affiliation à Hospitalia Continuité était le résultat d'un transfert d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus vers Hospitalia Continuité, et si, au total, l'affiliation auprès de la Société Mutualiste d'Assurances avait une durée égale ou supérieure à un an.

Ce transfert prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances a reçu sa demande d'affiliation / de changement de produit.

Les limitations prévues dans le cadre d'Hospitalia Continuité resteront d'application pour Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus, la Garantie "Maladies Graves" ou le Forfait H.

Le 1er jour du mois suivant celui du 66^e anniversaire, et 67^e à partir de 2030, l'affiliation à Hospitalia Continuité prend fin et le transfert d'Hospitalia Continuité vers Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou vers Hospitalia Plus, avec ou sans la Garantie "Maladies Graves", est permis.

- 14°** Tout preneur ou assuré à Hospitalia Continuité peut demander son affiliation à la couverture complémentaire Hospitalia Ambulatoire par la remise d'un questionnaire médical ainsi que d'une demande d'affiliation / de changement de produit comme fixé au point 3°, et pour autant que la date d'affiliation à Hospitalia Ambulatoire précède son 65^e anniversaire. Etant donné qu'il s'agit d'une couverture complémentaire, l'assuré dont la demande a été acceptée, devra accomplir un stage dans le cadre d'Hospitalia Ambulatoire, selon les règles fixées à l'article 64, 2°.

La souscription à Hospitalia Ambulatoire prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances a reçu sa demande d'affiliation / de changement de produit.

Tout preneur ou assuré dans le cadre d'Hospitalia Ambulatoire pourra demander la suppression de cette couverture. La suppression sera effective, moyennant un préavis d'un mois débutant le premier jour du mois suivant celui au cours duquel elle a été notifiée.

- 15°** Tout preneur d'assurance à Dentalia Plus peut demander son transfert vers Dentalia Up. Les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et affiliées à Dentalia Plus sont tenues obligatoirement de le suivre. Le transfert doit être demandé via la remise d'une « demande d'affiliation/de changement de produit » ou d'une « demande de transfert de produit » et prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances a reçu sa « demande d'affiliation/de changement » de produit ou sa « demande de transfert de produit ». La date prise en compte pour déterminer le début de la période de stage en Dentalia Up sera la date d'affiliation à Dentalia Plus.

Article 7 : Désaffiliation

Tout preneur ou assuré peut toujours se retirer volontairement de la Société Mutualiste d'Assurances en adressant sa demande de désaffiliation à celle-ci par lettre recommandée à la poste ou par recommandé électronique qualifié, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

La désaffiliation ne devient effective que moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le 1^{er} jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée adressée ou du recommandé électronique qualifié, la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, soit

directement à la Société Mutualiste d'Assurances, soit via une des sections visée à l'article 4, et ce quelle que soit la périodicité des paiements. Ce préavis d'un mois n'est toutefois pas requis/exigé en cas de changement de couverture hospitalière ou de changement de couverture ambulatoire au sein de la Société Mutualiste d'Assurances.

L'assuré désaffilié en application des articles 9 et 10 ne pourra se réaffilier à la Société Mutualiste d'Assurances que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues. Il sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour pouvoir bénéficier à nouveau des prestations. Il est fait exception à cette règle si l'assuré peut justifier d'une affiliation (et qu'il était en règle de primes) auprès d'une assurance mutualiste ou une assurance hospitalisation de l'employeur similaire jusqu'à la date de sa réaffiliation.

L'alinéa précédent ne s'applique pas pour les produits Comfort et Comfort+, pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'ont pas atteint l'âge de 65 ans, tant que les conditions établies par l'article 206 de la loi du 4 avril 2014 sont remplies.

Il est mis fin de plein droit au contrat si l'assuré n'est plus affilié à l'une des 3 sections de la Société Mutualiste d'Assurances, sans préjudice des exceptions prévues à l'article 5, al. 5.

Cessent de bénéficier des services Indemnités journalières OZ et Xerius, les assurés qui ne sont plus affiliés en tant que membre auprès de la mutualité Helan Onafhankelijk ziekenfonds. Il est alors mis fin de plein droit au contrat.

Cessent de bénéficier des services Comfort et Comfort+, Income Two, les assurés qui ne sont plus affiliés en tant que membre auprès des mutualités Partena-Mutualité Libre ou Helan Onafhankelijk ziekenfonds. Il est alors mis fin de plein droit au contrat.

Article 8 : Montant des primes

a) Taux des primes

Le tableau des primes est repris en annexe des statuts.

b) Une majoration de prime respective de 5, 10, 50, 70, 80 et 90 % est calculée sur les taux de base pour les assurés qui, à la date de l'affiliation à Hospitalia Smart, sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 à 70 ans, 71 à 75 ans et de 76 ans et plus.

Une majoration de prime respective de 5, 10, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base pour les assurés qui, à la date de l'affiliation au Forfait H, à Hospitalia Care, Hospitalia Plus ou à Hospitalia Ambulatoire sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans et de 60 ans et plus.

Pour les assurés d'Hospitalia Plus au 31/12/2019, les majorations de primes sont déterminées en fonction de la date d'affiliation au produit Hospitalia Smart.

Il n'y a pas de majoration de prime calculée sur la prime de la Garantie "Maladies Graves", accessible jusqu'à 65 ans.

En cas de transfert du Forfait H vers une autre couverture de la Société Mutualiste d'Assurances, une nouvelle majoration éventuelle s'appliquera sur base de l'âge à la date du transfert, sauf vers Hospitalia Continuité.

En cas de transfert entre Hospitalia Continuité et Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus, avec ou sans la Garantie "Maladies Graves", ou Forfait H, aucune nouvelle majoration de prime ne sera appliquée, pour autant que l'affiliation à Hospitalia Continuité soit supérieure à une année, sauf si l'affiliation à Hospitalia Continuité était le résultat d'un transfert d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus vers Hospitalia Continuité, qu'une preuve d'affiliation par une assurance hospitalisation de l'employeur, depuis 6 mois à la date du transfert, soit fournie et, qu'au total, l'affiliation auprès de la Société Mutualiste d'Assurances ait une durée supérieure ou égale à un an.

c) Sans préjudice des possibilités d'adaptation prévues à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurances ou de réassurances en application de l'article

204 de la loi du 4 avril 2014 précitée relative aux assurances et en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation et à l'indice spécifique tel que visé à l'article 204 § 3 de la loi du 4 avril 2014 précitée, les primes ne peuvent être augmentées.

Conformément audit article 204, l'indice spécifique pourra être appliqué dans la mesure où l'évolution de celui-ci dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. La Société Mutualiste d'Assurance a la possibilité de décider annuellement de ne pas faire usage ou de ne faire que partiellement usage des possibilités d'indexation des primes sur base de ces indices. Pour Hospitalia Care, les primes seront toutefois augmentées annuellement à hauteur de 1,5 % au-delà de l'indice appliqué.

Pour l'application de l'indexation, l'indice des prix à la consommation considéré est celui d'avril (base 2013), et les indices spécifiques pris en compte sont les indices globaux suivants :

- Les contrats Hospitalia Smart sont rattachés à la garantie "chambre double et commune"
- Les contrats Hospitalia Care, Hospitalia Plus et Hospitalia Continuité sont rattachés à la garantie "chambre particulière"
- Les contrats Hospitalia Ambulatoire, Medicalia, Comfort et Comfort + sont rattachés à la garantie "soins ambulatoires", de même que la Garantie "Maladies Graves"
- Les contrats Dentalia Plus sont rattachés à la garantie "soins dentaires".

Pour l'application de l'indexation de Dentalia Up, l'indice des prix à la consommation considéré est celui d'avril (base 2013), et les indices spécifiques pris en compte sont les indices par classe d'âge "soins dentaires".

- d) Une majoration de primes respective de 35, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base de la couverture Dentalia Plus et Dentalia Up, pour les assurés qui, à la date de l'affiliation à Dentalia Plus ou Dentalia Up sont âgés respectivement de 40 à 44 ans, 45 à 59 ans et de 60 ans et plus.

En cas de transfert de Dentalia Plus vers Dentalia Up, aucune majoration additionnelle de prime ne sera appliquée.

- e) Il n'y a pas de majoration de prime pour Medicalia en fonction de l'âge d'affiliation.
- f) Les primes des indemnités journalières du service Indemnités journalières Xerius sont payées par la série à laquelle l'assuré est inscrit et par la prime correspondante qui a été payée.

Les différentes séries sont énumérées dans l'article 98. I et font partie intégrante des présents statuts. Le droit à l'indemnité journalière est octroyé pendant six jours par semaine. Les dimanches, ainsi que les jours fériés légaux, ne sont pas indemnisés.

Le début du droit à l'indemnité journalière dépend de la période de carence prévue dans la série à laquelle le membre est inscrit.

Assurés indépendants :

- séries mentionnées sous l'article 98, I, points 1 et 2 : à partir du neuvième jour(*) (NA, NC, NX et TC)
- séries mentionnées sous l'article 98, I, point 3 : à partir du quinzième jour (040160)
- séries mentionnées sous l'article 98, I, point 4 : à partir du soixante et unième jour (072360)

(*) En cas de soins infirmiers dans un hôpital, les indemnitations pour les assurés indépendants sont entièrement payées pendant toute la durée de l'hospitalisation et ce, dès le premier jour.

Fin ou durée de l'indemnité journalière.

Assurés - indépendants :

- séries mentionnées sous l'article 98, I 1 et 2 : jusqu'au 65^e anniversaire de l'assuré, ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

- Pour les séries mentionnées dans l'article 98 I points 3 et 4 (si cela a été explicitement prévu dans le contrat d'assurance) : l'indemnité journalière se termine à la fin du mois du 60e anniversaire de l'assuré, ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

Article 9 : Modalités de paiement des primes

La prime due par mois est payable par trimestre, semestre ou année.

Elle doit être payée par anticipation, c'est-à-dire reçue avant le 1^{er} jour du premier mois du trimestre, semestre ou année, ou en cas de domiciliation bancaire, dans les 10 premiers jours du trimestre, du semestre ou de l'année.

L'assuré qui ne s'est pas acquitté de sa prime avant le 1^{er} jour du trimestre, reçoit une mise en demeure par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste ou du lendemain de l'envoi du recommandé électronique qualifié.

Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ du délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu.

L'assuré qui ne s'est pas acquitté de sa prime au terme d'un trimestre se verra d'office porter en compte une indemnité forfaitaire de 15 euros à titre de frais de rappel.

Article 10

La nullité de l'affiliation d'un assuré peut être prononcée suite à un préjudice causé volontairement aux intérêts de la Société Mutualiste d'Assurances et notamment en cas d'omission ou inexactitudes intentionnelles dans ses déclarations lors de son affiliation ou lors de l'introduction des demandes de remboursement, ou pour refus de se conformer aux statuts de la Société Mutualiste d'Assurances.

L'annulation de l'affiliation est prononcée au scrutin secret par le Comité de Direction, après audition éventuelle de l'assuré intéressé.

L'assuré qui ne répond pas aux jour et heure proposés est censé avoir renoncé à ses moyens de défense. L'assuré est informé de son exclusion par courrier motivé.

Article 11

En cas de nullité, les primes échues jusqu'au moment où la Société Mutualiste d'Assurances en a eu connaissance, lui sont dues.

En cas de désaffiliation volontaire, il sera procédé au remboursement des primes déjà payées, relatives aux mois postérieurs à la date à laquelle l'affiliation a pris fin.

En cas de décès, il sera procédé au remboursement des primes déjà payées, relatives aux jours et mois postérieurs à compter du lendemain de la date de décès.

Conformément à l'article 73 de la loi du 4 avril 2014 précitée, ce remboursement aura lieu dans un délai de 30 jours à compter de la prise d'effet de la résiliation.

Chapitre III – Organes de société mutualiste d'assurances

Section 1 - L'Assemblée Générale

Sous-section 1 : Composition de l'Assemblée Générale

Article 12

L'Assemblée Générale est composée d'au moins 118 délégués, augmentés d'au moins deux délégués par tranche complète de 20.000 assurés au-delà des 505.000 premiers assurés tels que définis à l'article 2 de l'Arrêté Royal du 7 juillet 2021, portant exécution des articles 2, § 3, alinéa 2, 14, § 3, et 19, alinéa 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées à l'article 70, § 6, de cette même loi.

Le nombre maximum de délégué ne pourra pas dépasser 250.

Les assurés qui sont pris en considération pour déterminer le nombre de représentants au sein de l'Assemblée Générale sont assurés de la Société Mutualiste d'Assurances au sens de l' Arrêté Royal du 7 juillet 2021 au 30 juin de l'année qui précède l'année durant laquelle l'élection de l'Assemblée Générale va avoir lieu.

Le nombre de délégués ainsi déterminé est réparti entre les circonscriptions électorales au prorata de leur effectif.

Chaque circonscription a droit à un délégué au minimum.

Ces délégués sont élus par les assurés pour une période maximale de 6 ans renouvelable.

Si le nombre de mandats tel que requis à l'alinéa 1 n'est pas ou plus atteint, l'Assemblée Générale est malgré tout considérée comme étant composée valablement jusqu'aux prochaines élections mutualistes.

Sous-section 2 : Election de l'Assemblée Générale

Circonscriptions électoralles

Article 13

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale, la Société Mutualiste d'Assurances est répartie en circonscriptions électoralles. Celles-ci correspondent aux sections reconnues à la date des élections, conformément à l'article 4 des présents statuts.

Une circonscription électorale comprend l'ensemble des assurés ayant droit de vote (qui y sont rattachés).

Article 14

Au sein de chaque circonscription électorale, les assurés ayant droit de vote élisent un nombre de représentants proportionnellement au nombre d'assurés de cette circonscription électorale conformément à l'article 12, alinéa 4.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Article 15

- A. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale, il faut :
 - a) être assuré en ordre de prime à la Société Mutualiste d'Assurances ;
 - b) être majeur ou émancipé ;
 - c) être assuré depuis au moins deux ans à la date de l'appel aux candidatures.
- B. Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, les assurés doivent :
 - a) avoir le droit de vote au sens de l'alinéa précédent ;
 - b) être de bonne conduite, vie et mœurs et ne pas être privés de leurs droits civiques ;
 - c) ne pas être membre du personnel de la Société Mutualiste d'Assurances ;
 - d) ne pas avoir été licencié, en tant que membre du personnel de la Société Mutualiste d'Assurances ou d'une section, pour motif grave.

Un assuré ne peut être élu que dans la circonscription électorale dans laquelle il a droit de vote.

Procédure électorale

Article 16

Les assurés ayant droit de vote doivent être mis au courant au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu, via le site web de la Société Mutualiste d'Assurances et/ou des sections et au moins un des canaux suivants : par lettre individuelle ou par e-mail ou par le canal de publications ou brochures destinées aux assurés de la Société Mutualiste d'Assurances :

- 1° de l'appel aux candidatures et des formalités requises pour se porter candidat ;
- 2° de la date limite pour soumettre les candidatures ;
- 3° de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription ;
- 4° des dates qui découlent de la procédure électorale.

Afin de se conformer à l'obligation d'information visée par cet article, ainsi que par les articles suivants, l'Assemblée Générale peut décider de faire appel aux publications ou brochures distribuées au sein des sections.

Article 17

Les assurés qui souhaitent se porter candidat, dans leur circonscription, peuvent introduire leur candidature jusqu'au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu. Le cachet de la poste faisant foi.

Article 18

Les candidatures doivent être adressées au Président de la Société Mutualiste d'Assurances par lettre recommandée.

Le Président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 15 B. des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, au plus tard le 31 décembre de l'année précédent l'année pendant laquelle les élections mutualistes seront organisées.

Le candidat qui désire contester le motif du refus dispose d'un délai de 10 jours ouvrables suivant la date à laquelle la décision litigieuse lui a été communiquée pour déposer plainte par lettre recommandée auprès de l'Office de Contrôle.

L'Office de Contrôle dispose de 30 jours civils pour notifier sa décision au candidat concerné, ainsi qu'au Président de la Société Mutualiste d'Assurances.

Article 19

Une liste de candidats est établie par circonscription électorale.

Le Conseil d'Administration de la Société Mutualiste d'Assurances compose les listes des différentes circonscriptions sur base des candidatures reçues.

La liste des candidats, par circonscription, remplissant les conditions d'éligibilité, sont communiquées aux assurés ayant droit de vote via le site web de la Société Mutualiste d'Assurances et/ou des sections ainsi que par au moins un des canaux suivants : par lettre individuelle ou par e-mail ou par le canal de publications destinées aux assurés de la Société Mutualiste d'Assurances. La communication a lieu au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

La communication fera mention, pour les circonscriptions concernées, de la clôture éventuelle des opérations électorales en vertu de l'article 28 des présents statuts.

Article 20

L'envoi des convocations pour le vote sur la base des listes définitives des candidats et communication de la date d'élection se fera plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les élections commencent au plus tôt 8 jours calendrier après l'envoi des convocations.

Bureaux électoraux

Article 21

L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un président, d'un secrétaire et de deux assesseurs. Le bureau électoral est composé au plus tard 30 jours avant le début des élections.

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

Le secrétaire est désigné par le président (parmi les membres du personnel des circonscriptions visées à l'article 13).

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

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

Etablissement des listes électorales

Article 22

Les listes électorales sont établies par circonscription.

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

Le vote

Article 23

Le vote est libre et secret.

Il est procédé à un vote dans une circonscription électorale si le nombre de candidats pour cette circonscription est supérieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription.

Le président du bureau électoral envoie la convocation (par e-mail ou par correspondance) au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Les élections commencent au plus tôt 8 jours calendrier après l'envoi des convocations.

Le vote à lieu par voie électronique sur place ou à distance, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle.

Dans l'hypothèse où le vote ne peut être organisé par voie électronique il sera réalisé par correspondance de la façon suivante.

Le président du bureau électoral envoie la convocation ainsi que le bulletin de vote à l'électeur au plus tard le 15 mars. La convocation reprendra la période durant laquelle le vote pourra être exprimé.

Le bulletin de vote dûment complété par l'électeur doit être glissé dans une enveloppe, qui doit être fermée et envoyée par la poste au Président de la Société Mutualiste d'Assurances. Tout ceci doit arriver à la Société Mutualiste d'Assurances avant la clôture du scrutin.

Article 24

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote.

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

Si l'électeur est d'accord avec la liste composée par le Conseil d'Administration, il peut voter en tête de liste.

Un électeur peut donner procuration à un autre électeur en vue de voter.

Dépouillement des bulletins de vote

Article 25

Le bureau électoral procède au dépouillement des bulletins de vote dès la clôture du scrutin.

Il établit la liste des enveloppes reçues par le Président, avec mention du nom du titulaire et le numéro d'affiliation, ainsi que la date du cachet de la poste.

Le bureau électoral se charge ensuite d'écartier les enveloppes pour lesquelles les conditions de droit de vote ne sont pas remplies ou pour lesquelles plus d'enveloppes qu'il n'y a de personnes ayant droit de vote ont été émises. Il sera fait mention dans le procès-verbal des enveloppes ainsi écartées. Les autres sont ouvertes et glissées dans l'urne électorale.

Après ce premier dépouillement, le bureau électoral procédera à l'ouverture de l'urne et des enveloppes contenues.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote ;
- les bulletins qui contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins comportant surcharge et rature ;
- les enveloppes contenant plusieurs bulletins.

Article 26

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin.

Article 27

Les représentants sont élus, par circonscription, dans l'ordre des voix obtenues.

Les voix de têtes de liste sont réparties parmi les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis. Celui-ci est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale concernée.

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

Dispense d'organisation du scrutin

Article 28

Lorsque le nombre de candidats dans une circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir dans cette circonscription, les candidats qui se sont présentés et qui satisfont aux conditions d'éligibilité de l'article 15 B sont élus d'office sans qu'un scrutin doive être organisé.

Dans ce cas, le bureau décrit au procès-verbal, dont question à l'article 26 des présents statuts, les raisons de la non-organisation du scrutin dans cette circonscription.

Communication des résultats

Article 29

Les résultats des élections, sont communiquées aux assurés ayant droit de vote via le site web de la Société Mutualiste d'Assurances et/ou des sections ainsi que par au moins un des canaux suivants : par lettre individuelle ou par e-mail ou par le canal de publications ou brochures destinées aux assurés de la Société Mutualiste d'Assurances. La communication a lieu au plus tard quinze jours civils après le jour où tous les votes ont eu lieu dans toutes les circonscriptions où il doit y avoir vote ou après la constatation qu'il n'y a pas lieu de procéder à un vote dans aucune des circonscriptions étant donné que

le nombre de candidats dans toutes les circonscriptions est inférieur ou égal au nombre de mandats effectifs.

Les candidats élus sont immédiatement avertis de leur élection et des délais dans lesquels doivent se faire les actes de candidature au poste d'Administrateur de la Société Mutualiste d'Assurances.

Article 30

Sans préjudice de la compétence des tribunaux, toute contestation relative à cette procédure électorale peut être soumise à l'Office de contrôle des Mutualités conformément à l'article 27 de l'Arrêté Royal du 7 juillet 2021.

Toute partie concernée qui désire contester les résultats ou le déroulement du scrutin, peut adresser, à cet effet une lettre recommandée à l'Office de Contrôle dans les 10 jours ouvrables suivant, selon le cas, la décision litigieuse, le déroulement contesté des élections ou la proclamation du résultat contesté des élections.

L'Office du Contrôle dispose de 30 jours civils pour notifier sa décision aux parties concernées.

Article 31

Les publications, brochures, lettres et e-mails envoyées aux assurés dans le cadre de la procédure électorale sont en même temps transmises à l'Office de Contrôle.

La composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont également transmis.

Sous-section 3 : Installation de l'Assemblée Générale

Article 32

La nouvelle Assemblée Générale est installée au plus tard le 30 juin de l'année pendant laquelle les élections mutualistes ont eu lieu.

L'Assemblée Générale peut désigner au maximum 5 conseillers ayant voix consultative.

Les personnes qui, au sein de la Société Mutualiste d'Assurances, soit sont chargées de la responsabilité globale de la gestion journalière soit exercent une autre fonction dirigeante ou une fonction de direction, peuvent assister aux réunions de l'Assemblée Générale avec voix consultative.

Sous-section 4 : Perte de la qualité de délégué

Article 33

A. Perd la qualité de délégué, sur décision de l'Assemblée Générale de la Société Mutualiste d'Assurances :

- 1° celui qui calomnie un membre du Conseil d'Administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
- 2° celui qui menace ou insulte, en Assemblée, un délégué ou un membre du Conseil d'Administration ;
- 3° celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la Société Mutualiste d'Assurances ;

- 4° celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la Société Mutualiste d'Assurances ;
 - 5° celui qui a encouru une condamnation, coulée en force de chose jugée pour diffamation, pour atteinte aux bonnes mœurs, pour détournement de fonds ou pour faux et usage de faux et/ou entraînant une peine conditionnelle ou non de plus de 3 mois d'emprisonnement ;
 - 6° celui qui a été absent sans s'être excusé et sans donner de procuration à 3 réunions de l'Assemblée Générale.
- B. Perd d'office la qualité de délégué, la personne qui n'est plus assurée de la Société Mutualiste d'Assurances.

Sous-section 5 : Compétences de l'Assemblée Générale

Article 34

L'Assemblée Générale délibère et décide sur les objets stipulés dans l'article 15 de la loi du 6 août 1990 et selon les modalités définies dans les articles 16, 17 et 18 de cette même loi, sauf si les présents statuts les déterminent autrement.

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

- 1° les modifications statutaires ;
- 2° l'élection et la révocation des Administrateurs ;
- 3° l'approbation des budgets et comptes annuels ;
- 4° l'octroi de jetons de présence ou de remboursement de frais liés à l'exécution du mandat et l'octroi d'un défraiement forfaitaire aux administrateurs, aux administrateurs qui siègent avec un mandat effectif dans les comités et aux membres de l'Assemblée Générale ;
- 5° la désignation d'un réviseur d'entreprises ;
- 6° la collaboration avec des tiers visés à l'article 43 de la loi du 6 août 1990 ;
- 7° la dissolution de la Société Mutualiste d'Assurances et les actions liées à la liquidation de la Société Mutualiste ;
- 8° la fusion avec une autre Société Mutualiste visée à l'article 43bis § 5 pour autant que toutes les mutualités appartiennent à la même Union Nationale et soient reconnues comme sections au sens de l'article 4 à la date de l'entrée en vigueur de la fusion.

Article 35

L'Assemblée Générale peut déléguer au Conseil d'Administration, pour une durée d'un an renouvelable, la compétence de décider des adaptations des primes. Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

Ces adaptations sont communiquées à l'Office de Contrôle.

Article 35 bis

L'Assemblée Générale fixe les montants des remboursements de frais (repas et déplacements) liés à la participation aux réunions et les jetons de présence éventuels qui peuvent être attribués aux membres effectifs de celle-ci lorsqu'ils assistent à une réunion.

Le Conseil d'Administration fixe les montants des remboursements de frais (repas et déplacements) liés à la participation aux réunions et les jetons de présence éventuels qui peuvent être attribués aux conseillers visés par l'arrêté royal du 7 juillet 2021 lorsqu'ils assistent à une réunion.
Ces montants sont repris en annexe des présents statuts.

Sous-section 6 : Délibérations de l'Assemblée Générale

Article 36

L'Assemblée Générale est convoquée par le Conseil d'Administration dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsqu'au moins un cinquième des membres de l'Assemblée Générale en fait la demande.

La convocation a lieu par e-mail ou courrier adressé à tous les membres de l'Assemblée Générale.

Cette convocation qui contient l'ordre du jour, sera envoyé ou publié au plus tard 20 jours civils avant la date de l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les points figurant à l'ordre du jour.

Article 36 bis

§ 1^{er}. L'assemblée générale est tenue en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre d'élus de participer aux réunions de l'assemblée générale, le conseil d'administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visioconférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le conseil d'administration veille à :

- a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;
- b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

Les compétences du conseil d'administration qui sont visées par le présent paragraphe peuvent être déléguées conformément à la loi du 6 août 1990.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le conseil d'administration peut organiser une réunion de l'assemblée générale exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 aout 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération de l'assemblée générale soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les élus qui participent à l'assemblée générale par visioconférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les élus ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les élus qui participent à la réunion par visioconférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion de l'assemblée générale mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre élu.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux élus de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein de l'assemblée générale et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels l'assemblée générale est appelée à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux élus de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les élus de manière à ce que les élus puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses. Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

- 1^o le nombre des élus présents ;
- 2^o le cas échéant, le nombre des élus qui ont donné une procuration ;
- 3^o le nombre des élus ni présents ni représentés ;
- 4^o le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
- 5^o les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
- 6^o le nombre d'élus qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'élus qui y ont participé en présentiel ;
- 7^o le cas échéant, le nombre des élus qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

- 1° l'identité des élus présents,
- 2° l'identité des élus qui ont donné procuration et à qui,
- 3° l'identité des élus ni présents ni représentés,
- 4° le cas échéant, l'identité des élus suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

§ 8. Le conseil d'administration peut déléguer la convocation de l'assemblée générale et les compétences visées aux §§ 1^{er}, 2 et 6, conformément aux dispositions de la loi du 6 aout 1990.

Article 37

L'Assemblée Générale est convoquée au moins une fois l'an, aux jour et lieu fixés par le Conseil d'Administration, en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget. Le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer ce pouvoir de convocation au Président.

Chaque membre de l'Assemblée Générale disposera au plus tard 8 jours avant la date de l'Assemblée Générale d'une documentation qui contient les données suivantes :

- 1° le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des services et activités ;
- 2° le produit des primes des assurés et leur mode d'affectation ;
- 3° le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication, ainsi que le rapport du réviseur ;
- 4° le projet de budget pour l'exercice suivant ;
- 5° le rapport annuel relatif à la collaboration avec des tiers, visés à l'article 43 de la loi du 6 août 1990 ;
- 6° les propositions de modification des statuts ;
- 7° les décisions relatives aux modifications de statuts qui ont été prises après l'Assemblée Générale précédente.

Chaque assuré de la Société Mutualiste d'Assurances peut obtenir, sur simple demande, une synthèse de cette documentation. Après approbation par l'Assemblée Générale, les documents mentionnés dans le présent article ainsi que le procès-verbal de la réunion sont transmis par le Conseil d'Administration à l'Office de Contrôle dans les délais fixés par celui-ci.

Une Assemblée Générale peut également être convoquée de manière extraordinaire pour procéder à l'adaptation des statuts et des primes.

Conformément à l'article 317 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, la Société Mutualiste d'Assurances transmet à l'Office de contrôle des mutualités, au moins 3 semaines avant la réunion de l'Assemblée Générale :

1. les projets de modifications aux Statuts et aux primes,
2. les décisions qu'elles se proposent de prendre lors de cette réunion et qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur les produits d'assurance offerts par la Société Mutualiste d'Assurances.

Les observations formulées par l'Office de Contrôle seront portées à la connaissance de l'Assemblée Générale. Ces observations et les réponses qui y sont apportées figureront au procès-verbal de ladite réunion.

Dans le mois suivant leur approbation par l'Assemblée Générale, les modifications aux statuts et aux primes ainsi que les décisions qui peuvent avoir une incidence sur les produits d'assurance offerts par la Société Mutualiste d'Assurances sont communiquées à l'Office de Contrôle.

Article 38

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

Toute décision doit recueillir une adhésion au sein de la majorité des sections présentes ou représentées pour pouvoir être valablement adoptée.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée. Ne peuvent être repris à l'ordre du jour de cette assemblée que des points qui étaient inscrits à l'ordre du jour de la première Assemblée Générale.

Cette seconde Assemblée Générale délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Cette seconde réunion ne peut pas se tenir moins de 20 jours après la première.

Chaque membre de l'Assemblée Générale a droit à une voix.

L'Administrateur qui est également membre de l'Assemblée Générale ne peut participer à la délibération et au vote concernant sa propre révocation.

Les personnes exclues du vote ne sont pas prises en considération pour le calcul du quorum de présences pour le point de l'ordre du jour concerné.

Article 39

Dans le cas où le délégué est dans l'impossibilité d'assister à une Assemblée Générale, il peut donner procuration à un autre délégué. Tout délégué ne peut être porteur que d'une procuration.

Article 40

L'Assemblée Générale désigne un réviseur d'entreprises choisi sur une liste de réviseurs agréés par la Banque Nationale de Belgique, membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises.

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

Le mandat du réviseur est fixé pour une période renouvelable de 3 ans.

Le réviseur assiste à l'Assemblée Générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même.

Le réviseur a le droit de prendre la parole à l'Assemblée Générale concernant les points se rapportant à ses tâches.

Section 2 - Le Conseil d'Administration

Sous-section 1 : Composition du Conseil d'Administration

Article 41

La Société Mutualiste d'Assurances est administrée par un Conseil d'Administration élu par l'Assemblée Générale et composé d'au moins 10 Administrateurs et de maximum 30 Administrateurs.

- 19 mandats d'Administrateurs seront répartis entre les sections au prorata de leur nombre d'assurés arrêté au 30 juin de l'année qui précède les élections mutualistes. Toute section sera représentée par minimum un Administrateur ;
- 4 mandats seront réservés pour le Directeur Général, le Directeur Opérationnel, le Directeur Financier et le Secrétaire de la Société Mutualiste d'Assurances ;
- 1 mandat est réservé au Président qui aura le statut d'administrateur indépendant au sens de l'article 17 de l'Arrêté Royal du 7 juillet 2021 ;
- 1 mandat sera attribué à l'Administrateur indépendant visé à l'article 45, § 4 qui assurera la Présidence du Comité d'Audit et de Gestion des Risques ;
- 5 mandats peuvent être attribués à des Administrateurs indépendants supplémentaires qui peuvent être élus en application de l'article 45, § 4.

Le nombre de mandats attribués en dehors de la représentation des sections ne peut dépasser 25% du nombre total d'administrateurs. Les Administrateurs indépendants ne sont pas pris en compte pour l'application de cette règle.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus d'un quart de personnes rémunérées par la Société Mutualiste d'Assurances.

Lorsqu'une section de la Société Mutualiste d'Assurances va être absorbée par une autre section de la Société Mutualiste d'Assurances dans le cadre d'une fusion qui entre en vigueur le 1er janvier de l'année durant laquelle l'élection de l'Assemblée Générale de la Société Mutualiste d'Assurances va avoir lieu, les personnes affiliées auprès de la section qui va être absorbée sont considérées comme des personnes affiliées auprès de la section absorbante au 30 juin de l'année qui précède cette année, pour la détermination du nombre de représentants de cette section au sein du conseil d'administration de la Société Mutualiste d'Assurances.

Article 42

Le Conseil d'Administration choisit en son sein un Président et deux Vice-Présidents, parmi lesquels un Premier Vice-Président. En cas d'absence ou d'indisponibilité du Président, ses fonctions sont temporairement remplies par l'un des Vice-Présidents ou par l'Administrateur le plus âgé.

Le Conseil d'Administration peut désigner au maximum 5 conseillers. Ils ont voix consultative. Un mandat de conseiller sera d'office attribué à toute section qui n'aurait qu'un seul Administrateur élu en application de l'article 41.

Les personnes qui, au sein de la Société Mutualiste d'Assurances exercent une fonction de direction, peuvent assister aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

Le Conseil d'Administration nomme le Directeur Général de la Société Mutualiste d'Assurances.

Article 43

Les personnes avec un mandat d'Administrateur peuvent obtenir, sur décision de l'Assemblée Générale, le remboursement des frais liés à l'exécution de ce mandat ou un défraiement forfaitaire pour ce type de frais. Elles peuvent également percevoir des jetons de présence. Une distinction pourra être faite suivant que l'Administrateur est un Administrateur exécutif ou un Administrateur non exécutif.

Par remboursement de frais, on vise les frais de repas, et les frais de déplacement et les frais liés à l'utilisation de gsm, d'internet et d'un pc (ou tablette qui peuvent être octroyés à l'ensemble des membres des instances ainsi que l'indemnité forfaitaire mensuelle qui peut être octroyée au Président et aux Vice-Présidents. Conformément à la loi du 6 août 1990, les montants des jetons de présence et/ou des remboursements accordés des frais liés à l'exécution du mandat et/ou le défraiement forfaitaire sont déterminés et consignés par l'Assemblée Générale et publiés en annexe des présents statuts.

Les administrateurs indépendants peuvent percevoir une rémunération.

Le Conseil d'Administration fixe le montant des remboursements de frais, les défraiements forfaitaires et le montant des jetons de présence éventuels liés à la participation aux réunions du Conseil d'Administration et des Comités institués au sein de celui-ci qui peuvent être attribués aux conseillers visés par l'arrêté royal du 7 juillet 2021.

Sous-section 2 : Election du Conseil d'Administration

Article 44

Conformément à l'article 19, alinéa 1 de la loi du 6 août 1990, les membres du Conseil d'Administration sont élus pour un terme renouvelable de maximum 6 ans par l'Assemblée Générale.

Article 45

- 1° Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut être majeur et de bonne conduite, vie et mœurs.

Le candidat administrateur devra établir qu'il dispose de l'expertise et de l'honorabilité professionnelle nécessaires à l'exercice de son mandat telles que celles-ci sont définies par la circulaire NBB_2018_25 du 18 septembre 2018 de la Banque Nationale. Il devra, pour être élu, obtenir un avis favorable à la fois du Comité de Rémunération et de Nominations et de l'Office de Contrôle des Mutualités.

Il n'est toutefois pas exigé de faire partie de l'Assemblée Générale.

Pour être élu comme membre du Conseil d'Administration, il ne faut pas avoir atteint l'âge de 72 ans au moment de l'élection. Il est automatiquement mis fin au mandat de l'Administrateur au 1er janvier de l'exercice qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge de 72 ans.

- 2° Il n'est pas possible d'attribuer plus de 75% des mandats aux personnes d'un même sexe.
- 3° Il y a incompatibilité entre d'une part l'exercice d'un mandat d'Administrateur au sein de la Société Mutualiste d'Assurances et d'autre part l'exercice d'une fonction dirigeante dans une institution médico-sociale dont une partie ou la totalité des prestations fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire.
- 4° Il est composé au moins d'un administrateur indépendant au sens de l'article 17 de l'arrêté royal du 7 juillet 2021 et au moins d'un administrateur indépendant au sens de la loi du 13 mars 2016 ayant de plus l'expertise nécessaire en matière de comptabilité et/ou d'audit. Ce dernier Administrateur sera également membre du Comité d'Audit et de Gestion des Risques. L'Assemblée Générale peut, en outre, élire quatre administrateurs indépendants supplémentaires au sens de la loi du 13 mars 2016.

Ces administrateurs indépendants ne doivent pas nécessairement être des assurés de la Société Mutualiste d'Assurances.

Conformément à la loi de 13 mars 2016 au moins répondre aux critères suivants :

- 1) durant une période de cinq années précédant sa nomination, ne pas avoir exercé un mandat de membre exécutif de l'organe de gestion, ou une fonction de membre du Comité de Direction ou de délégué à la gestion journalière, ni auprès de la société, ni auprès d'une société ou personne liée à celle-ci au sens de l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations ;
- 2) ne pas avoir siégé au Conseil d'Administration en tant qu'administrateur non exécutif pendant plus de trois mandats successifs, sans que cette période ne puisse excéder douze ans ;
- 3) durant une période de trois années précédant sa nomination, ne pas avoir fait partie du personnel de direction, au sens de l'article 19, 2°, de la loi du 20 septembre 1948 portant

organisation de l'économie, de la société ou d'une société ou personne liée à celle-ci au sens de l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations ;

- 4) ne pas recevoir, ni avoir reçu, de rémunération ou un autre avantage significatif de nature patrimoniale de la société ou d'une société ou personne liée à celle-ci au sens de l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations, en dehors des tantièmes et honoraires éventuellement perçus comme membre non exécutif de l'organe de gestion ou membre de l'organe de surveillance ;
 - 5) a) ne détenir aucun droit social représentant un dixième ou plus du capital, du fonds social ou d'une catégorie d'actions de la société ;
b) s'il détient des droits sociaux qui représentent une quotité inférieure à 10 % :
 - par l'addition des droits sociaux avec ceux détenus dans la même société par des sociétés dont l'administrateur indépendant a le contrôle, ces droits sociaux ne peuvent atteindre un dixième du capital, du fonds social ou d'une catégorie d'actions de la société ;
- ou
- les actes de disposition relatifs à ces actions ou l'exercice des droits y afférents ne peuvent être soumis à des stipulations conventionnelles ou à des engagements unilatéraux auxquels le membre indépendant de l'organe de gestion a souscrit ;
- c) ne représenter en aucune manière un actionnaire rentrant dans les conditions du présent point ;
 - 6) ne pas entretenir, ni avoir entretenu au cours du dernier exercice social, une relation d'affaires significative avec la société ou une société ou personne liée à celle-ci au sens de l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations, ni directement ni en qualité d'associé, d'actionnaire, de membre de l'organe de gestion ou de membre du personnel de direction, au sens de l'article 19, 2°, de la loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie, d'une société ou personne entretenant une telle relation ;
 - 7) ne pas avoir été au cours des trois dernières années, associé ou salarié du commissaire actuel ou précédent, de la société ou d'une société ou personne liée à celle-ci au sens de l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations ;
 - 8) ne pas être membre exécutif de l'organe de gestion d'une autre société dans laquelle un Administrateur exécutif de la société siège en tant que membre non exécutif de l'organe de gestion ou membre de l'organe de surveillance, ni entretenir d'autres liens importants avec les Administrateurs exécutifs de la société du fait de fonctions occupées dans d'autres sociétés ou organes ;
 - 9) n'avoir, ni au sein de la société, ni au sein d'une société ou d'une personne liée à celle-ci au sens de l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations, ni conjoint, ni cohabitant légal, ni parents, ni alliés jusqu'au deuxième degré exerçant un mandat de membre de l'organe de gestion, de membre du comité de direction, de délégué à la gestion journalière ou de membre du personnel de direction, au sens de l'article 19, 2°, de la loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie, ou se trouvant dans un des autres cas définis aux points 1° à 8°.

Moyennant justification dûment motivée et sous réserve d'une appréciation contraire de l'Office de Contrôle, qui vérifie le bien-fondé de cette justification, la Société Mutualiste d'Assurances peut déroger aux critères précités.

Article 46

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié au Président du Conseil d'Administration, au plus tard 15 jours civils avant l'Assemblée Générale appelée à élire, renouveler ou compléter le Conseil d'Administration.

Le Président établit la liste des candidats, après avis favorable émis sur les candidatures par le Comité de Rémunération et de Nominations, en application de l'article 56bis.

Sans préjudice au droit des membres de l'Assemblée Générale de se porter candidat, le Conseil d'Administration sortant peut présenter, à l'Assemblée Générale, sa propre liste de candidats.

La liste de tous les candidats qui, selon le président, satisfont aux conditions pour être élus en cette qualité, doit être transmise à l'Office de contrôle dans les plus brefs délais. Il en va de même de la liste de tous les candidats qui, selon le président, satisfont aux conditions pour être élus en qualité d'administrateur indépendant.

L'Office de contrôle dispose d'un délai de trois mois pour se prononcer sur la question de savoir si les candidats concernés disposent selon lui de l'honorabilité professionnelle nécessaire et de l'expertise adéquate à l'exercice de cette fonction, telles que visées dans la loi du 13 mars 2016. Ce délai commence à courir à partir du moment où l'Office de contrôle dispose de tous les documents et de toutes les informations qui sont également prévus pour les administrateurs des entreprises d'assurance qui ne relèvent pas du contrôle de l'Office de contrôle.

Article 47

L'élection des Administrateurs a lieu au vote secret, sauf si le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, auquel cas ceux-ci sont élus d'office. Le vote se déroule conformément au prescrit de l'article 24 des présents statuts.

Le vote peut avoir lieu par voie électronique sur place ou à distance, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle.

Lorsqu'il doit être procédé à un vote, l'ensemble des candidats concernés par ce vote sont repris sur la même liste électorale. Ceux-ci sont repris sur la liste par ordre alphabétique de leur nom, en débutant par la lettre tirée au sort par le Président, en alternant les hommes et les femmes. Un vote en tête de liste peut être prévu.

Sont élus les candidats de chaque circonscription qui obtiennent le plus grand nombre de voix. Les voix de tête de liste sont réparties conformément à ce qui est dit au deuxième alinéa de l'article 27 des présents statuts.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le mandat est accordé au candidat ayant la date d'affiliation la plus ancienne.

Il sera dérogé aux règles fixées aux 2 alinéas précédent si le quota de 25% de personne d'un même sexe n'est pas atteint. Dans ce cas, les personnes du sexe sous-représenté seront d'abord élues en fonction du nombre de voix qu'elles obtiennent.

Il est procédé à l'élection des administrateurs indépendants sur la base d'une liste de tous les candidats qui satisfont aux conditions prévues pour être élus en cette qualité, avant de procéder à l'élection des autres administrateurs.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis aux membres de l'Assemblée Générale ;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote ;
- les bulletins qui contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins comportant surcharge et rature.

Sous-section 3 : Remplacement, démission ou révocation des Administrateurs

Article 48

Le remplacement des Administrateurs décédés, démissionnaires ou atteints par la limite d'âge a lieu à la prochaine Assemblée Générale selon la procédure visée à l'article 47 des présents statuts.

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

Quand la place d'un administrateur se libère avant la fin de son mandat, le Conseil d'Administration peut coopter un nouvel administrateur qui satisfait aux conditions d'éligibilité et en tenant compte de l'article 20 de la loi du 6 août 1990 et des conditions fixées par le Roi et les présents statuts.

Dans un tel cas, l'Assemblée Générale suivante doit procéder à l'élection de l'administrateur qui achèvera le mandat de l'ancien administrateur.

Si un autre administrateur que l'administrateur coopté est élu, le mandat de l'administrateur coopté prend fin à l'issue de l'Assemblée Générale.

Le nouvel administrateur devra avoir un profil et des compétences similaires à l'administrateur qu'il remplace.

La perte de la qualité de membre de l'Assemblée Générale, lorsque c'est en cette qualité que l'Administrateur a été élu, entraîne automatiquement la fin du mandat en tant que membre du Conseil d'Administration.

D'autre part, les membres du Conseil d'Administration qui ne sont pas présents ou représentés à trois réunions sans motif valable, sont considérés comme démissionnaires.

Article 49

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un Administrateur, selon la procédure prévue par l'Arrêté Royal du 13 juin 2010 portant exécution de l'article 19, alinéa 4 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Pour cela, 2/3 des membres de l'Assemblée Générale doivent être présents ou représentés et la décision doit être prise avec une majorité de 2/3 des voix.

Sous-section 4 : Compétences du Conseil d'Administration

Article 50

Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion de la Société Mutualiste d'Assurances et exerce toutes les compétences que la loi ou les statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'Assemblée Générale.

A cet effet, il est investi des pouvoirs nécessaires pour faire tout acte de gestion qui intéresse la Société Mutualiste d'Assurances et pour organiser le service des avantages de la façon la plus rationnelle et la plus économique.

Il prépare les décisions de l'Assemblée Générale et veille à l'exécution de celles-ci.

C'est lui qui définit la politique générale (axes et priorités stratégiques) et les valeurs de la Société Mutualiste d'Assurances. Dans ce cadre, il valide les propositions qui lui sont faites par le Comité de Direction. Il évalue également régulièrement la mise en œuvre et l'exécution des axes et priorités stratégiques qui ont été définis via un reporting régulier qui lui est fait par le Comité de Direction.

Il définit et contrôle la politique en matière de risques en ce compris les limites de tolérance générale aux risques. Il définit et contrôle la politique d'intégrité de la Société Mutualiste d'Assurances.

Il supervise le Comité de Direction et le management par le recours effectif aux pouvoirs d'enquête dont les Administrateurs sont investis et par le reporting qui lui est fait sur l'évolution de l'activité de la Société Mutualiste d'Assurances.

Il prend connaissance des constats importants établis par les fonctions de contrôle indépendantes de la Société Mutualiste d'Assurances, le commissaire et les autorités de contrôle, le cas échéant via ses comités spécialisés constitués par le Conseil, et veille à ce que le Comité de Direction prenne les mesures appropriées permettant de remédier aux éventuelles déficiences. Il est responsable final de l'Audit Interne.

Il est chargé d'approuver et d'évaluer régulièrement la structure de gestion, l'organisation, les mécanismes de contrôle interne, et les fonctions de contrôle indépendantes de la Société Mutualiste d'Assurances.

Il vérifie régulièrement si la Société Mutualiste d'Assurances dispose d'un contrôle interne efficace sur le plan de la fiabilité du processus en matière d'information financière.

Il approuve les Chartes et Politiques nécessaires au bon fonctionnement de la Société Mutualiste d'Assurances.

Article 51

Le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences de gestion au Président et/ou à un ou plusieurs Administrateurs désignés en son sein et/ou à un ou plusieurs comités dont la majorité des membres, désignés par le Conseil d'Administration, sont des administrateurs, conformément à ce qui est dit à l'article 62 des présents statuts.

Lorsque cela est nécessaire, le Conseil d'Administration peut constituer des comités consultatifs spécialisés chargés d'analyser des questions spécifiques et de conseiller en la matière. La constitution de ces comités consultatifs ne peut vider le rôle du Conseil de sa substance : la prise de décision relèvera toujours du Conseil d'Administration.

Ne peuvent toutefois pas être déléguées :

- la politique générale de la Société Mutualiste d'Assurances
- l'intégralité des compétences du Conseil d'Administration
- la fixation des primes cotisations
- le reporting sur les délégations de compétence qui doit être fait au moins une fois par an
- le rapport relatif à la collaboration avec des tiers, visés à l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Une fois par an, le Président, l'administrateur ou les administrateurs et les comités visés au alinéa 2 remettent un rapport au conseil d'administration sur l'exécution de ces compétences déléguées. Un exemplaire de ce rapport est également transmis à l'Office de contrôle, dans le délai fixé par celui-ci, de même que le procès-verbal de la réunion du conseil d'administration durant laquelle le conseil d'administration a pris connaissance de ce rapport.

Le conseil d'administration, le président, les administrateurs et les comités auxquels le conseil d'administration a délégué une partie de ses compétences peuvent aussi déléguer par mandat spécial l'accomplissement d'un acte spécifique ou d'une série d'actes spécifiques à des mandataires spéciaux. Ces mandataires spéciaux ne doivent pas nécessairement être des administrateurs. Ils ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts.

Ces mandataires lient la Société Mutualiste d'Assurances dans les limites de la procuration qui leur a été donnée et dont les limitations sont opposables aux tiers conformément aux règles applicables en matière de mandat.

Article 52

Le Conseil d'Administration soumet chaque année, à l'approbation de l'Assemblée Générale, les comptes annuels de l'exercice écoulé et le projet de budget de l'exercice suivant.

Article 52bis

Dans le cadre de sa mission de surveillance, le Conseil d'Administration vérifie régulièrement si la Société Mutualiste d'Assurances dispose d'une fonction de "compliance" adéquate.

Sous-section 5 : Délibérations du Conseil d'Administration

Article 53

Le Conseil d'Administration se réunit au moins 4 fois par an, ainsi que chaque fois que les intérêts de la Société Mutualiste d'Assurances l'exigent.

Les convocations mentionnant l'ordre du jour sont envoyées par le Président ou le Secrétaire 8 jours au moins avant la réunion.

Le Conseil d'Administration peut se réunir d'urgence sur convocation du Président ou à la demande d'un tiers (1/3) de ses membres. Cette demande est adressée au Président au moins 10 jours avant la réunion et mentionne les points à l'ordre du jour.

Article 53bis

§ 1^{er}. Le conseil d'administration est tenu en principe en présence des administrateurs.

Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du conseil d'administration, le président peut, en outre, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visio-conférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le président veille à :

ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;

ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le président peut, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, organiser une réunion exclusivement par visio-conférence et/ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles», il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 aout 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération du conseil d'administration soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les administrateurs qui participent au conseil d'administration par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les administrateurs ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les administrateurs qui participent à la réunion par visio-conférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion du conseil d'administration mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre administrateur.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux administrateurs de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein du conseil d'administration et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels le conseil d'administration est appelé à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux administrateurs de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite:

la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue de la réunion par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;

la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;

la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le président veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les administrateurs de manière à ce que les administrateurs puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

1^o le nombre des administrateurs présents ;

2^o le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont donné une procuration ;

3^o le nombre des administrateurs ni présents ni représentés ;

4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;

5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;

6° le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;

7° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

1° l'identité des administrateurs présents,

2° l'identité des administrateurs qui ont donné procuration et à qui,

3° l'identité des administrateurs ni présents ni représentés,

4° le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

Article 54

Le Conseil d'Administration ne peut délibérer valablement que si la moitié de ses membres sont présents ou représentés.

Dans le cas où un membre effectif est dans l'impossibilité d'assister à une séance du Conseil d'Administration, il peut, même par simple lettre, fax ou e-mail, donner procuration à un autre Administrateur pour le représenter et voter en ses lieu et place. Toutefois, chaque Administrateur ne pourra être porteur de plus d'une procuration.

Article 55

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité des votants.

Toute décision doit recueillir une adhésion au sein de la majorité des sections présentes ou représentées pour pouvoir être valablement adoptée.

Lorsqu'il est fait usage de la délégation de compétence de l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration du pouvoir d'adapter les primes, les règles en matière de validité du vote sont celles applicables en cas de décisions en matière de modification statutaire.

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

Lorsque le conseil d'administration ou un comité, est appelé à prendre une décision relevant de sa compétence à propos de laquelle un administrateur a un intérêt direct ou indirect de nature patrimoniale qui est opposé à l'intérêt la Société Mutualiste d'Assurances cet administrateur doit en informer les autres administrateurs avant que le Conseil d'Administration ou le comité ne prenne une décision. Sa déclaration et ses explications sur la nature de cet intérêt opposé doivent figurer dans le procès-verbal de la réunion du Conseil d'Administration ou du comité qui doit prendre cette décision

Le conseil d'administration ou le comité décrit dans le procès-verbal la nature de la décision visée à l'alinéa précédent et les conséquences patrimoniales de celle-ci pour la Société Mutualiste d'Assurances et justifie la décision qui a été prise. Cette partie du procès-verbal est reprise dans son intégralité dans le rapport annuel ou dans un document déposé en même temps que les comptes annuels.

Le procès-verbal de la réunion est communiqué au réviseur.

Dans son rapport visé à l'article 57 de la loi du 6 aout 1990, le réviseur évalue, dans une section séparée, les conséquences patrimoniales, pour la Société Mutualiste d'Assurances, des décisions du conseil d'administration ou du comité pour lesquelles il existe un intérêt opposé visé à l' alinéa 5.

L'administrateur ayant un conflit d'intérêts visé à l'alinéa 5, ne peut prendre part aux délibérations du Conseil d'Administration ou du comité concernant ces décisions, ni prendre part au vote sur ce point. Si la majorité des administrateurs présents ou représentés a un conflit d'intérêts, la décision est soumise à l'Assemblée Générale. En cas d'approbation de la décision par celle-ci, le Conseil d'Administration ou le comité peut l'exécuter.

La Société Mutualiste d'Assurances peut demander la nullité des décisions prises en violation des règles prévues au présent article, si l'autre partie à ces décisions avait ou devait avoir connaissance de cette violation.

Les décisions ne peuvent être prises par le Conseil d'Administration que sur les points figurant à l'ordre du jour. Tout membre du Conseil peut intervenir par motion d'ordre au cours des réunions; mais, même au cas où une décision interviendrait sur cette motion, ce point devra être remis à l'ordre du jour du prochain Conseil d'Administration.

Article 56

Les résolutions du Conseil d'Administration sont consignées dans des procès-verbaux qui sont adressés aux membres du Conseil d'Administration.

Ces procès-verbaux sont conservés au siège de la Société Mutualiste d'Assurances et signés par le Président et le Secrétaire.

Article 56bis

Il est créé, au sein du Conseil d'Administration, un Comité de Rémunération et de Nominations qui se compose du Président, des deux Vice-Présidents et du Président du Comité d'Audit et de Gestion des Risques. Le Directeur Général peut être convié à ces réunions.

En tant que Comité de rémunération, celui-ci a pour mission de fixer le positionnement de la structure de rémunération de personnel de la Société Mutualiste d'Assurances sur base de l'analyse faite par un cabinet externe de conseil en rémunération. Il assure une supervision en ce qui concerne les rémunérations allouées aux responsables des fonctions de contrôle indépendantes.

Le Comité de rémunération est également compétent pour proposer les indemnisations et remboursements de frais octroyés aux membres des instances de la Société Mutualiste d'Assurances.

En tant que Comité de Nominations, il doit veiller à ce que toutes les compétences nécessaires au bon fonctionnement de la Société Mutualiste d'Assurances soient présentes. Dans ce cadre, il est chargé de donner un avis sur les nominations des membres de la direction effective, des Administrateurs, ainsi que des titulaires des fonctions indépendantes et ce, sur base des principes repris dans la circulaire NBB_2018_25 du 18 septembre 2018 de la Banque Nationale.

Section 3 - Le Président, les Vice-Présidents, le Directeur Général, le Trésorier, et le Secrétaire de la Société Mutualiste d'Assurances

Article 57

Le Président est élu par le Conseil d'Administration en son sein.

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration Lors des réunions du Conseil d'Administration, le Président n'a pas droit de vote. Il veille à l'exécution des décisions prises par les organes officiels et à l'observance des prescriptions statutaires et réglementaires. La Société Mutualiste d'Assurances est représentée dans tous les actes officiels et conventions par le Président, le Directeur Général ou le Secrétaire. Moyennant délégation expresse donnée par le Conseil d'Administration, la Société Mutualiste d'Assurances agit et est représentée en justice tant en demandant qu'en défendant, soit par le Président, soit par le Secrétaire, soit par toute autre personne qui serait désignée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Le Président peut cependant donner procuration générale ou spéciale à un autre Administrateur ou un membre du personnel administratif pour représenter la Société Mutualiste d'Assurances auprès des Administrations.

Article 58

Le premier Vice-Président seconde le Président et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Article 59

Le Trésorier est responsable des opérations financières de la Société Mutualiste d'Assurances, de l'établissement des documents récapitulatifs des recettes et des dépenses et de la tenue des livres imposés.

A chaque Assemblée Générale annuelle, il rend compte de la situation financière de la Société Mutualiste d'Assurances.

Article 60

Le Secrétaire est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la correspondance, des convocations aux Assemblées Générales, Conseil d'Administration et du secrétariat.

Article 60bis

Le Directeur Général, nommé par le Conseil d'Administration, est chargé de la gestion journalière des services de la Société Mutualiste d'Assurances dans le cadre défini par le Conseil d'Administration.

La gestion journalière comprend aussi bien les actes et les décisions qui n'excèdent pas les besoins de la vie quotidienne de la Société Mutualiste d'Assurances que les actes et les décisions qui, soit en raison de l'intérêt mineur qu'ils représentent, soit en raison de leur caractère urgent, ne justifient pas l'intervention d'un organe investi du pouvoir d'administration.

Il a le pouvoir de signer toute convention conclue au nom de la Société Mutualiste d'Assurances. En cas d'absence du Directeur Général, le pouvoir de signer les conventions est délégué au Secrétaire ou au Directeur Opérationnel pour autant que ce dernier soit élu comme administrateur par l'Assemblée Générale.

Il est en outre chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour les documents destinés à la Société Mutualiste d'Assurances. Pour cela, il peut cependant déléguer ses pouvoirs à toute autre personne à qui il donnera procuration.

Pour autant qu'il soit élu Administrateur par l'Assemblée Générale, le Directeur Général est membre du Conseil d'Administration.

Il a la possibilité de déléguer, par mandat spécial, l'accomplissement d'un acte de gestion journalière spécifique ou une série d'actes de gestion journalière spécifiques à des mandataires spéciaux. Les mandataires spéciaux ne doivent pas nécessairement être administrateurs. Ils ne peuvent toutefois pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts.

Article 61

Les Administrateurs non visés à l'article 42 prêtent leur aide au bon déroulement des Assemblées et sont chargés de surveiller les opérations de vote.

Section 4 - Le Comité de Direction

Sous-section 1 : Composition du Comité de Direction

Article 62

A l'exception des compétences qui sont strictement réservées par la loi ou les présents Statuts, le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer la gestion journalière à un Comité de Direction. Les membres du Comité de Direction sont désignés par le Conseil d'Administration. Au moins trois membres du Comité de Direction doivent être membres du Conseil d'Administration.

Le Directeur Général, le Secrétaire et le Directeur Opérationnel sont membres du Comité de Direction. Il en est de même pour toute autre personne à qui le Conseil d'Administration déléguerait des pouvoirs de gestion journalière. Le Directeur Général préside les réunions du Comité de Direction.

Afin de garantir que toutes les compétences nécessaires soient présentes lors des réunions du Comité de Direction, ce dernier peut se faire accompagner d'experts dans les principales matières. Ceux-ci assisteront aux réunions avec voix consultative.

Les Administrateurs qui ne sont pas membres du Comité de Direction ne peuvent être chargés d'une fonction de direction effective dans la Société Mutualiste d'Assurances.

Le nombre d'Administrateurs, membres du Comité de Direction, ne peut être inférieur à 3, ni constituer la majorité du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut aussi choisir en son sein un ou des Administrateurs délégués pour l'accomplissement de certaines opérations définies, relevant de l'expédition des affaires courantes avec usage de la signature afférente à cette gestion.

Le Conseil d'Administration confie la responsabilité directe pour l'organisation du contrôle interne au Comité de Direction.

Sous-section 2 : Compétences du Comité de Direction

Article 62bis

Conformément à l'article 62 des présents Statuts, le Comité de Direction est chargé de la gestion journalière de la Société Mutualiste d'Assurances. A ce titre, c'est lui qui assume la direction effective de la Société Mutualiste d'Assurances.

Les principales missions du Comité de Direction sont :

- il formule des propositions et des avis au Conseil d'Administration en vue de la définition de la politique générale et de la stratégie de la Société Mutualiste d'Assurances, et communique toutes les informations et données pertinentes pour permettre au Conseil de prendre des décisions en connaissance de cause. C'est donc lui qui est compétent pour l'élaboration des axes stratégiques et pour proposer les budgets liés au Conseil d'Administration ;
- il est chargé de la mise en œuvre de la politique générale et des axes stratégiques approuvés par le Conseil d'Administration dans le cadre du budget défini par ce dernier.

Le Comité fera régulièrement rapport au Conseil d'Administration sur la mise en œuvre des priorités stratégiques et les problèmes qui sont éventuellement rencontrés. En tant que représentants des différentes entités qui composent la Société Mutualiste d'Assurances, les membres du Comité sont solidiairement responsables des objectifs communs qui devront être traduits dans les objectifs de chaque entité ;

- il présente au Conseil d'Administration, au début de chaque exercice, ses objectifs annuels, les résultats attendus et l'évaluation faite de leur réalisation ;
- plus généralement, il est chargé de l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration ;
- sans préjudice du contrôle exercé par le Conseil d'Administration, il veille à ce que le management assure l'organisation, l'orientation et l'évaluation des mécanismes et procédures de contrôle interne, notamment des fonctions de contrôle indépendantes ;
- il veille à ce que le management ait un système de contrôle interne permettant d'établir avec une certitude raisonnable la fiabilité du reporting interne ainsi que du processus de communication de l'information financière, afin d'assurer la conformité des comptes annuels avec la réglementation comptable applicable ;
- il fait rapport au Conseil d'Administration sur la situation financière de la Société Mutualiste d'Assurances et sur tous les aspects nécessaires pour accomplir correctement ses tâches. Dans ce cadre, il valide les propositions de comptes et de budgets qui seront soumises au Conseil d'Administration et ensuite à l'Assemblée Générale ;
- le Comité de Direction peut assumer toutes les autres tâches qui lui seraient expressément déléguées par le Conseil d'Administration.

Dans le cadre de sa mission de mise en place et d'évaluation, au moins annuelle, d'un contrôle interne adapté, le Comité de Direction prend les mesures nécessaires pour que l'entreprise dispose en permanence d'une fonction de 'compliance' adéquate.

Le Comité de Direction informe le Conseil d'Administration au moins une fois par an de l'état de la situation en matière de 'compliance', le cas échéant par l'intermédiaire du Comité d'Audit et de Gestion des Risques.

Le Comité de Direction prend les mesures de contrôle interne nécessaires pour que tous les services et toutes les implantations de l'entreprise disposent de descriptions de fonctions et de responsabilités claires et univoques dans le domaine de l'intégrité du métier d'assureur. Une cellule 'compliance' est chargée d'un rôle de coordination et de prise d'initiatives en ce domaine. Le Comité de Direction examine s'il y a lieu de confier des tâches supplémentaires à la cellule 'compliance', en fonction de sa taille et de son organisation.

Section 5 - Le Comité d'Audit et de Gestion des Risques

Article 62ter

Conformément à la réglementation en vigueur, il est créé au sein du Conseil d'Administration un Comité d'Audit et de Gestion des Risques composé d'au moins trois administrateurs non exécutifs, dont au moins un membre est un membre indépendant du Conseil d'Administration au sens de la loi du 13 mars 2016 et est compétent en matière de comptabilité et/ou d'audit.

La majorité des membres du Comité d'Audit et de Gestion des Risques est indépendante au sens de la loi du 13 mars 2016.

La Présidence du Comité d'Audit et de Gestion des Risques sera réservée à un administrateur indépendant et celui-ci sera nommé par les membres du Comité.

En tant que Comité d'Audit, il est notamment chargé des missions suivantes :

- Suivi du processus d'élaboration de l'information financière ;
- Suivi de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques de l'entreprise d'assurance ;
- Suivi de l'audit interne et de ses activités ;
- Suivi du contrôle légal des comptes annuels, en ce compris le suivi des questions et recommandations formulées par le commissaire agréé ;
- Examen et suivi de l'indépendance du commissaire agréé, en particulier pour ce qui concerne la fourniture de services complémentaires à l'entreprise d'assurance ou à une personne avec laquelle elle a un lien étroit.

En tant que Comité de Gestion des Risques, il conseille le Conseil d'Administration pour les aspects concernant la stratégie et le niveau de tolérance en matière de risques tant actuels que futurs.

Le Comité d'Audit et de Gestion des Risques fait régulièrement rapport au Conseil d'Administration sur l'exercice de ses missions.

Section 6 - Le Comité de Placement

Article 62 quater

Il est créé, à dater du 1er janvier 2024, au sein du Conseil d'Administration, un Comité de Placement d'au moins trois administrateurs qui n'exercent aucune fonction ni tâche opérationnelle au sein de la Société Mutualiste d'Assurance.

Ce Comité est composé majoritairement d'administrateurs conformément à l'article 23 §2 de la loi du 6 août 1990 avec au minimum un administrateur indépendant.

Pour pouvoir être élu au sein du Comité, l'administrateur doit disposer des compétences nécessaires en matière de gestion financière et de placements.

Le Directeur Général, le Directeur Financier et l'Asset Manager de l'Union participent aux réunions du Comité de Placement sans pour autant avoir un mandat effectif.

La mission de ce Comité de Placement consiste à définir et à contrôler la stratégie globale en matière de placements mobiliers et immobiliers de la Société Mutualiste d'Assurance.

Le Comité de placement détermine pour les portefeuilles multi-produits, une répartition d'actifs adéquate aux conditions de marché du moment tout en veillant à respecter les obligations d'ordre légal.

Il déterminera également le niveau de risque et notamment ceux liés aux crédits et à la concentration. A cet effet, il fixera des niveaux de notation minimale à respecter ainsi que des pourcentages d'exposition par émetteur.

Le Comité aura également pour mission d'examiner toute proposition de placement qui serait proposée par une contrepartie et qui sortirait du cadre d'investissement conventionnel et de statuer sur cette proposition, étant entendu dans le respect de nos obligations légales.

Enfin, le Comité aura un rôle de surveillance de toutes les règles fixées ci-dessus. Il surveillera tout au long de l'année leur respect lors des réunions mais également lors de la réception des rapports trimestriels. Il pourra également demander des informations/rapports complémentaires dans la mesure où une situation spécifique le requiert.

Il établit la « charte » précisant les responsabilités et compétences du Comité qu'il soumet au Conseil d'Administration.

Chapitre IV – Les avantages octroyés par la société mutualiste d'assurance

La Société Mutualiste d'Assurances propose quinze types de couverture : Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus et la Garantie "Maladies Graves" complémentaire à Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus, Hospitalia Ambulatoire, Forfait H, Hospitalia Continuité, Dentalia Plus, Medicalia, Dentalia Up, Indemnités journalières OZ, Indemnités journalières Xerius, Comfort/Comfort+, Income Two décrites ci-après aux sections 1, 2, 2Bis, 3, 4, 5, 6, 6bis, 6ter, 7, 8, 9 et 10.

La Garantie "Maladies Graves" est un complément à la couverture Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus qui peut être souscrite avant 68 ans. Dès lors, l'affiliation à la Garantie "Maladies Graves" est subordonnée à l'affiliation à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus.

Article 63 : Définitions

1° Hospitalisation

Est à considérer comme hospitalisation, tout séjour comptant au moins une nuit dans un établissement hospitalier, c'est-à-dire un établissement reconnu comme tel par le Ministère de la Santé Publique, où il est fait usage des moyens de diagnostic et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, dans un des services repris ci-après (classification du Ministère de la Santé Publique) et pour autant que l'état de santé de l'assuré justifie ce séjour dans semblable service.

- 17 Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
- 18 Nouveau-né hospitalisé en service N*(n) alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital
- 19 n Section des soins néonatals non intensifs
- 21 C Service de diagnostic et de traitement chirurgical
- 22 D Service de diagnostic et de traitement médical
- 23 E Service de pédiatrie
- 24 H Service d'hospitalisation simple
- 25 L Service des maladies contagieuses
- 26 M Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement
- 27 N Service de soins néonatals intensifs
- 29 Unité de traitement des grands brûlés
- 30 G Service de gériatrie et revalidation
- 34 K Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
- 35 K1 Hospitalisation de jour en service K
- 36 K2 Hospitalisation de nuit en service K
- 37 A Service neuropsychiatrique (jour et nuit)
- 38 A1 Hospitalisation de jour en service A
- 39 A2 Hospitalisation de nuit en service A
- 41 T Service psychiatrique (jour et nuit)
- 42 T1 Hospitalisation de jour en service T
- 43 T2 Hospitalisation de nuit en service T

- 48 IB Service de traitement intensif des patients psychiatriques
- 49 I Service de soins intensifs
- 61 à 66Sp Services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients atteints de :
- 61 Affections cardio-pulmonaires
 - 62 Affections locomotrices
 - 63 Affections neurologiques
 - 64 Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
 - 65 Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
 - 66 Affections psychogériatriques

2° Nomenclature

Par nomenclature, il convient d'entendre la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire (Arrêté Royal du 14 septembre 1984, établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

3° Prestations de soins

La locution "prestations de soins" fait référence aux prestations décrites dans la nomenclature citée ci-dessus.

4° Frais de séjour

Sont à considérer comme frais de séjour, les quotes-parts personnelles du patient dans le prix de journée d'entretien, les suppléments de chambre ainsi que, pour l'application de l'article 74, 8° et de l'article 80, 8, les frais d'accompagnement portés en compte en tant que frais de séjour aux parents accompagnant leur enfant hospitalisé ou des frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé de 19 ans ou plus ainsi que les frais de séjour qui, dans le cadre de l'article 80quater, sont facturés à l'assuré qui a séjourné dans une maison d'accueil ou un hôtel de soins. Il en est de même des frais de séjour du donneur d'organe volontaire, si le don est médicalement nécessaire, durant l'hospitalisation du receveur.

5° Quote-part personnelle

Par "quote-part personnelle", on entend les montants qui restent à charge du patient après remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'une partie des honoraires légaux de toutes les prestations prévues à la nomenclature.

6° Suppléments

- a. Par « suppléments d'honoraires », il convient d'entendre les montants qui restent à charge du patient en sus du montant des honoraires légaux.
- b. Par « suppléments de chambre », il convient d'entendre les montants qui restent à charge du patient en sus du montant officiel pour la chambre.

7° Produits pharmaceutiques

Par produits pharmaceutiques, il convient d'entendre toute :

- spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé Publique en vertu de l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'Arrêté Royal du 3 juillet 1969 ;
- spécialité pharmaceutique importée par l'hôpital d'un pays étranger, conformément aux dispositions de l'article 105 de l'Arrêté Royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire ;
- préparation magistrale ;
- substance de contrastes.

8° Hospitalisation de jour

Par hospitalisation de jour, on entend exclusivement :

- une admission et un séjour dans un hôpital agréé sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables. Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotechniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates ;
- une fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" agréée sur la base des dispositions prévues par l'A.R. du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée.

Les dispositions de la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, en vigueur à la date de prestation, seront appliquées. MLOZ Insurance présume que la facture d'hôpital reflète la bonne application de la Convention.

9° Intervention chirurgicale

Par intervention chirurgicale, on entend les prestations de chirurgie de la nomenclature et celles qui y sont assimilées expressément en vertu des dispositions de ladite nomenclature.

10° Implants et dispositifs médicaux

Par implants et dispositifs médicaux invasifs, il convient d'entendre :

- les implants et dispositifs médicaux invasifs implantables définis par la liste des prestations relatives aux implants et aux dispositifs médicaux invasifs et des règles d'application publiée par l'INAMI, telle que prévue par l'Arrêté Royal du 25 juin 2014, par l'article 34 de la loi du 14 juillet 1994, à l'exception de ceux visés sous 1°, e) et par le Règlement (UE) 2017/745 ;
- la marge de délivrance ;
- la marge de sécurité.

Par dispositifs médicaux non-implantables, il convient d'entendre des produits de santé qui accomplissent leurs actions médicales de manière mécanique ou physique et qui ne sont pas implantés à l'intérieur du corps humain.

11° Autres fournitures

Il s'agit ici de produits tels que le sang, le plasma sanguin, les dérivés sanguins, les bandes de plâtre et les autres matériaux pour les plâtres, les radio-isotopes, le lait maternel et les bains désinfectants, repris dans la rubrique 5 de la facture du patient comme stipulé dans l'annexe 37, et dans la rubrique 3 de la facture du patient, comme stipulé dans l'annexe 37bis du règlement du 1^{er} février 2016 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

12° Facture patient, note d'honoraires et facture pour soins ambulatoires à l'hôpital

Par facture patient, note d'honoraires et facture pour soins ambulatoires à l'hôpital, on entend les documents prévus respectivement à l'annexe 37, à l'annexe 38 et à l'annexe 37bis du règlement du 1^{er} février 2016 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

13° Cas d'hospitalisation

Par cas d'hospitalisation, on entend le séjour d'un patient compris entre la date d'admission dans un établissement hospitalier et la date de sortie de ce même établissement.

14° Soins ambulatoires

Par soins ambulatoires, on entend les soins prodigues en dehors d'une hospitalisation, telle que definie à l'article 63, 1° et en dehors d'une hospitalisation de jour, telle que definie à l'article 63, 8°.

15° Quittance

Par quittance, il convient d'entendre le document utilise par la mutualité dans le cadre du règlement financier de l'intervention de l'assurance obligatoire à l'assuré ayant été soumis au paiement des prestations hors du cadre du tiers payant.

16° Montant forfaitaire

Par montant forfaitaire, on entend un montant fixe payé à l'assuré indépendamment du coût réellement supporté par celui-ci.

17° Attelle

- Une attelle est un dispositif médical, composé de métal et/ou de matière synthétique, destiné à fixer une articulation ou un membre de manière à réduire au minimum les mouvements. Il s'agit d'un traitement temporaire destiné à soulager la douleur ou à prévenir d'autres blessures.
- En ce qui concerne les attelles remboursables, il s'agit des codes de la nomenclature de l'article 29, paragraphe 1, point A (sauf pour la réparation et l'entretien), point B (groupes principaux I, II, III, IV, VI, VIII, XII) et point C (tous les groupes principaux sauf XVI).

18° Soins néonatals

Par soins néonatals, on entend les soins et services donnés à la parturiente pour permettre son retour à domicile et la prise en charge des tâches ménagères.

19° Décompte de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur

Par décompte de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur, on entend le document utilisé par l'assureur hospitalisation collectif de l'employeur dans le cadre du règlement financier de la facture hospitalisation du client.

20° Affection ou maladie ou état préexistants

On entend par affection, maladie ou état préexistant, une affection, une maladie ou un état de santé (comme la grossesse) existant au moment de l'affiliation à la Société Mutualiste d'Assurances, ou au moment du transfert entre produits au sein de la Société, et qui donne lieu à une hospitalisation.

21° Par prothèses dentaires et implants dentaires

On entend : tout ce qui est reconnu réglementairement dans le cadre des soins dentaires.

22° Par soins dentaires

On entend : toutes les prestations reprises, soit dans l'arrêté Royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, soit dans l'Arrêté Royal du 9 novembre 1951 complétant l'Arrêté Royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire.

23° Par accident

On entend : tout événement soudain et indépendant de la volonté de l'assuré entraînant une lésion corporelle dont la cause, ou l'une des causes, se situe en dehors de l'organisme.

Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.

L'intervention est subordonnée à l'avis favorable du Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances.

24° Par comportement préventif

On entend : le fait d'avoir eu une prestation pour des soins dentaires remboursée l'année civile qui précède toute nouvelle demande de remboursement pour les soins dentaires curatifs, la parodontologie, les prothèses dentaires et les implants dentaires.

25° Par petite chirurgie buccale

On entend : les prestations de l'article 14, I) de l'annexe de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes sont suivis du signe '+'.

26° Modélisation

Par modélisation on entend : tout travail numérique ou de laboratoire permettant de simuler le déroulé ou le résultat d'un traitement.

27° Honoraires excessifs ou discriminatoires

Les honoraires excessifs sont qualifiés comme tels en comparant les honoraires facturés par un dentiste à un assuré avec :

- le tarif de la convention (en vigueur au moment de la date de prestation) pour les prestations remboursables ; ou
- le tarif sectoriel de référence pour les prestations non-remboursables ; ou
- le tarif prévu dans l'annexe de l'Arrêté royal du 1 octobre 2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses dentaires nécessitées à la suite des lésions subies lors d'un accident du travail, mise à jour annuellement au 1er janvier.

Par honoraires discriminatoires on entend le fait que les honoraires facturés par un dentiste varient selon que son patient a (ou n'a pas) souscrit une assurance soins dentaires et/ou selon l'assureur auprès duquel cette assurance a été souscrite.

28° Année d'affiliation

Par année d'affiliation on entend : une période de douze mois suivant la date anniversaire de l'affiliation. La première année d'affiliation démarre à la date de début de l'affiliation.

29° Preneur d'assurance

Par preneur d'assurance, on entend la personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des assurés, et qui est tenue au paiement de la prime.

30° Assuré

Par assuré, on entend la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui est le bénéficiaire du contrat d'assurance.

31° Franchise

Par franchise on entend la part des frais couverts qui reste à la charge de l'assuré et qui vient en déduction de l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances.

32° Matériel médical

Par matériel médical on entend tout instrument, dispositif ou appareil utilisé pour soulager une maladie ou une blessure.

33° Tentative de suicide

Il s'agit d'un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités.

34° Transport urgent des patients

Par transport urgent des patients, on entend tout transport en ambulance ou en hélicoptère après un appel au service unifié 100/112 et selon la loi du 08 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et ses arrêtés d'exécution, lorsqu'il est directement suivi par une hospitalisation ou hospitalisation de jour en Belgique pour laquelle MLOZ Insurance intervient.

Article 64 : Ouverture du droit à l'intervention

Pour avoir droit à l'intervention, l'assuré doit :

- a) être en règle de prime ;
- b) avoir accompli le stage prévu pour la couverture concernée.

1° Etre en règle de prime

Pour obtenir l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances pour une période d'hospitalisation, de soins ambulatoires ou de soins dentaires, il faut que les primes afférentes à cette période et celles courant depuis l'affiliation jusqu'à cette période aient été reçues conformément aux articles 6, 8 et 9.

2° Stage

1) Condition générale

Sans préjudice de l'application de l'article 64, 2°, 5, un stage à compter de la date d'affiliation telle que définie à l'article 6, est exigé pour l'octroi des interventions de la Société Mutualiste d'Assurances et ce pour chaque couverture. La durée de ce stage est fixée à 3 (trois) mois pour les produits Forfait H, Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus ainsi que pour l'option Garantie Maladies Graves. Pour tous les autres produits, la durée du stage est fixée à 6 (six) mois.

De même, les mêmes durées de stage seront applicables sur les extensions de couverture, à dater de la date d'affiliation à cette extension de couverture.

Le stage est porté à 12 mois dans le cadre de la couverture Dentalia Plus pour le remboursement des prothèses dentaires, implants dentaires et des prestations d'orthodontie. Dans le cadre de la couverture Dentalia Up, le stage est porté à 12 mois pour le remboursement des prothèses dentaires, implants dentaires, des traitements orthodontiques ainsi que des prestations de parodontologie, à l'exception des soins dentaires préventifs pour lesquels il n'y a pas de stage. Le stage est porté à 12 mois dans le cadre de Medicalia pour les interventions liées au forfait de naissance.

Le stage est une période pendant laquelle la Société Mutualiste d'Assurances ne peut couvrir aucun frais. La Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas pour une hospitalisation, ni pour les traitements ou soins ambulatoires, ni pour les soins dentaires ayant débuté pendant le stage.

2) Dérogation au stage

Pour autant qu'un des parents soit assuré à la Société Mutualiste d'Assurances à une date d'affiliation précédant celle de la naissance ou de l'adoption, le nouveau-né ou l'enfant adopté âgé de moins de 3 ans est couvert dès sa naissance ou dès la date de son adoption, et sans questionnaire médical, moyennant la remise d'une copie de l'acte de naissance ou d'adoption avant la fin du 3^e mois suivant sa naissance ou son adoption et le paiement de la première prime au plus tard le dernier jour du 6^e mois qui suit la date d'affiliation. La première prime ne sera redevable qu'à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption.

Cette disposition n'est plus d'application pour Dentalia Plus à partir du 01/07/2023.

Par dérogation à cette règle, les nouveau-nés et enfants adoptés, qui sont personnes à charge d'une personne s'étant affiliée à la Société Mutualiste d'Assurances après avoir perdu la qualité de membre d'une mutualité non reconnue comme section visée à l'article 4, doivent accomplir le même stage que cette personne doit, ou aurait dû, accomplir, conformément aux présents statuts.

3) Suspension en cas de détention

En cas de détention et à la demande de l'assuré, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus.

Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du premier jour du mois qui suit la demande de l'assuré de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa prime dans les 15 jours de la demande de paiement par la Société Mutualiste d'Assurances. A défaut, les dispositions de l'article 9 sont d'application.

4) Dérogation au stage en cas d'accident

La Société Mutualiste d'Assurances intervient pour toute prestation étant la résultante d'un accident ayant entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il soit couvert par les dispositions des articles 66, 67, 74 à 78, 80 à 84, les articles 87 à 91, 94 à 95, 96 et 96bis à 96quater et 96sexies, à condition que l'accident soit postérieur à la date de l'affiliation en vertu des dispositions prévues à l'article 6.

5) Transfert de couvertures

L'assuré dont le transfert d'une couverture à une autre aura été accepté, sera ou non tenu d'effectuer un nouveau stage, conformément à l'article 6, 9°, 10° et 11°, 12° et 13° et 14° et 15°.

6) Dérogation au stage en faveur des nouveaux assurés couverts précédemment par une assurance hospitalisation, ou ambulatoire similaire

Il pourra être dérogé au stage de 3, 6 ou 12 mois prévu au point 1, en faveur des nouveaux assurés établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation auprès de la Société Mutualiste d'Assurances, selon le cas, par une assurance soins ambulatoires similaire pour Hospitalia Ambulatoire, et la Garantie "Maladies Graves" pour le complément à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus ou par une assurance hospitalisation similaire de type "indemnitaire", c'est-à-dire une assurance dont les remboursements sont effectués sur base des coûts réels repris sur la facture d'hospitalisation pour Hospitalia Smart ou Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, ou par une assurance hospitalisation complémentaire du type Hospitalia Continuité pour Hospitalia Continuité, ou par une assurance qui intervient de manière forfaitaire similaire pour le Forfait H.

Lorsque le nouvel assuré d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus était déjà couvert jusqu'à la date de son affiliation par une assurance hospitalisation similaire au Forfait H, il pourra, durant sa période de stage de 3 mois du produit Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus qu'il a souscrit, bénéficier de la couverture du Forfait H pour autant que le stage ait été entièrement accompli auprès de l'ancienne entité mutualiste.

Si ce stage n'a été accompli que partiellement, le nouvel assuré devra préster un stage correspondant aux mois manquant, pour arriver à une période de stage totale de 3 mois. Au terme de cette période, il pourra bénéficier de la couverture Forfait H.

La dérogation sera totale pour autant que la période d'affiliation auprès de ladite assurance était au moins égale à la période de stage qui aurait normalement dû être accomplie dans le cadre des présents statuts.

Si cette période d'affiliation est inférieure à la période de stage, le nouvel assuré devra préster un stage correspondant aux mois manquants pour arriver à une période totale de stage du produit concerné.

7) Dérogation au stage en faveur des nouveaux assurés couverts précédemment par une assurance soins dentaires similaire

Il pourra être dérogé aux stages de 6 ou 12 mois prévus à l'article 64, 2^o, 1), en faveur des nouveaux assurés établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts, depuis plus de 12 mois et jusqu'à la date de leur affiliation, auprès d'une assurance soins dentaires similaire.

La dérogation sera totale pour autant que la période d'affiliation auprès de ladite assurance était au moins égale à la période de stage qui aurait dû être accomplie dans le cadre de l'article 64, 2^o, 1).

Si cette période d'affiliation est inférieure à la période de stage, le nouvel assuré devra préster un stage correspondant aux mois manquants pour arriver à une période totale de stage de 6 mois ou de 12 mois.

Pour une affiliation à Dentalia Plus on entend par assurance soins dentaires similaire, une assurance de type "indemnitaire" dont les remboursements sont effectués sur base des frais réellement facturés à l'assuré par prestation par opposition à une assurance qui intervient de manière forfaitaire, et qui :

- d'une part prévoit une intervention financière pour des prestations de soins dentaires d'au moins 50 % dans les montants restant à charge des assurés avec un plafond annuel au moins égal à 500 euros. Pour déterminer si ce dernier plafond est atteint dans une autre entité, il faut avoir égard au plafond d'intervention le plus élevé dans le service de cette autre entité en vigueur au moment de l'affiliation au présent service ;
- et d'autre part ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour une affiliation à Dentalia Up, on entend par assurance soins dentaires similaire, une assurance de type "indemnitaire" dont les remboursements sont effectués sur base des frais réellement facturés à l'assuré par prestation par opposition à une assurance qui intervient de manière forfaitaire, et qui (conditions cumulatives) :

- prévoit une intervention financière pour des prestations de soins dentaires d'au moins 50 % dans les montants restant à charge des assurés avec un plafond annuel au moins égal à 500 euros. Pour déterminer si ce dernier plafond est atteint dans une autre entité, il faut avoir égard au plafond d'intervention le plus élevé dans le service de cette autre entité en vigueur au moment de l'affiliation au présent service ; et
- ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ; et
- couvre toutes les garanties suivantes : soins préventifs, soins curatifs, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires et implants dentaires.

8) Dérogation au stage en faveur des nouveaux assurés couverts précédemment par une assurance soins ambulatoires similaire

Il pourra être dérogé aux stages de 6 ou 12 mois prévus à l'article 64, 2^o, 1), en faveur des nouveaux assurés établissant, sur la base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation, auprès d'une assurance soins ambulatoires similaire.

La dérogation sera totale pour autant que la période d'affiliation auprès de ladite assurance était au moins égale à la période de stage qui aurait dû être accomplie dans le cadre de l'article 64, 2^o, 1).

Si cette période d'affiliation est inférieure à la période de stage, le nouvel assuré devra préster un stage correspondant aux mois manquants pour arriver à une période totale de stage de 6 mois ou de 12 mois pour le forfait naissance.

On entend par assurance soins ambulatoires similaire, une assurance qui :

- d'une part

- soit prévoit une intervention financière pour des prestations de soins ambulatoires d'au moins 50 % dans les montants restant à charge des assurés avec un plafond annuel au moins égal à 1.000 euros. Pour déterminer si ce dernier plafond est atteint dans une autre entité, il faut avoir égard au plafond d'intervention le plus élevé dans le service de cette autre entité en vigueur au moment de l'affiliation au présent service ;
- soit prévoit une intervention forfaitaire qui – par partie de garantie – est au moins égale à 75 % de l'intervention prévue par la nouvelle assurance soins ambulatoire, au moment de l'affiliation ;
- et d'autre part ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

9) Dérogation au stage en faveur des nouveaux assurés couverts précédemment par une assurance similaire comme Comfort/Comfort+

Il peut être dérogé au stage de 6 mois pour les nouveaux assurés qui, preuves à l'appui, démontrent qu'ils étaient couverts par une assurance mutualiste complémentaire similaire jusqu'à la date de leur affiliation à la Société mutualiste d'assurances.

Lorsque le nouvel assuré était couvert par une assurance mutualiste complémentaire similaire jusqu'à la date de son affiliation, il bénéficiera de la couverture de la Société mutualiste d'assurances durant son stage de 6 mois, pour autant que le stage ait totalement été accompli auprès de l'ancienne entité mutualiste. Si ce stage n'a été accompli que partiellement, le nouvel assuré devra préster un stage correspondant aux mois manquants, pour arriver à une période de stage totale de 6 mois. Il pourra bénéficier de la couverture après cette période.

10) Dérogation au stage dans le cadre de Comfort/Comfort+

Les avantages dans le cadre de Comfort et Comfort+ qui ne requièrent pas de stage sont les suivants : les séjours de soins, la coordination des soins à domicile et le prêt de matériel de soins.

11) Transfert de Comfort à Comfort+ ou inversement

Chaque assuré qui bénéficie de la couverture de Comfort peut demander son affiliation à Comfort+, moyennant un stage de 6 mois.

Chaque assuré qui bénéficie de la couverture de Comfort+ peut demander la suppression de cette couverture et s'affilier au produit Comfort, sans stage.

12) Dérogation au stage dans le cadre de Income Two

Lorsqu'un assuré qui avait au départ le statut d'indépendant change de statut pour celui de salarié et reprend son statut d'indépendant dans les douze mois, le stage ne s'applique pas lorsqu'il reprend le statut d'indépendant. Cette exception n'est toutefois d'application que si le stage initial a déjà été accompli.

Article 65 : Exclusions et limites générales

1° Exclusions générales

Ne sont pas couverts, les frais d'hospitalisation et de soins afférents à une maladie ou un accident :

- résultant de faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme : toutefois, la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si l'assuré a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre

- l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par l'assuré qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit. Par délit, on vise également les délits requalifiés par la suite en contravention ;
- résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'assuré. Le fait intentionnel sera retenu lorsque l'assuré a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage prévisible sans qu'il soit toutefois requis qu'il ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit. La tentative de suicide au sens de l'article 5,61° de la loi de 4 avril 2014 et le suicide ne sont pas assimilés à des faits intentionnels ;
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- résultant de réactions nucléaires, à l'exclusion du terrorisme.

Toutefois, la Garantie "Maladies Graves", telle que visée aux articles 78ter et 85, n'est acquise que pour autant que la maladie grave n'ait pas été diagnostiquée avant l'affiliation à cette garantie. Les assurés d'Hospitalia Plus au 31/03/2020 maintiennent leur date d'affiliation à Hospitalia Plus pour la Garantie « Maladies Graves ».

2° Prestations non couvertes

Dans le cadre de la couverture Hospitalia Smart, la Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas:

- pour les produits de toilette, les produits cosmétiques, les produits alimentaires, les vins, les eaux minérales, les dépenses de confort (téléphone, télévision, fleurs, frigo). Cette règle ne s'applique toutefois pas
 - aux hospitalisations d'au moins une nuit en chambre commune et à deux lits. Les frais de téléphone, de télévision, de fleurs, de boissons et de frigo restent toutefois exclus ;
 - et aux hospitalisations de jour.

Les communications téléphoniques surtaxées restent toutefois exclues.

Dans le cadre des couvertures Hospitalia Care et Hospitalia Plus, la Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas :

- pour les frais divers tels que les frais de confort de chambre, les produits d'hygiène, la nourriture et les boissons, les autres produits et services fournis à la demande du patient, les frais de transport non urgent et les frais soumis à la TVA.

Dans le cadre des couvertures Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus, la Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas :

- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique ou à la chirurgie réfractive, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical et les frais soumis à la TVA ;
- pour les implants dentaires et prothèses dentaires, et toutes les prestations qui y sont liées, sauf ceux effectués en ambulatoire, dans le cadre d'Hospitalia Ambulatoire ;
- pour les frais liés aux traitements et aux médicaments expérimentaux et/ou qui ne sont pas 'evidence-based', qui n'ont pas de base scientifique ;
- pour les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge ;
- pour les frais liés aux traitements médicaux qui s'effectuent intentionnellement à l'étranger et pour lesquels le médecin-conseil de l'Assurance Obligatoire n'a pas donné son accord ;

- pour les prestations du type cure de rajeunissement ;
- pour les prestations au profit d'un assuré refusant de recevoir la visite d'un médecin, d'une infirmière ou d'une assistante sociale désigné(e) par la Société Mutualiste d'Assurances.

Dans le cadre de la couverture Dentalia Plus, la Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas pour :

- les prestations de l'article 14, I) de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes ne sont pas suivis du signe '+' ;
- les médicaments ;
- les prestations de soins dentaires tenant à l'esthétique/cosmétique, sauf accord préalable du médecin-conseil compétent en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient ;
- les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge ;

Dans le cadre de la couverture Dentalia Up, la Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas pour:

- les traitements orthodontiques :
 - 1) ne donnant pas droit à un remboursement en assurance obligatoire soins de santé pour les affiliés à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités belge ;
 - 2) ne répondant pas aux critères d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé belge, pour les non-affiliés à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités belge ;
 - 3) initiés (examens préalables au traitement dans le but de définir ou d'initier celui-ci) ou débutés (forfait pour traitement orthodontique de première intention en début de traitement ou forfait pour appareillage par traitement orthodontique régulier en début du traitement) pendant la période de stage ou avant l'affiliation à Dentalia Up. Ces traitements ne seront pas pris en charge même après la période de stage ;
- les prothèses dentaires et les implants dentaires initiées (examens préalables au traitement dans le but de définir ou d'initier celui-ci) ou débutées (pose d'implant ou de prothèse provisoire) pendant la période de stage ou avant l'affiliation à Dentalia Up. Ces traitements ne seront pas pris en charge même après la période de stage ;
- les prestations de l'article 14, I) de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes ne sont pas suivis du signe '+' ;
- les médicaments ;
- les matériaux, l'instrumentation, les moyens mis en œuvre, les produits médicamenteux à usage dentaire ou toute autre fourniture pharmaceutique et tout acte étroitement liés à l'acte principal ;
- les prothèses dentaires de type facettes, inlays, onlays et overlays quelle qu'en soit la motivation ;
- les gouttières thermoformées quelle qu'en soit la motivation autre que la contention orthodontique ;
- les techniques d'injection de résine composite, au moyen d'une gouttière réalisée de façon indirecte, en vue de modifier l'anatomie, le volume, la teinte d'une ou plusieurs dents ;
- tout traitement de la ronchopathie ou des apnées du sommeil ou tout autre traitement n'ayant pas trait à la santé bucco-dentaire ;
- les frais résultant d'une lésion subie lors de la pratique de sports pour lesquels il est d'usage ou obligatoire de porter une protection faciale, buccale ou dentaire selon les règlements de la fédération sportive concernée ;
- les frais causés par une participation de l'assuré à une rixe ;
- les frais qui ne sont pas propres à la fourniture du matériel principal dans des formules de type leasing ou abonnement ;
- les prestations de soins dentaires tenant à l'esthétique/cosmétique ;

- les prestations et les livraisons de biens qui peuvent être soumises au régime de la TVA ;
- les frais dont la facturation contrevient à la réglementation belge ;
- les frais qui ne sont pas nécessaires du point de vue diagnostique ou thérapeutique car non curatif d'une pathologie ;
- les prestations ou les traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ;
- les procédés ou les traitements exagérés (surtraitements) en regard de la pathologie ;
- les prestations non reconnues à suffisance sur le plan thérapeutique ou ne faisant pas l'objet d'un enseignement dans au moins une des facultés belges donnant l'accès à une des professions reprises dans l'art. 4, § 1 de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- les prestations au profit d'un assuré refusant de se soumettre à un examen par un dentiste expert désigné par la Société Mutualiste d'Assurances ;
- les prestations en cas de faux manifeste du prestataire et/ou de l'assuré ou son représentant concernant les dates de prestation, les montants demandés, ou la description des prestations.

Dans le cadre de la couverture Medicalia, la Société Mutualiste d'Assurances n'intervient pas pour :

- les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge ;
- les médicaments ;
- le traitement de logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs, orthopédagogues non reconnus par l'INAMI ou qui ne sont pas repris dans les listes publiées et utilisées par la Société Mutualiste d'Assurances et ses départements ;
- les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical;
- les soins dentaires (les implants et prothèses dentaires (ainsi que toutes les prestations qui s'y rapportent)) ;
- les prestations du type cure de rajeunissement.

3° Exclusions Hospitalia Continuité

La Société Mutualiste d'Assurances n'octroie une intervention que lorsque l'assurance collective de l'employeur est intervenue pour une hospitalisation en Belgique et à l'étranger et une hospitalisation de jour en Belgique. Les points 1° et 2° ci-avant ne concernent pas Hospitalia Continuité.

4° Limitations d'intervention dans le cadre des produits Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus, et à leur complément Garantie "Maladies Graves"

Pour les hospitalisations directement liées à l'état, à la maladie ou à l'affection préexistante, le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances peut, sur base du questionnaire médical, décider de limiter l'intervention en excluant la prise en charge des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de choix du patient d'un séjour en chambre particulière.

En cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, il ne sera pas fait application de cette limite d'intervention.

Pour les interventions prévues dans le cadre de la Garantie "Maladies Graves", complémentaire à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances peut, sur base du questionnaire médical, refuser les interventions directement liées à la maladie grave préexistante.

Cette décision éventuelle est prise pour une durée minimale de 5 ans à l'issue de laquelle l'assuré qui le souhaite pourra demander de réévaluer sa situation sur base d'un nouveau dossier médical.

Ce délai minimal de 5 ans ne concerne pas les hospitalisations liées à une grossesse préexistante à la date d'affiliation à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, celui-ci étant fixé à neuf mois.

Ces dispositions ne peuvent cependant porter atteinte aux limitations générales prévues aux articles 73 et 79.

La notion d'état préexistant liée à la grossesse sera appliquée comme suit :

- pour les accouchements ayant lieu durant les 3 premiers mois d'affiliation à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, aucun remboursement n'est prévu. Toutefois, les frais d'hospitalisation sont pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de choix du patient d'un séjour en chambre particulière si, au moment de l'accouchement, il a été dérogé au stage dans le cadre de l'article 64, 2°, 6) ;
- pour les accouchements ayant lieu entre le quatrième et le neuvième mois d'affiliation au service hospitalisation, les frais d'hospitalisation sont pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de choix du patient d'un séjour en chambre particulière.

La notion d'état préexistant liée à la grossesse ne sera pas appliquée :

- aux accouchements ayant lieu à partir du dixième mois d'affiliation à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus ;
- aux accouchements d'assurées couvertes précédemment par un service "hospitalisation" mutualiste similaire ou offrant une couverture plus avantageuse. Dans ce cas, les 9 premiers mois, tels que décrits dans le paragraphe ci-dessus, débutent à la date d'affiliation à ce service hospitalisation similaire ou plus avantageuse.

5° Limitations d'intervention dans le cadre du produit Hospitalia Continuité

Le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances peut, sur base du questionnaire médical, en cas de maladie ou d'affection ou d'état préexistants, décider, pour les hospitalisations qui y sont directement liées, qu'une limitation de la couverture (exclusion des suppléments liés au choix d'un séjour en chambre particulière) pourra être appliquée lors du passage ultérieur vers le produit Hospitalia et, le cas échéant, vers le produit Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, ainsi que la Garantie "Maladies Graves".

Le questionnaire médical ne sortira ses effets que lors du transfert ultérieur au produit Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, si la couverture choisie est supérieure à la couverture dont disposait l'assuré avant son affiliation à Hospitalia Continuité.

Au moment du transfert, le Conseiller Médical décidera, s'il y a lieu ou non, de maintenir cette limitation.

6° Exclusions au sein du service Indemnités journalières OZ en ce qui concerne les anciens assurés de la caisse primaire 'Antwerps Ziekenfonds' et 'Help Elkander'

1. Sauf exceptions, si l'assuré ne se trouve pas réellement sur le territoire belge au moment où il demande cette prestation.
2. Si l'incapacité de travail est couverte par une législation particulière ou si cette incapacité de travail trouve son origine dans la diminution de l'incapacité de travail qui donne droit à une pension d'invalidité accordée en vertu d'une loi ou ordonnance publique.

L'indemnité d'invalidité est toutefois accordée lorsque l'incapacité de travail n'a pas la même origine que l'incapacité qui a donné lieu au dédommagement en vertu d'une législation particulière ou lorsque cette incapacité de travail ne résulte pas de la diminution de l'incapacité de travail qui donne droit à une pension d'invalidité accordée en vertu d'une loi ou d'un règlement public.

3. Si l'incapacité de travail est due à un accident dans lequel la responsabilité civile d'un tiers est impliquée, sauf si la Société Mutualiste d'Assurances a été informée en temps utile de la cause de l'accident.

Dans ce dernier cas, l'assuré est tenu de subroger la Société Mutualiste d'Assurances dans tous les droits qu'il peut faire valoir vis-à-vis du tiers responsable et il ne peut pas conclure d'accord stipulant qu'il est redevable d'un dédommagement sans l'accord de la Société Mutualiste d'Assurances.

4. Si le dommage découle d'un accident survenu lors d'un exercice physique au cours d'une compétition sportive ou d'une exhibition pour laquelle l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour laquelle les participants reçoivent une rémunération, sous quelle que forme que ce soit.
5. Si le dommage découle d'une faute grave perpétrée par l'assuré.
6. Des assurés qui se sont soustraits au contrôle ou qui ont refusé de se conformer aux mesures de contrôle imposées par le Comité de Direction ou le Conseiller Médical.
7. Aux assurés dont l'incapacité de travail découle d'une maladie ou lésion survenue pendant la période d'essai.
8. A l'assuré dont l'incapacité de travail découle d'une maladie ou lésion causée par une mauvaise conduite ou un excès, la consommation de stupéfiants ou la toxicomanie.
9. A l'assuré dont l'incapacité de travail découle de blessures subies lors d'une bagarre, s'il est prouvé que l'assuré en était à l'origine.
10. A l'assuré dont l'incapacité de travail découle d'un fait de guerre, d'une catastrophe naturelle ou, directement ou indirectement, d'effets radioactifs mécaniques thermiques ou autres de n'importe quelle modification de la structure atomique de la matière, l'accélération artificielle de particules d'atome, l'utilisation professionnelle de rayons X ou de radio-isotopes, à l'exclusion du terrorisme.
11. A l'assuré qui s'est blessé, fait blesser ou rendu malade intentionnellement.
12. A l'assurée dont l'incapacité de travail découle d'un accouchement ou d'une fausse couche.
13. A l'assuré qui est sénile ou dérangé d'esprit.
14. A l'assuré qui a fait des déclarations erronées ou incomplètes lors de son inscription auprès de la Société Mutualiste d'Assurances, de nature à alourdir ou modifier ses obligations.

Les assurés malades ou effectivement blessés perdent leur droit aux indemnités d'incapacité primaire s'ils sont vus par le Conseiller médical ou les visiteurs des malades dans le local où ils exercent leur activité professionnelle ou s'ils exercent une activité rémunérée ou une activité commerciale.

Les assurés malades ou blessés, pris en infraction, sont considérés comme guéris. Ils ne récupèrent leurs droits qu'après six mois. En cas de récidive, ils peuvent être exclus de l'assurance.

7° Exclusions au sein du service Indemnités journalières OZ en ce qui concerne les indemnités de la mutualité et les assurés de l'ancienne caisse de soins SM dans les cas suivants :

1. L'assuré dont l'incapacité de travail découle d'une maladie ou lésion survenue pendant le stage.
2. L'assuré dont l'incapacité de travail découle d'une maladie ou lésion causée par une mauvaise conduite, la consommation de stupéfiants ou la toxicomanie.
3. L'assuré dont l'incapacité de travail découle de blessures subies lors d'une bagarre, s'il est prouvé que le membre est en faute.
4. L'assuré dont l'incapacité de travail découle d'un accident survenu lors d'un exercice physique au cours d'une compétition sportive ou d'une exhibition pour laquelle l'organisateur perçoit un

droit d'entrée et pour laquelle les participants reçoivent une rémunération ou une indemnisation des frais, sous quelle que forme que ce soit.

5. L'assuré dont l'incapacité de travail découle d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou les pouvoirs concédés, sauf si l'assuré prouve qu'il ne prenait pas part active et volontaire, de faits de guerre, d'une catastrophe naturelle ou dont l'incapacité de travail découle directement ou indirectement d'effets thermiques, mécaniques, radioactifs ou autres de n'importe quelle modification de la structure atomique de la matière, du rayonnement artificiel des particules d'atome, de l'utilisation professionnelle de rayons X ou de radio-isotopes, à l'exclusion du terrorisme.
6. L'assuré qui s'est blessé, fait blesser ou délibérément rendu malade.
7. L'assuré qui s'est soustrait au contrôle ou qui a refusé de se conformer aux mesures de contrôle imposées par le Conseiller Médical.
8. L'assuré dont l'incapacité de travail découle d'un accident qui doit être indemnisé par des tiers. L'indemnité prévue est toutefois payée aux assurés en attendant les dommages et intérêts, moyennant subrogation légale ou conventionnel : l'assuré ne peut commettre aucun acte qui réduirait les droits de la Société Mutualiste d'Assurances subrogée.

L'assuré ne conclura pas d'accord ou ne contractera pas de transaction avec le tiers qui doit complètement ou partiellement indemniser le dommage, sans l'accord écrit de la Société Mutualiste d'Assurances.

9. L'assuré pour la durée de son séjour à l'étranger.
10. L'assuré dont l'incapacité de travail découle d'une affection psychique, avec ou sans répercussion physique.

L'assuré, qui lors de son affiliation au service, fait des déclarations incomplètes ou erronées, même de bonne foi, lorsqu'elles réduisent l'appréciation du risque ou en modifient l'objet. La décision de paiement avant la prise de connaissance de la situation réelle de l'assuré ne constitue pas une forme d'acceptation ou de renonciation tacite de la Société Mutualiste d'Assurances.

Les assurés en incapacité de travail perdent leur droit aux indemnités établies à l'article 98 s'ils :

1. sont vus par le Conseiller Médical ou les visiteurs des malades dans le local où ils exercent leur activité professionnelle ou s'ils exercent un travail rémunéré ou une activité commerciale ;
2. ne sont pas soignés par un médecin ;
3. ne suivent pas les prescriptions du médecin ;
4. abusent de boissons alcoolisées ;
5. refusent de se conformer aux mesures de contrôle décidées par la Société Mutualiste d'Assurances ;
6. sont absents de leur domicile lors d'une visite annoncée du Conseiller Médical ou son représentant ;
7. ne répondent plus aux conditions d'affiliation telles que décrites dans les présents statuts

8° Exclusions au sein du service Indemnités journalières Xerius si l'incapacité est la conséquence d'une ou plusieurs des situations suivantes :

- faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme
- la pratique d'un sport rémunéré y compris l'entraînement

- la pratique d'un sport dangereux : à titre purement illustratif et non limitatif, on peut citer les exemples de : courses de voitures et motos, rallyes, aviation sportive et vol à voile, sauts en parachute, plongée en eaux profondes, spéléologie et navigation aérostatique
- émeutes, troubles civils, tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés (n'en font pas partie les faits de terrorisme dans le sens de l'article 2 de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance des préjudices causés par terrorisme), sauf la preuve à apporter par l'assuré qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements
- survenant lorsque l'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues
- la participation volontaire à un crime ou à un délit
- un fait intentionnel de l'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances. Le fait intentionnel sera retenu lorsque l'assuré de la Société Mutualiste d'Assurances a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage prévisible sans qu'il soit toutefois requis qu'il ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.
- ivresse, alcoolisme et toxicomanie
- réactions nucléaires
- les prestations médicales et pharmaceutiques tenant à l'esthétique, sauf accord préalable du Conseiller Médical compétent en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient
- maladies et troubles mentaux ou affections psychiques et leurs conséquences
- un accident en tant que chauffeur ou passager d'un engin à deux roues motorisé
- un accouchement ordinaire
- une maladie ou affection dont l'assuré avait connaissance lors de la demande et dont il n'a pas fait mention, intentionnellement ou non. Cette raison d'exclusion expire après 24 mois si la non-mention n'était pas intentionnelle.
- maladies et affections qui se manifestaient déjà lors de la demande et qui ont été diagnostiquées dans les 24 mois après celle-ci.

9° Exclusions au sein de Income Two

Ne sont pas couverts tous les sinistres qui ne donnent pas droit à une indemnité dans le cadre de l'Arrêté Royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Finalement, les périodes de repos de maternité telles que définies dans l'article 93 de l'Arrêté Royal Indemnités ne sont pas couvertes.

Article 66 : Principes généraux de couverture

1° Prise en compte de la situation de l'assuré sur le plan droits ouverts

Il n'est pas tenu compte des frais dans la mesure où ceux-ci peuvent être couverts :

- par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses Arrêtés Royaux d'exécution et par l'Arrêté Royal du 30 juin 1964 ;
- par les législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et l'Arrêté Royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'Arrêté Royal d'exécution) ;

- par les règlements européens n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ;
- par l'assurance complémentaire des mutualités à l'exception des contrats Comfort et Comfort Plus conclus avant le 1^{er} janvier 2017, des interventions Dentalia Plus à partir du 1^{er} juillet 2021 et des interventions Dentalia Up à partir du 1^{er} juillet 2023 ;
- par le service “soins urgents à l'étranger” des organismes assureurs.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions. Si l'assuré, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs de ces interventions, la Société Mutualiste d'Assurances intervient de la même manière que pour un assuré ayant droit à ces interventions.

2° Cumul des couvertures

Si le dommage est déjà couvert par le droit commun, une autre législation ou par un contrat d'assurance dont bénéficie l'assuré tant auprès d'une compagnie d'assurances qu'auprès d'un organisme mutualiste belge, celui-ci doit le mentionner sur la demande d'intervention visée à l'article 70.

Lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque par le biais de plusieurs contrats d'assurances, l'assuré peut demander l'indemnisation à chaque assureur dans les limites des obligations de chacun d'eux, et à concurrence de l'indemnité à laquelle il a droit.

Sauf accord entre les assureurs au sujet d'un autre mode de répartition, la charge de l'indemnisation s'effectue entre les assureurs proportionnellement à leurs obligations respectives.

Lorsque les sommes accordées en vertu d'une autre législation, du droit commun ou d'un contrat d'assurance, sont inférieures aux remboursements octroyées par la Société Mutualiste d'Assurances, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de cette dernière.

Dans le cadre d'Hospitalia Continuité, visé à l'article 96, le bénéficiaire a droit à cette différence, à concurrence de max. 50 euros par jour.

Lorsque le dommage est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation, la Société Mutualiste d'Assurances pourra octroyer ses prestations à titre provisoire en attendant que le dommage soit effectivement réparé.

Dans ce cas, la Société Mutualiste d'Assurances sera subrogée dans tous les droits que l'assuré peut exercer vis-à-vis du débiteur de la réparation. L'assuré ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de la réparation sans autorisation préalable.

3° Règles d'intervention

- a) Pour que la Société Mutualiste d'Assurances puisse accorder ses interventions, il est indispensable qu'au cours de l'hospitalisation, une des prestations médicales au moins soit reprise dans la liste des prestations remboursables par la Société Mutualiste d'Assurances et soit remboursée en assurance obligatoire. De cette dernière condition, il est dérogé s'il est fait appel à l'article 66, 1^o, dernier paragraphe.

L'alinéa précédent n'est pas d'application pour le remboursement des acomptes tel que prévu à l'article 70bis, ni pour Hospitalia Continuité.

- b) Pour que la Société Mutualiste d'Assurances puisse accorder ses interventions dans le cadre de la couverture Dentalia Plus et Dentalia Up, il est indispensable que les prestations soient reprises à l'article 96bis et 96nonies et soient effectuées par l'un des prestataires repris dans l'article 4, § 1 de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (dentiste généraliste, dentiste spécialiste en orthodontie, dentiste spécialiste en parodontologie, médecin spécialiste en stomatologie et médecin porteur du diplôme de

dentiste ou de licencié en science dentaire). Il n'y a pas d'intervention pour les avances ou acomptes tant que l'acte médical n'a été effectué.

c) Dans le cadre de la couverture Dentalia Up, la Société Mutualiste d'Assurances intervient en tenant compte des dispositifs suivants :

- la Société Mutualiste d'Assurances intervient pour les conebeam dentaires (CBCT) pour autant que toutes les conditions administratives pour l'utilisation du conebeam reprises dans l'article 6, §17bis de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, soient remplies et notamment que le prestataire de soins soit titulaire de l'autorisation conebeam émise par l'AFCN et que l'appareil et le prestataire de soins soient enregistrés auprès du Service des soins de santé de l'INAMI.

Les conebeam dentaires seront remboursés pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et selon les modalités applicables aux soins auxquels ils se rapportent.

L'intervention pour les conebeam dentaires est limitée à une fois toutes les 2 années d'affiliation ;

- à partir du moment où la réglementation l'imposera, la Société Mutualiste d'Assurances se réserve le droit de n'intervenir qu'après la soumission et l'acceptation préalable d'un plan de traitement avec devis pour les prothèses dentaires et implants dentaires , les prestations de parodontologie et les traitements orthodontiques ;
- En cas de montants manifestement excessifs ou discriminatoires, la Société Mutualiste d'Assurances peut limiter le montant de son intervention en plafonnant le montant à charge pris en considération, à hauteur du montant le plus faible repris dans les référentiels ci-dessous :
 - annexe de l'Arrêté Royal du 1 octobre 2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses nécessitées à la suite de lésions subies lors d'un accident du travail, mise à jour annuellement au 1er janvier ; ou
 - tarif de la convention pour les prestations remboursables ; ou
 - le tarif sectoriel de référence pour les prestations non-remboursables ; ou
 - tarif communément appliqué par le prestataire envers des patients n'ayant pas souscrit à une assurance soins dentaires ;
- l'intervention pour les dispositifs en résine synthétique dure repris dans l'article 96nonies, 4°, 2) est limitée à une fois toutes les 5 années d'affiliation. L'ajustement de ces dispositifs ne peut en aucun cas donner lieu à une intervention séparée ;
- les délais de renouvellement pour les prothèses sont de 7 ans pour les prothèses amovibles et de 15 ans pour les prothèses fixes ;
- la modélisation en soins dentaires ne peut en aucun cas donner lieu à une intervention séparée du traitement auquel elle se rapporte ;
- les frais relatifs à un même travail prothétique dentaire comme défini à l'article 96nonies, 4° ne peuvent en aucun cas être ventilés sur plusieurs dates dans le but d'obtenir un avantage ou une intervention supérieure à celle contractuellement prévue et ne peuvent être portés en compte que globalement à la date du placement définitif.

La Société Mutualiste d'Assurances se réserve le droit de contrôler la pertinence thérapeutique lors de multiples traitements sur un même site implantaire ou prothétique, et le cas échéant limiter son intervention ;

- la Société Mutualiste d'Assurances se réserve le droit de subordonner son intervention à l'obtention d'une copie de l'accord du médecin conseil ou de l'annexe nécessaire pour l'obtention d'un remboursement en assurance obligatoire pour le traitement orthodontique.

4° Limite générale

Les avantages accordés par la Société Mutualiste d'Assurances, cumulés avec toutes autres interventions, ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés par l'assuré, sauf pour l'intervention du Forfait H reprise à l'article 94 des statuts, pour le remboursement de l'accouchement à domicile tel que prévu aux articles 75 et 81bis, ainsi que pour le remboursement des séjours posthospitaliers prévu aux articles 78bis et 84bis.

5° Obligations du preneur

Le preneur d'assurance est tenu :

- de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique au siège de l'assureur ou de ses sections ;
- d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies ;
- d'aviser au plus tôt, de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
- de fournir à l'assureur ou à ses sections tout renseignement demandé.

Si le preneur enfreint les obligations du contrat d'assurance ou de celles nées de l'exécution du contrat, et si à la suite d'un sinistre, ce manquement cause un préjudice, l'assureur peut réduire ses prestations à due concurrence.

Article 67 : Assistance en Belgique pour les assurés du produit Hospitalia Smart

La Société Mutualiste d'Assurances offre les services d'assistance, ci-après, aux assurés qui ont souscrit le produit Hospitalia Smart qui ont droit à l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances conformément aux articles 64 et 65 et dans le cadre des hospitalisations décrites aux articles 74, 75 et 76. Ces services sont offerts sur simple appel à la Centrale d'Assistance de la Société Mutualiste d'Assurances au 02/560 47 85, accessible 24 heures sur 24.

1° Garde-malade après une hospitalisation de jour

La Société Mutualiste d'Assurances organise dans les 24 heures et prend en charge les frais de mise en place d'une garde-malade, durant 12 heures maximum, au profit de l'assuré hospitalisé de jour durant la nuit qui suit directement cette hospitalisation de jour.

Pour bénéficier de ce service, l'assuré isolé doit :

- fournir à la garde-malade une attestation médicale du médecin traitant l'hospitalisation de jour qui stipulera qu'une hospitalisation de jour a été réalisée et qu'une garde, ne nécessitant pas de soins infirmiers, est requise ;
- disposer d'un téléphone.

2° Garde d'enfants à domicile

La Société Mutualiste d'Assurances organise, dans les 24 heures, et prend en charge les frais de garde des enfants de l'assuré âgés de 3 mois à 14 ans dans les quatre conditions suivantes :

- 1) si l'assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à deux jours, à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine et imprévisible, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans la garde de ses enfants pendant la première nuit qui suit cette hospitalisation, soit entre 19 heures et 8 heures, si aucune autre personne ne peut s'en charger.

L'intervention est aussi accordée durant maximum 5 jours ouvrables, du lundi au samedi, entre 8 heures et 19 heures, jours fériés exclus, à concurrence de 10 heures par jour maximum, pendant que le conjoint exerce son activité professionnelle.

- 2) en cas d'accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, celle-ci intervient dans la garde des enfants durant maximum 3 jours ouvrables situés pendant le séjour à l'hôpital de la mère, du lundi au samedi, jours fériés exclus, à concurrence de maximum 10 heures par jour et ce, pendant que le père exerce son activité professionnelle.
- 3) en cas d'accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, celle-ci intervient dans la garde des enfants durant maximum 3 jours ouvrables, situés directement après un court séjour à l'hôpital de la mère, du lundi au samedi, jours fériés exclus, à concurrence de maximum 10 heures par jour, pendant que le père exerce son activité professionnelle.

On entend par court séjour, un séjour de maximum 2 nuits.

- 4) en cas d'accouchement à domicile remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, celle-ci intervient dans la garde des enfants durant maximum 3 jours ouvrables, situés après l'accouchement à domicile, du lundi au samedi, jours fériés exclus, à concurrence de maximum 10 heures par jour, pendant que le père exerce son activité professionnelle.

La Société Mutualiste d'Assurances prend en charge les frais de garde des enfants âgés de moins de 14 ans le jour de l'accouchement à domicile.

Cette garde est destinée à assurer une présence attentive auprès de maximum 3 enfants et à effectuer les tâches normalement assurées par la mère ou le père de famille, à l'exclusion des travaux ménagers et des transports entre l'école et le domicile.

Les interventions prévues aux points 2 et 3 ci-dessus ne sont pas cumulables.

Article 67bis : Assistance en Belgique "Hospitalia Assist" pour les assurés des produits Hospitalia Care et Hospitalia Plus

I. OBJET ET ETENDUE DE L'ASSISTANCE

La Société Mutualiste d'Assurances, MLOZ Insurance, offre les services d'assistance, dénommés ci-après "services", repris ci-après à concurrence des limites indiquées (montants toutes taxes comprises), aux assurés qui ont souscrit les produits Hospitalia Care ou Hospitalia Plus. La Société Mutualiste d'Assurances peut faire appel à un tiers pour l'organisation du service.

Ces services prennent la dénomination "Hospitalia Assist".

L'assistance en Belgique est acquise en cas d'hospitalisation (d'au moins une nuit ou de jour) ou de maladie grave, couverts par l'assurance Hospitalia Care ou Hospitalia Plus ou la Garantie "Maladies graves" (notamment les articles 63,1°, 8° et 23°, 78ter et 85) pour autant que l'assuré soit immobilisé, physiquement ou mentalement dépendant dans ses tâches quotidiennes, et que les cohabitants de fait ou légaux de l'assuré ne puissent physiquement ou mentalement assumer les services décrits ci-dessous.

Les services, organisés et pris en charge par Hospitalia Assist, sont limités par assuré à un montant global de 1.000 euros maximum par événement (hospitalisation ou maladie grave) avec un maximum de 2 événements par année civile, pour l'ensemble des services repris ci-après. Les services sont cumulatifs.

Par événement on entend soit une hospitalisation, soit le début du traitement d'une maladie grave rendant l'assuré dépendant dans ses tâches quotidiennes.

Par intervention, on entend l'intervention d'un prestataire du service d'aide et de garde octroyé.

II. VALIDITE TERRITORIALE

L'assistance s'applique uniquement sur le territoire belge.

Sauf stipulation contraire, il s'effectue au domicile légal ou au domicile élu par l'assuré.

III. OBLIGATIONS DES ASSURES

L'assuré est obligé de faire appel à Hospitalia Assist, et de se conformer à ses instructions, afin que ce dernier puisse organiser les services décrits ci-dessous.

Toute assistance, tout frais ou toute prestation de service ne donne droit à une indemnisation que si l'accord préalable a été demandé à Hospitalia Assist et si celui-ci a donné sa permission.

Dans tous les cas, les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par l'assuré ne sont indemnisés qu'après présentation des notes de frais et de l'ensemble des éléments qui viennent prouver les faits donnant droit à la garantie.

Les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par l'assuré ne sont remboursés qu'à concurrence des montants mentionnés dans les Statuts et dans les limites des frais qu' Hospitalia Assist aurait pris à sa charge s'il avait organisé lui-même l'assistance.

L'assuré doit prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement de ses frais auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme d'assurance. Si l'assuré bénéficie d'autres assurances couvrant le même risque, il doit communiquer à Hospitalia Assist les garanties et l'identité de ces assureurs.

L'assuré s'engage à respecter les engagements convenus avec Hospitalia Assist pour l'organisation de l'assistance. Si l'assuré manque à l'une de ses obligations susmentionnées, et qu'un lien causal existe entre le non-respect des obligations et le sinistre, et qu'il en résulte un préjudice pour Hospitalia Assist, ce dernier peut décliner son intervention et réduire sa prestation à concurrence du préjudice subi. Toute intention frauduleuse, omission intentionnelle ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.

IV. CONDITIONS D'OCTROI DU SERVICE D'ASSISTANCE

L'assuré ou, s'il en est empêché, un de ses proches contacte Hospitalia Assist au 02/560 47 85, afin que soient organisées les prestations convenues. Toute assistance, tout frais ou toute prestation de service ne donne droit à une indemnisation que si l'accord préalable a été demandé à Hospitalia Assist et si celui-ci a donné sa permission.

La demande doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation, ou d'un traitement couvert par l'assurance Hospitalia Care ou Hospitalia Plus dans le cadre d'une maladie grave.

Sans attendre, et dans tous les cas dans un délai de 30 jours après la demande d'assistance, l'assuré doit fournir tous les renseignements utiles à Hospitalia Assist et répondre aux questions qui lui sont posées afin d'être en mesure de déterminer les circonstances et l'ampleur des besoins et des prestations à délivrer.

L'assuré s'engage à respecter les engagements convenus avec Hospitalia Assist pour l'organisation de l'assistance. Si l'assuré manque à l'une de ses obligations susmentionnées, et qu'un lien causal existe entre le non-respect des obligations et le sinistre, et qu'il en résulte un préjudice pour Hospitalia Assist, ce dernier peut décliner son intervention et réduire sa prestation à concurrence du préjudice subi. Toute intention frauduleuse, omission intentionnelle ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.

S'il s'avère que l'événement, qui a donné lieu aux prestations n'est pas un sinistre couvert, Hospitalia Assist demandera à l'assuré le remboursement des frais engagés.

V. GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour l'ensemble des prestations d'aide et de garde, l'intervention des prestataires d'Hospitalia Assist est limitée à raison de maximum 8 heures consécutives par intervention et 5 interventions par événement. Toutefois pour l'aide scolaire et pédagogique, l'intervention de maximum 40 heures au total est limitée en sessions de minimum 2 heures et maximum 4 heures par session, avec un maximum de 5 interventions sur place, les autres sessions étant réalisées en vidéoconférence. Pour l'application de ce plafond, il est tenu compte de l'année dans laquelle l'hospitalisation ou la maladie grave a lieu.

1. Pendant l'hospitalisation

Pendant une hospitalisation couverte, Hospitalia Assist organise et/ou prend en charge les prestations décrites ci-dessous.

1.1. Aide à domicile

Si aucun proche ne peut fournir à l'assuré hospitalisé de l'aide à domicile, Hospitalia Assist organise et prend en charge les frais d'une aide à domicile pour effectuer les services suivants : nettoyage (aide-ménagère), repassage, repas à domicile des personnes vivant sous le même toit.

Chaque prestation dure au maximum 8 (huit) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

1.2. Garde d'enfants

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s) et qu'aucun proche ne peut intervenir dans la garde de son (ses) enfant(s), Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde d'enfant(s) de l'assuré hospitalisé.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au maximum 8 (huit) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission consiste à garder l'enfant de l'assuré hospitalisé au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation est également accordée en cas d'accouchement à domicile remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances; ou en cas d'accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, pendant le séjour à l'hôpital de la mère ou situé directement après un court séjour (maximum 2 nuits) de la mère, à l'hôpital. Cette prestation n'est accordée après un accouchement que dans les 5 jours suivant celui-ci.

1.3. Garde d'animaux domestiques

Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde, frais de nourriture compris, ou le transport des animaux domestiques (chiens et chats) vers un proche désigné par l'assuré hospitalisé, résidant en Belgique. Les animaux en question doivent avoir reçu toutes les vaccinations légalement obligatoires.

1.4. Aide scolaire et pédagogique

Hospitalia Assist organise et prend en charge une aide scolaire et pédagogique pour les enfants mineurs empêchés de suivre les cours normalement du fait de l'hospitalisation pendant plus de 14 jours consécutifs.

Cette aide est accordée, sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés et cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

1.5. Transport d'une personne nommée par l'assuré

Si, pendant l'hospitalisation couverte,

- les enfants / petits-enfants vivant sous le même toit que l'assuré doivent se rendre à l'école et/ou chez un proche ;

- les proches souhaitent se rendre au chevet de l'assuré ou prendre en charge la garde des enfants / petits-enfants vivant sous le même toit que l'assuré,

Hospitalia Assist organise et prend en charge le transport aller-retour dans le cas où ils ne peuvent pas se déplacer par leurs propres moyens.

Pour l'ensemble des prestations de transports, l'intervention d'Hospitalia Assist est limitée à 250 euros par événement.

2. Après un événement couvert (hospitalisation, maladie grave)

Si, suite à un événement couvert, l'assuré est immobilisé sous prescription médicale ou dépendant dans ses tâches quotidiennes, Hospitalia Assist organise et prend en charge les prestations décrites ci-dessous.

2.1. Garde-malade après une hospitalisation de jour

Hospitalia Assist organise, dans les 24 heures, et prend en charge les frais de mise en place d'une garde-malade au profit de l'assuré isolé hospitalisé de jour durant la nuit qui suit directement cette hospitalisation de jour, durant 12 heures maximum, entre 19h et 8h.

Pour bénéficier de ce service, l'assuré isolé doit :

- fournir au garde-malade une attestation médicale du médecin traitant l'hospitalisation de jour qui stipulera qu'une hospitalisation de jour a été réalisée et qu'une garde, ne nécessitant pas de soins infirmiers, est requise ;
- disposer d'un téléphone.

2.2. Aide à domicile

Si aucun proche ne peut lui fournir de l'aide, Hospitalia Assist organise et prend en charge les frais d'une aide à domicile pour effectuer les services suivants : nettoyage (aide-ménagère), repassage, repas à domicile. Chaque prestation dure au maximum 8 (huit) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

2.3. Livraison d'achats de première nécessité

Si l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer et qu'aucun proche ne peut intervenir, Hospitalia Assist organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits par ordonnance médicale depuis moins de 24h et immédiatement indispensables à l'assuré et/ou les biens de première nécessité, sous réserve de disponibilité. Les frais relatifs à l'achat-même restent à charge de l'assuré. Hospitalia Assist avance si nécessaire l'achat des médicaments, mais l'assuré devra les rembourser au moment où ils lui sont livrés.

2.4. Garde d'enfants

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s) et qu'aucun proche ne peut intervenir dans la garde de son (ses) enfant(s), Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde d'enfant(s).

Chaque prestation de garde d'enfant dure au maximum 8 (huit) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission consiste à garder l'enfant de l'assuré au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation est également accordée en cas d'accouchement à domicile remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances; ou en cas d'accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, pendant le séjour à l'hôpital de la mère ou situé directement après un court séjour (maximum 2 nuits) de la mère, à l'hôpital. Cette prestation n'est accordée après un accouchement que dans les 5 jours suivant celui-ci.

2.5. Garde d'animaux domestiques

A la suite d'une hospitalisation couverte, Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats à l'exclusion d'autres animaux).

2.6. Aide scolaire et pédagogique

Hospitalia Assist organise et prend en charge une aide scolaire et pédagogique pour les enfants mineurs empêchés de suivre les cours normalement pendant plus de 14 jours consécutifs.

Cette aide est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés, et cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

2.7. Transport en vue de la garde des enfants ou petits-enfants de l'assuré

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s), Hospitalia-Assist organise et prend en charge le trajet aller et retour

- soit d'un proche ou d'une personne résidant en Belgique désignée par l'assuré pour s'occuper de ses enfants ou de ses petits-enfants mineurs d'âge à sa charge ;
- soit des enfants ou petits-enfants mineurs d'âge chez un proche désigné par l'assuré, résidant en Belgique, avec, si nécessaire, l'accompagnement des enfants par un proche désigné par l'assuré ou par Hospitalia-Assistance.

2.8. Transport des enfants vers l'école

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité de conduire ses enfants à l'école, Hospitalia Assist organise et prend en charge le transport aller/retour des enfants mineurs vers l'école.

Pour l'ensemble des prestations de transports l'intervention d'Hospitalia Assist est limitée à 250 euros par événement.

2.9. Transport non urgent de l'assuré

Si l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, Hospitalia Assist organise et prend en charge son transport aller/retour

- vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle ;
- vers un établissement médical, paramédical ou pharmaceutique ;
- vers son lieu de travail.

Pour l'ensemble des prestations de transports, l'intervention de Hospitalia Assist est limitée à 250 euros par événement.

En cas d'hospitalisation urgente l'assuré doit faire appel en priorité aux services d'urgence nationaux.

3. Assurances complémentaires

3.1. Admission non urgente à l'hôpital

Lors d'une admission pour une hospitalisation non urgente prescrite par un médecin, Hospitalia Assist organise et prend en charge sur demande de l'assuré :

- la recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé en Belgique, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers ;
- le transport de l'assuré, et le transport des apparentés vivant sous le même toit, vers un hôpital en Belgique ainsi que le retour au domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de tout autre organisme d'assurance auquel l'assuré serait affilié.

En cas d'hospitalisation urgente l'assuré doit faire appel en priorité aux services d'urgence nationaux.

3.2. Assistance téléphonique en cas d'hospitalisation ou de maladie grave

Hospitalia Assist fournit à l'assuré l'assistance téléphonique suivante :

- Une assistance par téléphone d'un traducteur lorsque l'assuré éprouve des difficultés linguistiques afin de communiquer avec les autorités médicales (hôpital, prestataires médicaux et paramédicaux)
- L'envoi de messages aux proches en cas d'événement soudain, imprévu
- La mise à disposition des coordonnées
 - d'organismes de soins paramédicaux ;
 - de la pharmacie et du médecin de garde à contacter ;
 - des organismes de soins à domicile ;
 - des sociétés louant du matériel médical.

3.3. Assistance psychologique

A la suite d'un événement couvert (hospitalisation ou maladie grave) ayant entraîné un traumatisme psychologique, Hospitalia Assist met à la disposition de l'assuré et des personnes vivant sous le même toit un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destiné à fournir un premier soutien psychologique "on line" et, si nécessaire, l'orienter vers un organisme de support spécialisé.

Hospitalia Assist organise également le soutien psychologique de l'assuré et des personnes vivant sous le même toit et prend en charge, si nécessaire, un maximum de 3 consultations chez un psychologue reconnu en Belgique avec un suivi de trois consultations téléphoniques pendant un maximum de 3 mois.

A la demande de l'assuré, suite à tout problème privé ou professionnel, Hospitalia Assist communique les coordonnées des associations d'entraide spécialisées dans le soutien psychologique.

La prise en charge psychologique est limitée à 500 euros par événement.

VI. SUBROGATION

Hospitalia Assist est subrogé à concurrence des frais payés dans les droits et les créances de l'assuré contre des tiers. Si, par le fait de l'assuré, la subrogation ne peut pas produire ses effets, Hospitalia Assist peut réclamer à l'assuré la restitution des indemnités payées dans la mesure du préjudice qu'Hospitalia Assist a subi.

VII. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues par la Société Mutualiste d'Assurances, notamment l'article 65, sont également exclus :

- a. L'hospitalisation pour un accouchement normal (sauf dans le cadre de la garde d'enfant, sauf en cas de complications évidentes et imprévisibles),
- b. Toutes les conséquences des exclusions mentionnées dans le produit Hospitalia Care et Hospitalia Plus.

La responsabilité d'Hospitalia Assist ne peut être engagée en cas de retard ou de non-exécution des services convenus pour autant que ce retard ou cette non-exécution soient dus à :

- cas de force majeure,
- événement imprévisible,
- grève,
- décision des autorités.

Article 68 : Prescription

L'action en paiement des interventions financières et indemnités dans le cadre des avantages repris dans les présents statuts et toute autre action dérivant du contrat d'assurance se prescrivent par trois ans à compter du jour de l'événement qui y donne ouverture, soit le jour de réalisation du risque couvert.

L'action en paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement d'interventions financières et indemnités qui a été accordé dans le cadre des services repris dans les présents statuts se prescrit par trois ans à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué.

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services repris dans les présents statuts se prescrit par trois ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Cette prescription n'est pas applicable lorsque l'octroi indu d'interventions financières et indemnités a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

L'action en paiement des primes pour les services repris dans les présents statuts se prescrit par trois ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent les primes impayées.

L'action en remboursement des primes payées indûment pour les services repris dans les présents statuts se prescrit par trois ans, à compter du jour où le paiement des primes indues a été effectué.

Article 69 : Contrôle médical

Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour la Société Mutualiste d'Assurances de faire contrôler à tout moment, par le Conseiller Médical, l'état de santé de l'assuré et le bien-fondé des prestations.

En s'affiliant à Dentalia Up, le preneur d'assurance donne son accord à la Société Mutualiste d'Assurances pour vérifier auprès du prestataire de soins ou de son sous-traitant la légitimité de la facturation.

En s'affiliant à Dentalia Up, le preneur d'assurance donne son accord au Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, ou au dentiste expert mandaté par celle-ci, pour vérifier auprès du prestataire de soins ou de son sous-traitant, en cas de doute sur la légitimité de la prestation réalisée, le bienfondé de celle-ci.

Article 70 : Paiement des avantages

Pour obtenir les avantages prévus aux sections 1, 2, 2Bis et 4 – Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus, et le complément Garantie "Maladies Graves" et Forfait H – l'assuré remplira un document "Demande d'intervention" délivré par la Société Mutualiste d'Assurances et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours. La Société Mutualiste d'Assurances pourra réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire. Ceci vaut également pour les avantages prévus dans les sections 9 et 10 - Comfort, Comfort+, Income Two.

Par pièce justificative relative aux frais hospitaliers, on entend l'original de la facture patient et éventuellement la note d'honoraires (ou la facture scannée par l'hôpital ou par l'assuré ou la facture transmise sur tout autre support durable), visée à l'article 10, § 1 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour les soins pré et posthospitaliers, la garantie Maladies Graves et les séjours posthospitaliers, l'assuré remettra toutes les factures originales ou leurs copies, et le décompte du remboursement des attestations de soins par la mutuelle ou une copie de celles-ci.

Le remboursement des frais pharmaceutiques s'effectuera directement par la Société Mutualiste d'Assurances sur production d'une "Attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire" du pharmacien, dûment complétée par le pharmacien et contresignée par l'assuré, ou par une facture (ambulatoire) de l'hôpital.

Pour obtenir les avantages prévus à la section 3 – Hospitalia Ambulatoire – l'assuré fournira les documents justificatifs tels que décrits aux articles 89, 90 et 91.

Pour obtenir les avantages prévus à la section 4 – Forfait H – l'assuré fournira soit la facture originale, soit une copie de la facture originale, soit une attestation de l'hôpital sur la durée du séjour hospitalier.

Pour obtenir les avantages prévus à l'article 96, relatif à Hospitalia Continuité, l'assuré fournira l'original du décompte de l'assureur collectif ou sa copie.

Pour obtenir les avantages prévus à l'article 80quater, l'assuré fournira toutes les pièces justificatives originales.

Pour bénéficier des avantages de la couverture Dentalia Plus, l'assuré doit présenter conjointement :

- un document "Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s)" délivré par la Société Mutualiste d'Assurances, dûment complété par l'assuré et le prestataire ;
- une attestation de soins donnés dûment complétée dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour bénéficier des avantages de la couverture Dentalia Up, l'assuré doit remettre le document harmonisé « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) », dûment complété par le prestataire.

Toutes les prestations effectuées pour un même acte/jour doivent être reprises dans un seul document.

Si des suppléments ne sont renseignés que globalement, ils seront répartis proportionnellement au tarif de chaque prestation.

Les documents justificatifs doivent être introduits dans la même chronologie que les soins effectués.

La Société Mutualiste d'Assurances se réserve le droit de subordonner son intervention à la réception d'une copie de l'attestation de soins donnés dûment complétée dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le preneur d'assurance s'engage à informer l'assuré qu'en souscrivant à ce produit, la SMA MLOZ Insurance peut prendre directement contact avec sa mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres en vue d'optimaliser ses remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Pour obtenir les avantages prévus à la section 6bis Medicalia, l'assuré devra fournir les documents justificatifs tels que décrits à l'article 96sexies.

Les remboursements seront octroyés aux assurés effectifs ou à toute personne munie d'une procuration écrite et ce, dès réception des notes de frais exposées et du décompte des interventions légales.

Pour tous les avantages décrits dans cet article, les pièces justificatives transmises à la Société Mutualiste d'Assurances par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention dans le cadre de la Société Mutualiste d'Assurances sont autorisées. Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). La Société Mutualiste d'Assurances se réserve le droit de réclamer l'original à l'assuré qui doit le conserver ou devra supporter les éventuels coûts de duplicité.

Article 70bis : Paiement des acomptes

L'assuré ayant droit aux avantages prévus aux sections 1, 2 et 2Bis – Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus -, sans aucune limitation d'intervention, pourra bénéficier du remboursement par la

Société Mutualiste d'Assurances des acomptes légaux, tels que prévus par la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, versés à l'hôpital, au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital et ce dans le respect des articles 64, 1^o et 2^o.

Ce remboursement est octroyé aux assurés effectifs ou à toute personne munie d'une procuration écrite et ce, dès réception de la pièce justificative énoncée ci-avant.

S'il advient par la suite que les avantages prévus aux sections 1, 2 et 2Bis ne sont pas accordés par la Société Mutualiste d'Assurances, conformément aux règles statutaires, l'assuré sera tenu de rembourser à la Société Mutualiste d'Assurances le montant des acomptes perçus et, en cas de non-remboursement du trop-perçu réclamé, se verra d'office porter en compte un montant forfaitaire de 15 euros à titre de frais de rappel, tel que prévu à l'article 9. Ce montant forfaitaire sera également appliqué s'il advient que le montant de la facture remboursable par la Société Mutualiste d'Assurances est inférieur au montant de l'avance payée, ou si l'assuré ne présente pas sa facture.

Article 71

Les dossiers d'intervention reprenant notamment les pièces visées à l'article 70 et tout autre document ayant trait au remboursement sont conservés pendant trois ans au siège du point de contrôle tel que défini à l'article 163 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 72 : Modification des conditions de couverture

Les conditions de couverture des assurés pour les différents services organisés par la Société Mutualiste d'Assurances ne peuvent être modifiées que dans le respect des textes légaux applicables aux assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016, ainsi qu'aux services destinés à couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de la loi précitée.

Les primes peuvent également être augmentées selon les différentes taxes en vigueur.

Section 1 : Hospitalia Smart

Article 73 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

Dans le cadre de la couverture Hospitalia Smart, la Société Mutualiste d'Assurances prévoit des interventions pour les cas suivants :

- a) hospitalisation en Belgique ;
- b) accouchement à domicile en Belgique ;
- c) hospitalisation de jour en Belgique ;
- d) hospitalisation à l'étranger ;
- e) soins pré/posthospitaliers en Belgique ;
- f) séjour posthospitalier en Belgique ;

et ce, selon les dispositions reprises dans les articles suivants.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances, dans le cadre de la section 1, est limitée à 25.000 euros par assuré et par année civile durant laquelle les prestations donnant droit à cette intervention ont été effectuées.

La Société Mutualiste d'Assurances n'intervient en cas de séjour en service 30 (gériatrie) et services 61 à 66 (spécialités) qu'à concurrence des 50 premiers jours maximum par cas d'hospitalisation dans l'ensemble de ces services, même en cas de transfert entre eux.

Lors d'une nouvelle hospitalisation en service 30 ou 61 à 66, la Société Mutualiste d'Assurances n'interviendra que pour autant qu'un délai de 6 jours calendrier, au minimum, se soit écoulé depuis la fin de l'hospitalisation précédente. Toutefois, lorsque ce délai n'est pas écoulé, la Société Mutualiste d'Assurances interviendra pour le solde des 50 jours non remboursés lors de l'hospitalisation précédente.

La Société Mutualiste d'Assurances n'intervient en cas de séjour en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 en Belgique qu'à concurrence de max. 20 jours par an.

Dans ce cas, les remboursements dont question aux points 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10° et 11° de l'article 74 et à l'article 74bis seront proportionnels aux jours directement pris en charge.

Article 74 : Hospitalisation en Belgique

En cas d'hospitalisation en Belgique, en chambre particulière, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais réellement supportés, durant l'hospitalisation, par l'assuré, et repris dans la facture patient et la note d'honoraires, de la manière suivante :

- 1° Le remboursement du supplément de chambre particulière à concurrence de maximum 100 euros par jour.
- 2° Le remboursement des frais à charge du patient pour les produits pharmaceutiques remboursables en Assurance Obligatoire.
- 3° Le remboursement des frais à charge du patient pour les produits pharmaceutiques non remboursables en Assurance Obligatoire, à concurrence de maximum 1.200 euros par cas d'hospitalisation.

Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 2.500 euros ou plus, un remboursement de 2.400 euros pourra être octroyé au maximum une fois par an.

- 4° Le remboursement des quotes-parts personnelles y compris le forfait médicament - légalement à charge du bénéficiaire - figurant à la colonne "intervention personnelle patient" de la facture patient et de la note d'honoraires.

- 5° Une intervention dans les prothèses, implants et dispositifs médicaux remboursables en Assurance Obligatoire. Cette intervention est cependant limitée à un montant maximum de 2.500 euros par cas d'hospitalisation.

- 6° Une intervention dans les prothèses, implants et dispositifs médicaux, non remboursables en Assurance Obligatoire, égale à 50 % du montant de ces coûts mentionnés sur la facture, avec un maximum de 1.250 euros par cas d'hospitalisation pour autant que le montant facturé par l'hôpital soit identifiable comme étant le prix facturé pour une prothèse, un implant ou un dispositif médical.

Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 10.000 euros ou plus, un remboursement de 2.500 euros pourra être octroyé au maximum une fois par an.

- 7° Le remboursement des suppléments d'honoraires. Ce remboursement est toutefois limité à 100 % du tarif de la Convention.

8°

- a. Le remboursement des frais d'accompagnement du père ou de la mère dans la chambre de son enfant hospitalisé, âgé de moins de 19 ans, à concurrence de maximum 60 euros par jour.

- b. Le remboursement des frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé âgé de 19 ans ou plus, à concurrence de maximum 30 euros par jour.
- 9° Le remboursement des frais divers, à concurrence de maximum 6 euros par jour d'hospitalisation.
- 10° Le remboursement des bas de contention et/ou des manchons de compression à concurrence de 50 % du montant facturé au patient.
- 11° Le remboursement des frais légalement à charge du patient pour les autres fournitures telles que définies à l'article 63, 11°. Ce remboursement est toutefois limité à 100 % du tarif de la Convention.

Article 74bis : Hospitalisation en Belgique, en chambre commune ou à deux lits

En cas d'hospitalisation complète, en chambre commune ou à deux lits, en Belgique, la Société Mutualiste d'Assurances intervient intégralement dans les frais relatifs aux interventions prévues à l'article 74 - à l'exception :

- du point 6° relatif aux prothèses, implants et dispositifs médicaux, non remboursables en Assurance Obligatoire à concurrence de maximum 2.500 euros par cas d'hospitalisation réellement supportés durant l'hospitalisation par l'assuré.

Il peut être dérogé à ce plafond de 2.500 euros, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré.

En cas de frais de prothèses, implants et dispositifs médicaux non implantables, non remboursables en Assurance Obligatoire à charge du patient, de 10.000 euros ou plus, un remboursement de 5.000 euros pourra être octroyé au maximum une fois par an.

- du point 8°b relatif au remboursement des frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé âgé de 19 ans ou plus, à concurrence de maximum 30 euros par jour.

Article 74ter : Hospitalisation en Belgique, transport urgent en ambulance ou en hélicoptère

En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour en Belgique remboursée par Hospitalia Smart, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais réellement supportés pour le transport urgent (après appel au service 100 / 112) vers cet hôpital à concurrence de maximum 500 euros par année civile, après toute autre intervention conformément à l'article 66,2°. S'il s'avère que cette hospitalisation et ce transport urgent ont été précédés, dans les 24 heures qui précèdent, par un autre transport urgent 100/112 vers un autre hôpital ou vers le même hôpital dans lequel l'assuré n'a pas été hospitalisé, Hospitalia Smart interviendra également pour cet autre transport urgent selon les mêmes modalités.

Article 74quater : Soins préhospitaliers en Belgique

1. Par soins préhospitaliers, il convient d'entendre :
 - les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2, points A, B et C, D et E, article 37 A, ainsi que la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre de l'article 37 B
 - les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, article 25, § 3bis de la nomenclature
 - les actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, point I
 - l'imagerie médicale : prestations de la nomenclature : article 17, 17bis, 17ter et 17quater

- la radio et la radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : articles 18 et 19
- la médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
- la dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
- la biologie clinique : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, A point II, C point I, article 24
- les suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26
- l'anatomopathologie : prestations de la nomenclature : article 32
- les accoucheuses : prestations de la nomenclature : article 9, les frais de déplacement compris
- la kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
- les soins infirmiers : prestations de l'article 8 suivantes : 421072 – 421094 – 423054 – 423076 – 423091 – 423113 – 423253 – 423275 – 423290 – 423312 – 424491 – 424513 – 424535 – 425014 – 425036 – 425051 – 425176 – 425191 – 425213 – 425375 – 425412 – 425434 – 425456 – 425596 – 425611 – 425773 – 427416 – 427431 – 427475 – 427490 – 427534 - 427556
- les radio-isotopes
- les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne

effectués en ambulatoire pendant la période de 60 jours précédant une période d'hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec l'hospitalisation qui a suivi.

Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile mentionnés ci-dessus font l'objet d'une intervention de la Société Mutualiste d'Assurances uniquement avant une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.

Les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en services 61 à 66 (spécialités) à l'exception des soins ambulatoires dans le service des urgences. Les soins préhospitaliers sont également exclus avant un accouchement à domicile.

Les soins préhospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 couvrent uniquement les prestations reprises ci-dessus sous le libellé « séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie ».

2. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise la couverture des tickets modérateurs, et des suppléments d'honoraires limités à 100 % du tarif de la Convention, afférents aux soins visés à l'alinéa 1 de cet article, suivant les limitations prévues ci-après, et à condition qu'elle soit intervenue pour l'hospitalisation visée ci-dessus, conformément aux articles 74, 74bis, 76 et 77.
3. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise également la couverture de 100 % de l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et ont été délivrés dans les 60 jours précédant l'hospitalisation, pour autant qu'ils soient en relation directe avec l'hospitalisation.

4. Règles d'intervention

Les interventions de la Société Mutualiste d'Assurances ne sont octroyées que conformément aux règles d'application dans la nomenclature et pour autant que l'assuré puisse fournir la preuve du paiement de ces quotes-parts personnelles.

La quittance de l'assurance obligatoire fournie par la mutualité sert de document valable pour obtenir le remboursement des quotes-parts personnelles restant à charge de l'assuré après intervention de l'assurance obligatoire.

5. Cumul des couvertures

Si la période de 60 jours précédent l'hospitalisation prise en charge par la Société Mutualiste d'Assurances coïncide avec une période de soins posthospitaliers telle que définie à l'article 78 des présents statuts, l'assuré a droit au remboursement le plus avantageux.

Article 75 : Accouchement à domicile en Belgique

En cas d'accouchement à domicile, la Société Mutualiste d'Assurances intervient à concurrence d'un forfait unique de 300 euros pour couvrir tous les frais y relatifs, y compris les soins visés aux articles 74quater et 78.

Article 75bis : supprimé (01/04/2003)

(Matériel endoscopique et de viscérosynthèse, en chambre particulière)

Article 76 : Hospitalisation de jour en Belgique

La Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais réellement supportés durant l'hospitalisation de jour sur la base des articles 74 et 74bis.

Article 77 : Hospitalisation à l'étranger

En cas d'hospitalisation à l'étranger, l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances s'élève à 200 euros par jour pour couvrir les frais réels tels que prévus aux articles 74 et 74bis, sans dépasser les limitations de nombre de jours repris à l'article 73, après l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire belge ou du pays où l'hospitalisation s'est déroulée.

Les interventions à l'étranger sont également valables pour les étudiants qui, dans le cadre de leurs études, séjournent à l'étranger.

La Société Mutualiste d'Assurances peut, dans le cadre de ses interventions à l'étranger, conclure un accord de collaboration avec un organisme étranger en vue d'y appliquer le tiers payant.

Article 78 : Soins posthospitaliers en Belgique

Par soins posthospitaliers, il convient d'entendre les prestations suivantes prodiguées en Belgique :

- les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2, points A, B et C, D et E, article 37 A, ainsi que la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre de l'article 37 B
- les actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, point I
- l'imagerie médicale : prestations de la nomenclature : article 17, 17bis, 17ter et 17quater
- la radio et la radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : articles 18 et 19
- la médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
- la dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
- la physiothérapie : prestations de la nomenclature : article 22

- la biologie clinique : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, A point II, C point I, article 24
- les suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26
- l'anatomopathologie : prestations de la nomenclature : article 32
- les accoucheuses : prestations de la nomenclature : article 9, les frais de déplacement compris
- la kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
- les soins infirmiers : prestations de la nomenclature : article 8
- la logopédie : prestations de la nomenclature : article 36
- les radio-isotopes
- la rééducation cardiaque
- la revalidation locomoteur : codes généraux 776156 et 776171; codes spécifiques 773791 – 773776 – 773872 – 773754 – 773673 – 773813 – 773614 – 773732
- les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne
- le placement du processeur Baha

effectuées en ambulatoire pendant la période de 120 jours qui suit une hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec celle-ci.

Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile mentionnés ci-dessus font l'objet d'une intervention de la Société Mutualiste d'Assurances uniquement après une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.

Les séances de kinésithérapie, de physiothérapie et de rééducation cardiaque sont limitées à 20 pour l'ensemble de ces trois types de prestations et doivent avoir été effectuées dans les 120 jours suivant la période d'hospitalisation.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise la couverture des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires limités à 100 % du tarif de la Convention afférents aux soins visés à l'alinéa 1, suivant les limitations prévues ci-après et à condition qu'elle soit intervenue pour l'hospitalisation susvisée, conformément aux articles 74, 74bis, 76 et 77.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise également la couverture de 100 % de l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et ont été délivrés dans les 120 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'ils soient en relation directe avec l'hospitalisation.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise également les attelles à concurrence de 50 euros maximum par cas d'hospitalisation, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et qu'elles ont été délivrées dans les 120 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.

Les soins posthospitaliers sont exclus après un séjour en services 61 à 66 (spécialités) ; ainsi qu'après un accouchement à domicile.

Les soins posthospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 couvrent uniquement les prestations reprises ci-dessus sous le libellé « séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie ».

Le remboursement du processeur Baha en posthospitalisation est subordonné à la condition qu'une première électrode Baha ait été placée et remboursée par la Société Mutualiste d'Assurances durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour.

Article 78bis : Séjour posthospitalier en Belgique

La Société Mutualiste d'Assurances accorde un forfait de 7,50 euros par jour pour tout séjour temporaire dans un hôtel de convalescence ou un hôtel de soins.

L'intervention est accordée pour autant que le séjour ait débuté dans les 14 jours qui suivent la sortie de l'hôpital. Elle est limitée à 15 jours par année civile.

Article 78ter : Garantie "Maladies Graves" (en option)

Cette garantie est optionnelle et peut être souscrite en complément d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus.

1. En cas de survenance d'une des 33 maladies graves suivantes :

cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie d'Alzheimer, démence (autre que la maladie d'Alzheimer), sida, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyalgie, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, mucoviscidose, maladie de Crohn, brucellose, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, malaria, typhus exanthématique, affections typhoïdes et paratyphoïdes, diphtérie, choléra, maladie de charbon, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée, et maladie de Huntington.

la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais de soins de santé repris au point 2. ci-après, pour autant que ceux-ci :

- soient en relation directe avec la maladie grave acceptée par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, et pour autant que cette maladie grave n'a pas été diagnostiquée avant l'affiliation à la Garantie "Maladies Graves" ;
- soient médicalement nécessaires, prodigués et ordonnés par un médecin, et repris dans la nomenclature ;
- soient exposés en Belgique durant la période de reconnaissance de la maladie grave acceptée par le Conseiller Médical.

2. La Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais suivants :

- à concurrence des tickets modérateurs, et des suppléments d'honoraires limités à 100 % du tarif de la Convention, dans les frais suivants :
 - les consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2, points A, B, C, D et E
 - les actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, point I
 - l'imagerie médicale : prestations de la nomenclature : article 17, 17bis, 17ter et 17quater
 - la radio et la radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : articles 18 et 19
 - la médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
 - la dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
 - la physiothérapie : prestations de la nomenclature : article 22
 - la biologie clinique : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, A point II, C point I, article 24
 - les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés : article 25, § 3bis

- les suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26
 - la bandagisterie : prestations de la nomenclature : article 27
 - l'orthopédie : prestations de la nomenclature : article 29
 - l'optique : prestations de la nomenclature : article 30
 - l'acoustique : prestations de la nomenclature : article 31
 - l'anatomopathologie : prestations de la nomenclature : article 32
 - la génétique : prestations de la nomenclature : article 33
 - les prestations spéciales : prestations de la nomenclature : article 11
 - la kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
 - les soins infirmiers : prestations de la nomenclature : article 8
 - la logopédie : prestations de la nomenclature : article 36
 - les radio-isotopes
 - la rééducation cardiaque
 - à concurrence du prix réellement payé par le patient pour les produits pharmaceutiques allopathiques, préparations magistrales et perruques (prothèses capillaires) sur prescription médicale, si intervention de l'Assurance Maladie Invalidité.
 - dans la location de matériel médical, après intervention de l'Assurance Complémentaire éventuelle.
 - à concurrence de maximum 400€ par reconstruction mammaire, pour le tatouage de l'aréole et du mamelon auprès d'un prestataire recommandé par l'oncologue/le gynécologue/le chirurgien pour cette prestation, après une reconstruction mammaire remboursée par l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités et faisant suite à un cancer du sein.
- 3.** Ces frais sont remboursés à concurrence d'un plafond maximum de 10.000 euros par an.
- 4. Conditions d'intervention**

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré doit demander l'accord du Conseiller médical de MLOZ Insurance. Il remettra une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic et la date du diagnostic de la maladie grave du patient, confirmé par des examens biologiques ou anatomopathologiques, ou par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical. Sur la base de celle-ci le Conseiller Médical de MLOZ Insurance acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie pour une période d'un an par maladie grave, à compter de la date de diagnostic de la maladie grave, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de 3 ans entre la date de diagnostic de la maladie grave et la date de demande de la Garantie « Maladies graves ». Si une période de 3 ans, ou plus, s'est écoulée entre la date du diagnostic de la maladie grave et la date de la demande de la Garantie « Maladies graves », un maximum de 3 ans sera pris en considération à partir de la date de la demande de la Garantie « Maladies graves » pour déterminer la date de début de l'accord pour la Garantie « Maladies graves ». Cet accord peut être renouvelé par période d'un an pour la même maladie, directement ou non à la suite de la première période. Pour un certain nombre de maladies graves incurables (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence (autre que la maladie d'Alzheimer), sida, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, mucoviscidose, maladie de Crohn, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée, et maladie de Huntington), la Garantie « Maladies graves » sera accordée à vie.

Si le Conseiller Médical de MLOZ Insurance estime devoir demander des renseignements complémentaires, l'assuré dispose de 45 jours pour y donner suite, à partir de la date d'expédition de la demande du Conseiller Médical.

- Si ce délai est respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie commence à la date du diagnostic de la maladie grave, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de 3 ans entre la date du diagnostic et la date de la demande de la garantie maladie grave. Si une période de 3 ans, ou plus, s'est écoulée entre la date du diagnostic de la maladie grave et la date de la demande de la garantie maladie grave, un maximum de 3 ans sera pris en considération à partir de la date de la demande de la garantie maladie grave pour déterminer la date de début de l'accord pour la Garantie Maladie graves.
- Si le délai n'est pas respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie prend cours le jour suivant la date de l'accord.
- Si le délai dépasse 90 jours, une nouvelle demande doit être introduite.

La décision d'acceptation ou de refus d'octroi de la garantie est communiquée par lettre à l'assuré, avec la mention de la période couverte par la Garantie "Maladies Graves".

Section 2 : Hospitalia Care

Article 79 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit, dans le cadre de la couverture Hospitalia Care, des interventions pour les cas suivants :

- a) hospitalisation en Belgique ;
- b) hospitalisation de jour en Belgique ;
- c) accouchement à domicile en Belgique ;
- d) hospitalisation à l'étranger ;
- e) soins pré- et/ou posthospitaliers en Belgique ;
- f) séjour posthospitalier en Belgique ;
- g) Hospitalia Assist

et ce, selon les dispositions reprises dans les articles suivants.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances, dans le cadre de la section 2, n'est pas plafonnée en montant annuel (ni en durée), hormis en cas de séjour en Belgique en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 dans lesquels la durée d'intervention est limitée à maximum 50 jours par an.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances, dans le cadre de l'article 67bis relatif à Hospitalia Assist est plafonnée à 1.000 euros par an.

Article 80 : Hospitalisation en Belgique

En cas d'hospitalisation en Belgique, en chambre particulière, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans le cadre de la couverture Hospitalia Care, dans les frais réellement supportés, durant l'hospitalisation, par l'assuré, et repris dans la facture patient et la note d'honoraires, de la manière suivante :

1. Le remboursement des suppléments de chambre particulière facturés, à concurrence de maximum 125 euros par jour .

2. Le remboursement des frais à charge du patient pour les produits parapharmaceutiques à concurrence de 250 euros par cas d'hospitalisation.

Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 5.000 euros ou plus, un remboursement de 500 euros pourra être octroyé au maximum une fois par an.

3. Le remboursement des frais légalement à charge du patient pour les autres fournitures telles que définies à l'article 63, 11°. Ce remboursement est toutefois limité à 200 % du tarif de la Convention.

Pour les autres fournitures ne donnant pas lieu à une intervention légale, la Société Mutualiste d'Assurances intervient à concurrence du prix facturé.

4. Implants, prothèses et dispositifs médicaux remboursables en Assurance Obligatoire.

Le remboursement des frais, mentionnés sur la facture, à charge du patient pour les implants, prothèses et les dispositifs médicaux à concurrence du prix réel facturé par l'hôpital pour autant que le montant facturé par l'hôpital soit identifiable comme étant le prix facturé pour un implant, une prothèse ou un dispositif médical.

5. Implants, prothèses et dispositifs médicaux, non remboursables en Assurance Obligatoire.

Le remboursement des frais, mentionnés sur la facture, à charge du patient pour les implants, prothèses et les dispositifs médicaux à concurrence de 5.000 euros par cas d'hospitalisation, sur la base du prix réel facturé par l'hôpital pour autant que le montant facturé par l'hôpital soit identifiable comme étant le prix facturé pour un implant, une prothèse ou un dispositif médical.

Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 10.000 euros ou plus, un remboursement de 10.000 euros pourra être octroyé au maximum une fois par an.

6. Le remboursement des suppléments d'honoraires. Ce remboursement est toutefois limité à 200 % du tarif de la Convention.

7. Le remboursement d'honoraires non remboursables en Assurance Obligatoire, avec un maximum de 1.000 euros par cas d'hospitalisation.

- 8.

- a. Le remboursement des frais d'accompagnement du père ou de la mère dans la chambre de son enfant hospitalisé, âgé de moins de 19 ans.
- b. Le remboursement des frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé âgé de 19 ans ou plus, à concurrence de maximum 30 euros par jour.

9. Le remboursement des bas de contention et/ou des manchons de compression à concurrence du montant facturé au patient.

10. Le remboursement des frais à charge du patient pour les produits pharmaceutiques non remboursables en Assurance Obligatoire, à concurrence de maximum 1.200 euros par cas d'hospitalisation.

Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de 2.500 euros ou plus, un remboursement de 2.400 euros pourra être octroyé au maximum une fois par an.

11. Le remboursement des frais à charge du patient pour les produits pharmaceutiques remboursables en Assurance Obligatoire.

12. Le remboursement des quotes-parts personnelles y compris le forfait médicament – légalement à charge du bénéficiaire – figurant à la colonne « intervention personnelle patient » de la facture patient et de la note d'honoraires.

Article 80bis : Hospitalisation en Belgique, en chambre commune ou à deux lits

En cas d'hospitalisation complète, en chambre commune ou à deux lits, en Belgique, la Société Mutualiste d'Assurances intervient intégralement dans les frais réellement supportés durant l'hospitalisation par l'assuré, conformément à l'article 80, et sans tenir compte des exclusions des implants et prothèses dentaires tel que prévu à l'article 65, 2^e, 3^e paragraphe, 2e tiret. Les plafonds visés aux points 2, 5, 8 b et 10 de l'article 80 sont toutefois maintenus.

Article 80ter : Hospitalisation en Belgique, transport urgent en ambulance ou en hélicoptère

En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour en Belgique remboursée par Hospitalia Care, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais réellement supportés pour le transport urgent (après appel au service 100 / 112) vers cet hôpital à concurrence de maximum 500 euros par année civile, après toute autre intervention conformément à l'article 66,2^e. S'il s'avère que cette hospitalisation et ce transport urgent ont été précédés, dans les 24 heures qui précédent, par un autre transport urgent 100/112 vers un autre hôpital ou vers le même hôpital dans lequel l'assuré n'a pas été hospitalisé, Hospitalia Care interviendra également pour cet autre transport urgent selon les mêmes modalités.

Article 80quater : Hospitalisation en Belgique : séjour en maison d'accueil et soins néonatals après l'hospitalisation

1. Une intervention de 7 euros par jour sera octroyée en faveur de l'accompagnant ayant séjourné dans une maison d'accueil hospitalière ou un hôtel de soins, pendant l'hospitalisation de l'assuré.
2. Une intervention dans les soins néonatals à concurrence de 20 euros par jour, après l'hospitalisation, sera octroyée pendant 7 jours maximum par accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, débutant le lendemain de la date de sortie de l'hôpital.

Article 81 : Hospitalisation de jour en Belgique

La Société Mutualiste d'Assurances intervient intégralement dans les frais réellement supportés durant l'hospitalisation de jour sur base de l'article 80, à l'exclusion des interventions reprises aux points 1 et 6 de cet article 80, pour lesquels l'intervention s'élèvera :

- pour les suppléments de chambre particulière, à concurrence de maximum 100 euros par jour ;
- pour le remboursement des suppléments d'honoraires, à concurrence de maximum 100 % du Tarif de la Convention ;

et sur base de l'article 80bis.

Article 81bis : Accouchement à domicile en Belgique

En cas d'accouchement à domicile, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans le cadre de la couverture Hospitalia Care, à concurrence d'un forfait unique de 700 euros pour couvrir tous les frais y relatifs, y compris les soins visés aux articles 80quater, 83 et 84.

Article 82 : Hospitalisation à l'étranger

En cas d'hospitalisation à l'étranger, Hospitalia Care prend en charge, à concurrence de maximum 360 euros par jour, les frais encore à charge de l'assuré. Cette intervention est destinée à couvrir les frais réels tels que prévus aux articles 80 et 80bis, sans dépasser les limitations de nombre de jours repris à

l'article 79, après l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire belge ou du pays où l'hospitalisation s'est déroulée.

Les interventions à l'étranger sont également valables pour les étudiants qui, dans le cadre de leurs études, séjournent à l'étranger.

La Société Mutualiste d'Assurances peut, dans le cadre de ses interventions à l'étranger, conclure un accord de collaboration avec un organisme étranger en vue d'y appliquer le tiers payant.

Article 83 : Soins préhospitaliers en Belgique

1. Par soins préhospitaliers, il convient d'entendre :

- les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2, points A, B et C, D et E, article 37 A, ainsi que la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre de l'article 37 B
- les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, article 25, § 3bis de la nomenclature
- les actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, point I
- l'imagerie médicale : prestations de la nomenclature : article 17, 17bis, 17ter et 17quater
- la radio et la radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : articles 18 et 19
- la médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
- la dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
- la biologie clinique : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, A point II, C point I, article 24
- les suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26
- l'anatomopathologie : prestations de la nomenclature : article 32
- les accoucheuses : prestations de la nomenclature : article 9, les frais de déplacement compris
- la kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
- les soins infirmiers : prestations de l'article 8 suivantes : 421072 – 421094 – 423054 – 423076 – 423091 – 423113 – 423253 – 423275 – 423290 – 423312 – 424491 – 424513 – 424535 – 425014 – 425036 – 425051 – 425176 – 425191 – 425213 – 425375 – 425412 – 425434 – 425456 – 425596 – 425611 – 425773 – 427416 – 427431 – 427475 – 427490 – 427534 – 427556
- les radio-isotopes
- les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne

effectués en ambulatoire pendant la période de 60 jours précédant une période d'hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec l'hospitalisation qui a suivi.

Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile mentionnés ci-dessus font l'objet d'une intervention de la Société Mutualiste d'Assurances uniquement avant une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.

Les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en services 61 à 66 (spécialités) à l'exception des soins ambulatoires dans le service des urgences. Les soins préhospitaliers sont également exclus avant un accouchement à domicile.

Les soins préhospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 couvrent uniquement les prestations reprises ci-dessus sous le libellé « séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie ».

2. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise la couverture des tickets modérateurs, et des suppléments d'honoraires limités à 100 % du tarif de la Convention, afférents aux soins visés à l'alinéa 1 de cet article, suivant les limitations prévues ci-après, et à condition qu'elle soit intervenue pour l'hospitalisation visée ci-dessus, conformément aux articles 80, 80bis, 81 et 82, et que les prestations aient été effectuées dans les 60 jours précédent l'hospitalisation et qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.
3. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise également la couverture de 100 % de l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et ont été délivrés dans les 60 jours précédent l'hospitalisation, pour autant qu'ils soient en relation directe avec l'hospitalisation.

4. Règles d'intervention

Les interventions de la Société Mutualiste d'Assurances ne sont octroyées que conformément aux règles d'application dans la nomenclature et pour autant que l'assuré puisse fournir la preuve du paiement de ces quotes-parts personnelles.

La quittance de l'assurance obligatoire fournie par la mutualité sert de document valable pour obtenir le remboursement des quotes-parts personnelles restant à charge de l'assuré après intervention de l'assurance obligatoire.

5. Cumul des couvertures

Si la période de 60 jours précédent l'hospitalisation prise en charge par la Société Mutualiste d'Assurances coïncide avec une période de soins posthospitaliers telle que définie à l'article 84 des présents statuts, l'assuré a droit au remboursement le plus avantageux.

Article 84 : Soins posthospitaliers en Belgique

La couverture Hospitalia Care pour les soins posthospitaliers est fixée comme suit :

1. Par soins posthospitaliers, il convient d'entendre :
 - les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2, points A, B et C, D et E, article 37 A, ainsi que la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre de l'article 37 B
 - les actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, point I
 - l'imagerie médicale : prestations de la nomenclature : article 17, 17bis, 17ter et 17quater
 - la radio et la radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : articles 18 et 19
 - la médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
 - la dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
 - la physiothérapie : prestations de la nomenclature : article 22
 - la biologie clinique : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, A point II, C point I, article 24
 - les suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26
 - l'anatomopathologie : prestations de la nomenclature : article 32

- les accoucheuses : prestations de la nomenclature : article 9, les frais de déplacement compris
- la kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
- les soins infirmiers : prestations de la nomenclature : article 8
- la logopédie : prestations de la nomenclature : article 36
- les radio-isotopes
- la rééducation cardiaque
- la revalidation locomoteur : codes généraux 776156 et 776171; codes spécifiques 773791 – 773776 – 773872 – 773754 – 773673 – 773813 – 773614 – 773732
- les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne

effectués en ambulatoire pendant la période de 180 jours qui suit une hospitalisation et ce sans préjudice du point 5 du présent article, et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec celle-ci.

Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile mentionnés ci-dessus font l'objet d'une intervention de la Société Mutualiste d'Assurances uniquement après une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.

- le placement du processeur Baha

effectué en ambulatoire pendant la période de 90 jours qui suit une hospitalisation pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec celle-ci.

Le remboursement du processeur Baha en posthospitalisation est subordonné à la condition qu'une première électrode Baha ait été placée et remboursée par la Société Mutualiste d'Assurances durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour.

Les soins posthospitaliers sont exclus après un séjour en services 61 à 66 (spécialités), ainsi qu'après un accouchement à domicile.

Les soins posthospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 couvrent uniquement les prestations reprises ci-dessus sous le libellé « séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie ».

2. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise la couverture des tickets modérateurs, et des suppléments d'honoraires limités à 100 % du tarif de la Convention, afférents aux soins visés à l'alinéa 1 de cet article, à condition qu'elle soit intervenue pour l'hospitalisation qui précède, conformément aux articles 80, 80bis, 81 et 82, que les prestations aient été effectuées dans les 180 jours suivant l'hospitalisation et qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.
3. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise également la couverture de 100 % de l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et ont été délivrés dans les 180 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'ils soient en relation directe avec l'hospitalisation.
4. L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances vise également les attelles, à concurrence de 50 euros maximum par cas d'hospitalisation, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et qu'elles ont été délivrées dans les 180 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.

5. Conditions d'intervention

Les séances de kinésithérapie, de physiothérapie, de revalidation locomoteur et de rééducation cardiaque sont limitées à 45 pour l'ensemble de ces trois types de prestations et doivent avoir été effectuées dans les 180 jours suivant la période d'hospitalisation.

6. Règles d'intervention

Les interventions de la Société Mutualiste d'Assurances ne sont octroyées que conformément aux règles d'application dans la nomenclature et pour autant que l'assuré puisse fournir la preuve du paiement de ses quotes-parts personnelles.

La quittance de l'assurance obligatoire fournie par la mutualité sert de document valable pour obtenir le remboursement des quotes-parts personnelles restant à charge de l'assuré après intervention de l'assurance obligatoire.

7. Cumul des couvertures

Si la période des soins posthospitaliers prise en charge par la Société Mutualiste d'Assurances coïncide avec une période de soins préhospitaliers telle que définie à l'article 83 des présents statuts, l'assuré a droit au remboursement le plus avantageux. Dans ce cas, la période de soins posthospitaliers est prolongée jusqu'à 180 jours après la dernière hospitalisation.

Article 84bis : Séjour posthospitalier en Belgique

La Société Mutualiste d'Assurances accorde, en supplément du forfait accordé dans le cadre de la couverture "Hospitalia Smart", un forfait de 7,50 euros par jour pour tout séjour temporaire dans un hôtel de convalescence ou un hôtel de soins.

L'intervention est accordée pour autant que le séjour ait débuté dans les 14 jours qui suivent la sortie de l'hôpital. Elle est limitée à 15 jours par année civile.

Article 85 : Garantie "Maladies Graves" (en option)

Les interventions prévues pour cette garantie optionnelle sont décrites à l'article 78ter.

Section 2Bis : Hospitalia Plus

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit, dans le cadre de la couverture Hospitalia Plus, les mêmes interventions que celles prévues dans la Section 2, pour la couverture Hospitalia Care, sauf pour les points ci-après.

En cas d'hospitalisation en Belgique, en chambre particulière, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans le cadre de la couverture Hospitalia Plus, comme indiqué à l'article 80, hormis pour les points :

- 3. Le remboursement des frais légalement à charge du patient pour les autres fournitures telles que définies à l'article 63, 11°. Ce remboursement, est toutefois limité à 300 % du tarif de la Convention.**

Pour les fournitures ne donnant pas lieu à une intervention légale, la Société Mutualiste d'Assurances intervient à concurrence du prix facturé.

- 6. Le remboursement des suppléments d'honoraires. Ce remboursement, est toutefois limité à 300 % du tarif de la Convention.**

Sans préjudice des précisions ci-avant de l'article 80, une franchise de 150 euros par année civile est appliquée en cas de séjour d'au moins une nuit en chambre particulière dans un hôpital repris dans la liste, établie de manière annuelle, des hôpitaux concernés par l'application de cette franchise.

Cette liste est consultable sur www.hopitauxfranchise.be et dans les Conditions générales. Elle reprend les hôpitaux s'autorisant à réclamer des suppléments d'honoraires de plus de 200 % et n'ayant pas conclu de convention de limitation à 200% avec MLOZ Insurance.

Aucune franchise ne sera appliquée pour les hôpitaux s'engageant, dans le cadre de leur déclaration annuelle, à ne pas appliquer, pour toute l'année civile qui suit ladite déclaration, plus de 200 % de suppléments d'honoraires.

La liste des hôpitaux concernés par l'application de la franchise est établie annuellement sur base d'une déclaration à remplir par l'ensemble des hôpitaux, à la demande de la Société Mutualiste d'Assurances.

La liste sera mise à jour une fois par an avec application au 1er janvier. Elle sera communiquée à l'assuré avant l'entrée en application de la nouvelle liste annuelle.

La nouvelle liste sera applicable à tous les cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste.

Section 3 : Hospitalia Ambulatoire

Article 86 : étendue territoriale

Les prestations énumérées aux articles 89 à 91 sont couvertes pour autant qu'elles soient prescrites et dispensées en Belgique. L'achat de matériel visé à l'article 91.2 et 3. doit s'effectuer dans les pays de l'Union Européenne.

Article 87 : Liberté thérapeutique

L'assuré a le libre choix du médecin, du dentiste ou du pharmacien s'ils sont autorisés légalement à pratiquer.

Article 88 : Conditions de remboursement

Les soins ambulatoires ne sont remboursés qu'à condition que leur aspect curatif ait été reconnu et qu'ils aient été prescrits par un médecin.

Article 89 : Honoraires médicaux - Consultations – Visites – Prestations techniques

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse, en dehors d'une période d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour :

- les consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes: prestations de la nomenclature : article 2, points A, B, C, D et E
- les actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, point I
- l'imagerie médicale : prestations de la nomenclature : article 17, 17bis, 17ter et 17quater
- la radio et la radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : articles 18 et 19
- la médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
- la dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
- la physiothérapie : prestations de la nomenclature : article 22
- la biologie clinique : prestations de la nomenclature : article 3, § 1, A point II, C point I, article 24
- les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés : article 25, § 3bis
- les suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26

- la bandagisterie : prestations de la nomenclature : article 27
- l'orthopédie : prestations de la nomenclature : article 29
- l'optique : prestations de la nomenclature : article 30
- l'acoustique : prestations de la nomenclature : article 31
- l'anatomopathologie : prestations de la nomenclature : article 32
- la génétique : prestations de la nomenclature : article 33
- les accoucheuses : prestations de la nomenclature : article 9, les frais de déplacement compris
- les prestations spéciales : prestations de la nomenclature : article 11
- la dentisterie : prestations de la nomenclature : article 5
- la kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
- les soins infirmiers : prestations de la nomenclature : article 8
- la logopédie : prestations de la nomenclature : article 36
- les radio-isotopes
- la rééducation cardiaque

pour autant qu'il y ait une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à concurrence de 50 % du ticket modérateur.

Le calcul des interventions s'effectue exclusivement sur base des codes médicaux de la nomenclature officielle, codes que les prestataires de soins sont tenus d'indiquer sur les attestations de soins délivrées aux patients.

Pour les assurés auprès de la même section en assurance obligatoire et à la Société Mutualiste d'Assurances, les interventions de celle-ci se règlent, sur production des attestations de soins donnés, simultanément avec celles octroyées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour les autres assurés, les interventions sont payées sur base d'une photocopie des attestations de soins donnés, accompagnée d'une preuve originale de remboursement A.M.I.

Article 90 : Frais pharmaceutiques déboursés hors milieu hospitalier

Lorsqu'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ou d'un dentiste agréé, les produits pharmaceutiques et les préparations magistrales sont remboursés à raison de 50 % du prix réellement payé par le patient. Ne donnent lieu à aucun remboursement de la Société Mutualiste d'Assurances :

- les médicaments homéopathiques, diététiques et d'hygiène ;
- les produits à effet non thérapeutique vendus en pharmacie tels que : les aliments, boissons, savons, sels, dentifrices, etc. ;
- la phytothérapie.

Le remboursement des frais pharmaceutiques s'effectue directement par la Société Mutualiste d'Assurances sur production d'une "Attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire" du pharmacien, dûment complété par le pharmacien et contresigné par l'assuré.

Article 91 : Prothèses

La Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les limites et conditions suivantes :

1. Prothèses dentaires non délivrées en milieu hospitalier

Les prothèses sont remboursées dans les limites suivantes, qu'il y ait ou non intervention légale :

a) Prothèse complète

- supérieure : 500 euros maximum avec un délai de renouvellement fixé à 5 ans ;
- inférieure : 500 euros maximum avec un délai de renouvellement fixé à 5 ans.

b) Prothèse partielle

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances est limitée à 250 euros par année civile.

c) Autres prothèses telles que

bridges, dents à pivot, couronnes, adjonction de dents à une prothèse existante : 250 euros au max. par année civile.

2. Prothèses ophtalmologiques

Qu'il y ait ou non intervention légale, les verres, lentilles de contact, lentilles intraoculaires et corrections chirurgicales (corrections de la vue – kératotomie, traitements au laser), à l'exclusion des montures de lunettes et des lunettes solaires, sont remboursés à concurrence de 250 euros au maximum par année civile.

3. Autres

Qu'il y ait ou non intervention légale, l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances reste limitée à 500 euros au maximum par année civile pour les appareils auditifs, semelles orthopédiques, perruques, prothèses mammaires, gouttières (c'est-à-dire orthèse médico-orthopédique sur prescription médicale) et implants dentaires et gouttières dentaires, sans but purement esthétique.

Le remboursement de toutes les prothèses énumérées ci-dessus s'effectue directement par la Société Mutualiste d'Assurances sur production d'un formulaire Hospitalia intitulé "Prothèses – Demande d'intervention" dûment complété par le prestataire et contresigné par l'assuré. Pour les prothèses ophtalmologiques : joindre également la facture originale de l'opticien. Pour les autres prothèses : joindre également la facture originale du prothésiste et la prescription médicale pour les appareils auditifs, semelles orthopédiques, perruques et prothèses mammaires.

Article 92 : Cumul de remboursements

Les remboursements prévus dans Hospitalia Ambulatoire peuvent être cumulés avec les remboursements pré et posthospitalisation tels que décrits aux sections 1, 2 et 2Bis des présents statuts, et avec les remboursements de la garantie maladies graves telle que décrite aux articles 78ter et 85.

Le cas échéant, le remboursement ne peut en aucun cas excéder le montant de la garantie couverte et à fortiori le montant réellement facturé à l'assuré.

Section 4 : Forfait H

Article 93 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit des interventions pour les cas suivants :

- a) hospitalisation en Belgique ;
- b) hospitalisation de jour en Belgique ;

et ce, selon les dispositions reprises dans les articles suivants.

Article 94 : Hospitalisation en Belgique

En cas d'hospitalisation en Belgique, la Société Mutualiste d'Assurances intervient dans les frais supportés, durant l'hospitalisation, par l'assuré, à concurrence d'un montant forfaitaire journalier :

- 1° Ce montant forfaitaire est fixé à 12,35 euros par jour d'hospitalisation.
- 2° La Société Mutualiste d'Assurances n'intervient en cas de séjour en service 30 (gériatrie) et service 61 à 66 (spécialités) qu'à concurrence des 25 premiers jours maximum par cas d'hospitalisation.
Lors d'une nouvelle hospitalisation en service 30 ou 61 à 66, la Société Mutualiste d'Assurances n'interviendra que pour autant qu'un délai de 6 jours calendrier, au minimum, se soit écoulé depuis la fin de l'hospitalisation précédente. Toutefois, lorsque ce délai n'est pas écoulé, la Société Mutualiste d'Assurances interviendra pour le solde des 25 jours non remboursés lors de l'hospitalisation précédente.
- 3° La Société Mutualiste d'Assurances intervient en cas de séjour en service 34 (psychiatrie – enfants), 37 (neuropsychiatrie – jour et nuit) et 41 (psychiatrie – jour et nuit) et 48 (soins intensifs psychiatrie) à concurrence de 10 jours maximum par an.

Article 95 : Hospitalisation de jour en Belgique

La Société Mutualiste d'Assurances intervient conformément aux dispositions de l'article 94.

Section 5 : Hospitalia Continuité

Article 96 : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention en cas :

- a) d'hospitalisation en Belgique et à l'étranger
- b) d'hospitalisation de jour en Belgique

de maximum 50 euros par jour d'hospitalisation, à concurrence du solde restant à charge de l'assuré après l'intervention de l'assurance hospitalisation de leur employeur. Le remboursement est calculé sur base du décompte de l'intervention de cette assurance.

Section 6 : Dentalia Plus

Article 96bis : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention pour les prestations suivantes :

- 1° Les soins dentaires préventifs

On entend par soins dentaires préventifs, les examens bucco-dentaires, l'examen parodontal au cours duquel on fixe le Dutch Periodontal Screening Index (test DPSI), le détartrage, les nettoyages prophylactiques, les scellements de fissures et de puits, les consultations au cabinet d'un licencié en sciences dentaires, d'un dentiste capacitaire, d'un médecin-dentiste ou d'un stomatologue.

- 2° Les soins dentaires curatifs

On entend par soins dentaires curatifs, l'extraction dentaire, les soins dentaires conservateurs, la radiologie buccale, la petite chirurgie buccale prévue à l'article 14, I) de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes sont suivis du signe '+' et les suppléments pour prestations techniques urgentes.

- 3° La parodontologie.
- 4° Les prothèses dentaires et implants dentaires.
- 5° L'orthodontie.

Article 96ter : Territorialité

Les prestations reprises à l'article 96 bis sont couvertes pour autant qu'elles soient dispensées en Belgique ou dans les territoires métropolitains des pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-duché de Luxembourg, par des prestataires agréés par les autorités compétentes du pays concerné.

Article 96quater : Taux de remboursement et plafonds annuels d'intervention

1° Principe

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse dans le cadre de la couverture Dentalia Plus

- pour les soins dentaires préventifs : 100 % du montant restant à charge de l'assuré ;
- pour les soins dentaires curatifs : 50 % du montant restant à charge de l'assuré, ou 80 % si ce dernier a eu un comportement préventif ;
- pour les prothèses dentaires, implants dentaires et la parodontologie : 50 % du montant restant à charge de l'assuré, ou 80 % si ce dernier a eu un comportement préventif ;
- pour l'orthodontie : 60 % du montant restant à charge de l'assuré.

On entend par "comportement préventif", le fait d'avoir eu une prestation pour des soins dentaires remboursée l'année civile qui précède sa nouvelle demande de remboursement.

2° Exceptions

- a) Lors de la 1^{re} année d'affiliation, le taux de remboursement des soins curatifs et parodontaux est fixé à 80 % du montant restant à charge de l'assuré.
- b) Le taux de remboursement des soins curatifs au profit des assurés âgés de 6 ans et moins est fixé à 80 % du montant restant à charge.

3° Plafonds annuels d'intervention des prestations remboursées

L'intervention est limitée à 350 euros par assuré lors de la 1^{re} année d'affiliation, à 650 euros par assuré lors de la 2^e année d'affiliation et à 1.250 euros par assuré lors de la 3^e année d'affiliation ainsi que les années suivantes.

Cependant, à partir de la troisième année d'affiliation, l'intervention de la couverture Dentalia Plus sera limitée pour toutes les prestations cumulées aux points 3°, 4° et 5° de l'article 96bis au montant total de à 1.050 euros par assuré.

Lorsque l'assuré était couvert par une assurance soins dentaires similaire, le nombre d'années de souscription à cette assurance est pris en compte pour déterminer le plafond annuel de 350, 650 ou 1.250 euros.

La date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à cette assurance similaire.

Section 6BIS: Medicalia

Article 96quinquies: Etendue territoriale

Les prestations énumérées dans cette section sont couvertes pour autant qu'elles soient prescrites et dispensées en Belgique.

L'achat de matériel peut s'effectuer dans les pays de l'Union Européenne.

Article 96sexies: Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention pour les prestations suivantes, en dehors d'une période d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour :

1° Thérapies alternatives

Traitements réalisés par des logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs et orthopédagogues, pour autant que ces prestataires soient reconnus par l'INAMI ou repris dans les listes publiées et utilisées par la Société Mutualiste d'Assurances et ses départements.

Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, l'assuré doit remettre un formulaire "Demande d'intervention Medicalia" dûment complété et signé, accompagné de la facture originale du traitement en question. Le calcul de l'intervention se basera sur la facture originale.

2° Tickets modérateurs légaux

- consultations, visites, conseils et prestations techniques de tous les médecins généralistes et spécialistes : prestations de la nomenclature : article 2
- actes techniques médicaux : prestations de la nomenclature : article 3
- kinésithérapie : prestations de la nomenclature : article 7
- soins infirmiers : prestations de la nomenclature : article 8
- sages-femmes : prestations de la nomenclature : article 9
- prestations spéciales : prestations de la nomenclature : article 11
- imagerie médicale : prestations de la nomenclature : articles 17, 17bis, 17ter, 17quater
- radio et radiumthérapie, médecine nucléaire : prestations de la nomenclature : article 18
- médecine interne : prestations de la nomenclature : article 20
- dermatovénérologie : prestations de la nomenclature : article 21
- physiothérapie : prestations de la nomenclature : article 22
- suppléments urgence : prestations de la nomenclature : article 26
- bandagisterie : prestations de la nomenclature : article 27
- orthopédie : prestations de la nomenclature : article 29
- logopédie : prestations de la nomenclature : article 36
- psychologie : prestations de la pseudo-nomenclature : circulaire OA n° 2019/59

En cas d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention supplémentaire.

Le calcul des interventions s'effectue exclusivement sur la base des codes médicaux de la nomenclature officielle, codes que les prestataires de soins sont tenus d'indiquer sur les attestations de soins délivrées aux patients.

Pour les assurés auprès de la même section en assurance obligatoire et à la Société Mutualiste d'Assurances, les interventions de celle-ci se règlent, sur production des attestations de soins donnés, simultanément avec celles octroyées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour les autres assurés, les interventions sont payées sur la base d'une photocopie des attestations de soins donnés, accompagnée d'une preuve originale de remboursement A.M.I.

3° Matériel:

a) Soins des yeux :

- verres correcteurs, lentilles de contact, traitement au laser et kératotomie prescrits par un ophtalmologue reconnu, facturés et délivrés/réalisés dans les 12 mois après la date de prescription
- il n'y a toutefois aucune intervention pour les montures des lunettes correctrices, ni pour les montures et verres des lunettes solaires (avec ou sans correction).

b) Appareils auditifs :

- lorsqu'ils ont été prescrits par un oto-rhino-laryngologue reconnu, facturés et délivrés dans les 12 mois après la date de prescription par un audiologue reconnu : appareils auditifs, à l'exception des implants cochléaires et des appareils à conduction osseuse (implant et processeur sonore (externe))
- les piles ou autres accessoires pour les appareils auditifs ne sont pas indemnisés.

Qu'il y ait ou non intervention légale, la Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention (supplémentaire) sur la base d'un formulaire "Demande d'intervention Medicalia" dûment complété et signé, accompagné :

- soit de la prescription de l'ophtalmologue reconnu ou de l'oto-rhino-laryngologue reconnu, accompagnée d'une facture originale et détaillée de l'opticien ou audiologue reconnu,
- soit des documents standardisés tels que prévus par l'assurance obligatoire, accompagnés d'une facture originale et détaillée de l'opticien ou audiologue reconnu.

Le calcul de l'intervention se basera sur les justificatifs fournis.

4° Forfait naissance

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention forfaitaire dans les frais liés à l'accouchement, pour autant que l'enfant soit affilié à Medicalia lors de sa naissance.

L'intervention sera octroyée sur présentation d'une attestation de naissance, délivrée par les instances compétentes.

Cette intervention forfaitaire est versée une seule fois à l'enfant.

Toutefois, pour tous les avantages décrits dans cet article, les pièces justificatives transmises à la Société Mutualiste d'Assurances par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention dans le cadre de la Société Mutualiste d'Assurances sont autorisées. Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). La Société Mutualiste d'Assurances se réserve le droit de réclamer l'original à l'assuré qui doit le conserver ou devra supporter les éventuels coûts de duplicita.

Article 96septies : Taux de remboursement et plafonds annuels d'intervention

1° Principe

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse dans le cadre de la couverture Medicalia

- pour les thérapies alternatives : 75 % du montant de la facture à la charge de l'assuré (après déduction de l'intervention de l'assurance obligatoire et/ou complémentaire), qui concerne l'un des traitements et prestataires énumérés dans l'article 96sexies 1° ;
- pour les tickets modérateurs légaux : 75 % du ticket (après déduction de l'intervention de l'assurance complémentaire), pour les prestations énumérées dans l'article 96 sexies 2° ;
- pour le matériel : si les conditions mentionnées à l'article 96sexies 3° sont remplies, 75 % du montant de la facture qui reste à charge de l'assuré (après déduction de l'intervention de l'assurance obligatoire et/ou complémentaire), pour l'obtention de verres correcteurs, de lentilles de contact, de traitement des yeux au laser et kératotomie ou appareils auditifs ;
- pour le forfait naissance : le montant forfaitaire de 250 euros par enfant.

2° Plafonds annuels d'intervention des prestations remboursées

L'intervention pour les prestations citées dans l'article 96sexies est limitée à 1.500 euros par assuré et par année d'affiliation.

Pour les interventions octroyées dans le cadre des thérapies alternatives (article 96sexies 1°), la limite est de 600 euros par assuré et par année d'affiliation.

Pour les interventions octroyées pour le matériel (article 96sexies 3°), la limite est également de 600 euros par assuré et par année d'affiliation.

Article 96octies : Cumul de remboursements

Les remboursements prévus dans Medicalia peuvent être cumulés avec les remboursements pré et posthospitalisation tels que décrits à la section 1, 2 et 2Bis – Hospitalia Smart, Hospitalia Care et Hospitalia Plus – des présents statuts, ainsi qu'avec les remboursements de la Garantie "Maladies Graves" tels que décrits aux articles 78ter et 85. Le cas échéant, le remboursement ne peut en aucun cas excéder le montant de la garantie couverte et à fortiori le montant réellement facturé à l'assuré.

Toutefois, les remboursements prévus dans Medicalia ne peuvent pas être cumulés avec les remboursements prévus dans Hospitalia Ambulatoire, tels que décrits dans la section 3 - Hospitalia Ambulatoire.

Section 6Ter : Dentalia Up

Article 96nonies : Intervention de la Société Mutualiste d'Assurances

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit une intervention pour les prestations suivantes :

1° Les soins dentaires préventifs

Par soins dentaires préventifs on entend, au sens dont l'assurance obligatoire soins de santé le considère, les prestations suivantes attestées par un dentiste généraliste, un médecin-dentiste, un stomatologue ou un chirurgien maxillofacial (liste limitative de prestataires) : les examens bucco-dentaires, le Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), le détartrage (en ce compris le polissage qui s'y rapporte), les nettoyages prophylactiques, les scellements de puits et fissures et les consultations.

Les prestations d'orthodontie et de parodontologie quelle que soit la qualification du prestataire, sont exclues en tant que soins dentaires préventifs tels que visés dans cet article.

2° Les soins dentaires curatifs

Par soins dentaires curatifs on entend :

1/ l'extraction dentaire ;

2/ les soins dentaires conservateurs : ablation de la carie dentaire ou la permutation d'une ancienne obturation au profit d'une obturation remplaçant le volume initial de la dent traitée de façon à lui rendre sa fonction ;

3/ l'endodontie : spécialité de l'art dentaire dont le but est de traiter ou de retraiter l'endodontite (chambre pulpaire et canaux dentaires). La finalité du travail est l'obturation étanche de la totalité du réseau canalaire (ou dévitalisation dentaire) ;

4/ la petite chirurgie buccale telle que prévue à l'article 63, 25° à l'exclusion des dispositifs ci-dessous qui sont considérés comme des prothèses dentaires amovibles :

- des dispositifs en résine synthétique dure utilisés dans le cadre du traitement de la douleur et de la dysfonction du système maxillo-mandibulaire et s'interposant entre les arcades dentaires ;
- des systèmes de repositionnement utilisés lors d'une chirurgie maxillo-faciale notamment ceux attestés sous le code 317295-317306 ;

5/ les soins dentaires diagnostiques suivants :

- les radiographies intrabuccales, extrabuccales et panoramiques ;
- les conebeam dentaires (CBCT) pour autant que leur indication soit médicalement nécessaire.

Sont exclus des soins dentaires curatifs tels que visés dans cet article, les soins dentaires diagnostiques réalisés dans le cadre d'un traitement orthodontique, des prothèses dentaires et implants dentaires ou de la parodontologie.

3° La parodontologie

Par parodontologie on entend : spécialité de l'art dentaire dont le but est de traiter le parodonte (les tissus de soutien de la dent soit la gencive et l'os alvéolaire) de façon à garantir une bonne santé parodontale nécessaire à la pérennité des dents et/ou des implants.

Cela comprend les consultations, les soins dentaires diagnostiques, la maintenance parodontale et la chirurgie parodontale.

4° Les prothétiques dentaires et implants dentaires

Par dérogation à la définition repris à l'article 63, 21°, par prothèses dentaires et implants dentaires on entend : l'ensemble des prestations inhérentes au placement d'un implant dentaire ou d'une prothèse dentaire fixe ou amovible, satisfaisant aux exigences stipulées dans la réglementation applicable, dont le Règlement UE 2017/745. Ils sont définis comme suit :

1) Implant dentaire

Par implant dentaire on entend : une pièce usinée, insérée dans l'os maxillaire ou mandibulaire auquel elle va s'ostéo-intégrer. Celle-ci permettra l'ancre ou la rétention d'une prothèse dentaire, fixe et/ou amovible.

L'implant dentaire comprend les soins dentaires diagnostiques, la modélisation pré-implantaire, la conception et la réalisation de guides chirurgicaux, la fourniture et le placement de cet implant, ainsi que tout matériel, prestation et technologie utilisé pour sa mise en place.

2) Prothèse dentaire

Par prothèse dentaire on entend : le placement définitif d'une prothèse dentaire qu'elle soit amovible ou fixe. Cela comprend la totalité des travaux préparatoires et de modélisation, les soins dentaires diagnostiques, les empreintes, la fourniture de celle-ci, l'ancre ou la rétention de la prothèse dentaire ainsi que toutes les retouches nécessaires.

- prothèse dentaire amovible

Par prothèse dentaire amovible on entend : tout dispositif amovible visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes. Les prothèses dentaires amovibles peuvent être complètes ou partielles, constituées d'une base en résine ou d'un châssis métallique servant de support à des dents artificielles.

Sont assimilés aux prothèses dentaires amovibles :

- les dispositifs en résine synthétique dure utilisés dans le cadre du traitement de la douleur et/ou de la dysfonction du système maxillo-mandibulaire et s'interposant entre les arcades dentaires ;
- les prothèses donnant lieu à l'attestation du code 317295-317306 eu égard à leur technique de réalisation et de fabrication.

- prothèse dentaire fixe

Par prothèse dentaire fixe on entend : tout élément prothétique visant, soit à renforcer une dent délabrée, soit à remplacer une ou plusieurs dents manquantes.

Les prothèses dentaires fixes peuvent être en métal, en céramique ou en métal recouvert de céramique et peuvent avoir comme support une dent naturelle ou un implant.

5° Les traitements orthodontiques

Par orthodontie on entend : spécialité de l'art dentaire dont le but est de palier aux problèmes orthodontiques (anomalies de position et de rapports dentaires) et orthopédiques (anomalie des bases osseuses entraînant un décalage du maxillaire et/ou de la mandibule).

Le traitement orthodontique comprend la totalité des travaux préparatoires, les consultations, les soins dentaires diagnostiques, les empreintes, la fourniture et le placement du (des) appareil(s) réalisé(s) sur mesure et activable(s), ainsi que les contrôles et les procédés de contention.

Article 96decies : Territorialité

Les prestations reprises à l'article 96nonies sont couvertes pour autant qu'elles soient dispensées en Belgique ou dans les territoires métropolitains des pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-duché de Luxembourg, par des prestataires agréés par les autorités compétentes du pays concerné.

Article 96undecies : Taux de remboursement et plafonds d'intervention

1° Soins dentaires préventifs

a) Principe

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse dans le cadre de la couverture Dentalia Up les soins dentaires préventifs pour autant que la date du soin soit égale ou postérieure à la date d'affiliation à Dentalia Up en vertu des dispositions prévues à l'article 6 .

Pour les soins dentaires préventifs remboursés en assurance obligatoire soins de santé, l'intervention sera de 100% du montant restant à charge de l'assuré. Les suppléments compris dans le montant restant à charge de l'assuré seront toutefois limités à 200% du tarif de la convention.

Pour les soins dentaires préventifs remboursables en assurance obligatoire soins de santé, mais non remboursés par celle-ci, l'intervention sera limitée au double du tarif de la convention, sans préjudice de l'application de l'art. 66, 1°.

Pour les soins préventifs et médicalement nécessaires, non remboursables en assurance obligatoire soins de santé, l'intervention sera limitée au double du tarif sectoriel de référence. Si un tarif de référence n'est pas disponible, le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances pourra demander des justifications des montants engagés, et limiter le remboursement aux prestations légitimement réalisées et facturées, et jusqu'à concurrence du montant facturé par un dentiste normalement raisonnable et prudent. Ne constituent pas des prestations légitimement facturées : les prestations déjà reprises dans le code de nomenclature d'un acte principal.

b) Plafonds d'intervention

L'intervention est limitée, pour toutes les prestations cumulées aux points 1° et 2° du présent article, à 350 euros par assuré lors de la 1ère année d'affiliation, à 650 euros par assuré lors de la 2e année d'affiliation et à 1.250 euros par assuré lors de la 3e année d'affiliation ainsi que les années suivantes.

Le solde du plafond d'intervention ne peut pas être reporté et ajouté au plafond suivant.

2° Soins dentaires curatifs

a) Principe

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse dans le cadre de la couverture Dentalia Up pour les soins dentaires curatifs remboursés en assurance obligatoire soins de santé: 50% du montant restant à charge de l'assuré, ou 80% si ce dernier a eu un comportement préventif. Les suppléments compris dans le montant restant à charge seront toutefois limités à 200% du tarif de la convention.

Pour les soins dentaires curatifs remboursables en assurance obligatoire soins de santé, mais non remboursés par celle-ci, l'intervention sera limitée à 50%, ou 80% si l'assuré a eu un comportement préventif, du double du tarif de la convention, sans préjudice de l'application de l'art. 66, 1°.

Pour les soins dentaires curatifs et médicalement nécessaires, non remboursables en assurance obligatoire soins de santé, l'intervention sera limitée à 50%, ou 80% si l'assuré a eu un comportement préventif, du double du tarif sectoriel de référence. Si un tarif de référence n'est pas disponible, le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances pourra demander des justifications des montants engagés, et limiter le remboursement aux prestations légitimement réalisées et facturées, et jusqu'à concurrence du montant facturé par un dentiste normalement raisonnable et prudent. Ne constituent pas des prestations légitimement facturées : les prestations déjà reprises dans le code de nomenclature d'un acte principal.

Exceptions :

- Lors de la 1re année d'affiliation, le taux de remboursement des soins dentaires curatifs est fixé à 80 % du montant restant à charge de l'assuré.
- Le taux de remboursement des soins dentaires curatifs au profit des assurés âgés de 6 ans et moins est fixé à 80 % du montant restant à charge.

b) Plafonds d'intervention

L'intervention est limitée, pour toutes les prestations cumulées aux points 1^o et 2^o du présent article, à 350 euros par assuré lors de la 1ère année d'affiliation, à 650 euros par assuré lors de la 2e année d'affiliation et à 1.250 euros par assuré lors de la 3e année d'affiliation ainsi que les années suivantes.

Le solde du plafond d'intervention ne peut pas être reporté et ajouté au plafond suivant.

3^o Prothèses dentaires, implants dentaires et parodontologie

a) Principe

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse dans le cadre de la couverture Dentalia Up pour les prothèses dentaires, implants dentaires et la parodontologie : 50% du montant restant à charge de l'assuré, ou 80% si ce dernier a eu un comportement préventif.

b) Plafonds d'intervention

L'intervention est limitée à un plafond bisannuel.

Le plafond débute à la date anniversaire de l'affiliation qui précède la date de prestation du premier soin prothèses dentaires, implants dentaires ou parodontologie sur une période de deux ans.

Ce plafond, applicable pour deux années d'affiliation, est déterminé en fonction du nombre d'années d'affiliation révolues à la date du début du plafond bisannuel :

- 1ère année d'affiliation : stage ; 350€ en cas de dérogation de stage ;
- 2ème année d'affiliation : 650€ ;
- 3ème année d'affiliation : 1.050€ ;
- 4ème à 9ème année d'affiliation : 1.400€ ;
- 10ème année d'affiliation et plus OU affilié avant l'âge de 5 ans : 2.200€.

Le montant est déterminé au début du plafond bisannuel. Si un seuil d'ancienneté est atteint durant la période bisannuelle, le montant du plafond n'est pas remis à jour.

Le solde du plafond d'intervention ne peut pas être reporté et ajouté au plafond suivant.

4^o Traitements orthodontiques

a) Principe

La Société Mutualiste d'Assurances rembourse dans le cadre de la couverture Dentalia Up pour le traitement orthodontique : 60% du montant restant à charge de l'assuré.

b) Plafonds d'intervention

L'intervention est limitée à un plafond pour traitement orthodontique. Ce plafond dépend du nombre d'années d'affiliation à Dentalia Up au moment de l'attestation du forfait pour appareillage en début de traitement :

- 1ère année d'affiliation : stage ; 350€ en cas de dérogation de stage ;
- 2ème année d'affiliation : 650€ ;
- 3ème année d'affiliation : 1.050€ ;

- 4ème à 9ème année d'affiliation : 1.800€ ;
- 10ème année d'affiliation et plus OU affilié avant l'âge de 5 ans : 2.200€.

Si un seuil d'ancienneté est atteint durant le traitement, le montant du plafond déterminé en début de traitement n'est pas remis à jour.

Le montant du plafond est recalculé en fonction de l'ancienneté dans le produit à la date de l'attestation du forfait pour appareillage en début de traitement « régulier ». Les remboursements ayant déjà eu lieu lors du traitement « de première intention », sont pris en considération pour le calcul du montant consommé.

Les remboursements ayant déjà eu lieu lors d'une précédente affiliation à Dentalia Up sont pris en considération pour le calcul du montant consommé.

5° Garantie « Accidents »

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit des modalités spécifiques pour les frais de soins dentaires repris à l'article 96nonies consécutifs à un accident tel que défini à l'article 63, 23°, pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- il s'agisse d'un accident de la vie privée, scolaire ou lors d'une pratique encadrée (sport non rémunéré, mouvement de jeunesse) ; sont toutefois exclus les accidents de la circulation impliquant un véhicule automoteur soumis à une obligation d'assurance RC Auto*;
- * Conformément à la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs
- l'accident soit postérieur à la date d'affiliation à Dentalia Up ;
- l'accident ait entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature à être couvert par les présentes dispositions ;
- les frais soient médicalement nécessaires pour rétablir les dents dans l'état antérieur à l'accident ;
- les soins soient exposés durant la période couverte reprise dans le plan de traitement Accident accordé. Cette période de couverture est limitée à deux ans à compter de la date de l'accident.

Les frais seront remboursés à 100% du montant restant à charge de l'assuré pour des soins dentaires découlant de l'accident à concurrence d'un plafond maximum de € 5.000 par accident, quelle que soit l'année d'affiliation à Dentalia Up. Il s'agit d'une couverture complémentaire en cas d'accident. Si l'ensemble des soins liés à l'accident et accordés dans le plan de traitement Accident dépasse le plafond « Accident », les frais en surplus seront remboursés selon les conditions respectivement applicables aux soins concernés (soins préventifs, soins curatifs, prothèses dentaires, implants dentaires, parodontologie, orthodontie).

Pour bénéficier des avantages de cette garantie « Accidents », l'assuré doit remettre les documents suivants en complément du document harmonisé « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) » :

- le formulaire « Déclaration d'accident », à introduire auprès de la Société Mutualiste d'Assurances dans un délai de 30 jours après l'accident ; et
- le formulaire « Plan de traitement Accident » à l'attention du Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances ainsi que l'iconographie radiologique et photographique démontrant les lésions consécutives à l'accident.

6° Garantie « Maladies dont la pathologie ou le traitement ont un impact sur la santé bucco-dentaire »

Les frais seront remboursés à 100% du montant restant à charge de l'assuré pour des soins dentaires liés aux maladies, en ce compris le traitement, de la liste limitative ci-dessous, à concurrence d'un plafond maximum de 4.000 € pour l'ensemble des maladies visées par cette

garantie, dont l'assuré serait victime au cours de sa vie, quelle que soit la date d'affiliation à Dentalia Up. Ce plafond de 4.000€ n'est utilisable qu'une fois par assuré. Les remboursements ayant déjà eu lieu lors d'une précédente affiliation à Dentalia Up sont pris en considération pour le calcul du montant consommé.

Il s'agit d'une couverture complémentaire en cas de maladies ; si l'ensemble des soins liés à la maladie concernée et accordés dans le plan de traitement dépasse le plafond de 4.000€, les frais en surplus seront remboursés selon les conditions respectivement applicables aux soins concernés (soins préventifs, soins curatifs, prothèses dentaires, implants dentaires, parodontologie, orthodontie).

Les maladies concernées sont reprises dans la liste limitative suivante :

- cancer

La Société Mutualiste d'Assurances prévoit des modalités spécifiques par maladie :

Cancer

Il y a intervention dans les frais de soins dentaires repris à l'article 96nonies consécutifs à un cancer pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- le diagnostic du cancer soit postérieur à la date d'affiliation à Dentalia Up en vertu des dispositions prévues à l'article 6 ;
- les soins dentaires soient liés au cancer diagnostiqué et couverts par les présentes dispositions ;
- les frais soient médicalement nécessaires ;
- les soins soient prodigués durant la période couverte reprise dans le plan de traitement accordé ;
- Le plan de traitement Cancer doit être introduit au plus tard un an après la fin du traitement oncologique.

Pour bénéficier des avantages de cette garantie, l'assuré doit remettre les documents suivants à l'attention du Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances en complément du document harmonisé « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) » :

- une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic du cancer pour l'assuré, confirmé par des examens biologiques ou anatomopathologiques, par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical. Sur la base de ces informations, le Conseiller Médical de la Société Mutualiste d'Assurances acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie, débutant au plus tôt le jour du diagnostic ; et
- le formulaire « Plan de traitement Cancer » ainsi que l'iconographie radiologique et photographique.

7° Conditions spécifiques applicables en cas de transfert depuis Dentalia Plus ou d'affiliation avec assurance soins dentaires similaire

- a) Pour les soins dentaires préventifs, curatifs, prothèses dentaires et implants dentaires, parodontologie et traitements orthodontiques tels que repris dans les points 1, 2, 3 et 4, les plafonds de Dentalia Up sont calculés selon les règles suivantes :

Lorsque l'assuré était couvert par Dentalia Plus jusqu'à la date de son affiliation à Dentalia Up, la date d'affiliation à Dentalia Plus est prise en compte pour déterminer la date de début des plafonds de Dentalia Up.

Lorsque l'assuré était couvert par une assurance soins dentaires similaire conclue auprès d'une autre société d'assurance, comme définie à l'article 64, 2^e, 7), jusqu'à la date de son affiliation à Dentalia Up, le nombre d'années d'affiliation à cette assurance similaire au moment de

l'affiliation à Dentalia Up, est pris en compte de la façon suivante pour déterminer le plafond du Dentalia Up :

- si affiliation depuis moins de 2 ans à cette assurance similaire : la date d'affiliation à cette assurance similaire n'est pas prise en compte. La date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à Dentalia Up ;
 - si affiliation depuis 2 ans ou plus à cette assurance similaire : la date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à Dentalia Up diminuée de 2 ans.
- b) Les mesures suivantes seront appliquées pour des assurés Dentalia Plus en cas de transfert vers Dentalia Up :
- les remboursements octroyés dans le cadre des soins préventifs et curatifs du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond « Soins préventifs et curatifs » de Dentalia Up ;
 - les remboursements octroyés dans le cadre de l'orthodontie du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond du « Traitement orthodontique » de Dentalia Up ;
 - les remboursements octroyés dans le cadre des prothèses, implants et parodontologie du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond bisannuel « Prothèses, implants et parodontologie » de Dentalia Up.

Section 7 : Indemnités journalières OZ

Article 97 : Interventions de la Société Mutualiste d'Assurances

A. Anciens assurés de la caisse primaire 'Antwerps Ziekenfonds'

La Société Mutualiste d'Assurances accorde une indemnité journalière de 2,50, 5,00, 7,50, 10,00, 12,50 ou 15,00 euros, selon la prime payée par mois, tel que décrit dans l'article 5.2.a, aux assurés qui sont entièrement en incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, c'est-à-dire qui sont en incapacité de travail d'au moins 66 % et ont cessé toute activité professionnelle ou lucrative.

Les indemnités journalières sont versées à partir du 8^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, mais elles sont toutefois versées à partir du 1^{er} jour ouvrable en cas d'hospitalisation.

Une interruption de l'état d'incapacité de travail de moins de 12 jours ouvrables est considérée ne pas avoir interrompu la période indemnisable de 3 mois. Toutes les indemnités sont payées sur la base d'une semaine de 6 jours.

Les indemnités ne sont pas attribuées pendant une période d'incapacité indemnisable en assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La prime doit régulièrement être versée, donc également pendant l'incapacité.

B. Anciens assurés de la caisse primaire 'Helpet elkander'

La Société Mutualiste d'Assurances accorde une indemnité journalière, tel que décrit dans l'article 5.2.b, aux assurés qui sont entièrement en incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, c'est-à-dire qui sont en incapacité de travail d'au moins 66 % et ont cessé toute activité professionnelle ou lucrative. Une indemnité journalière de 12,50 euros est versée à partir du 8^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois. Une indemnité journalière de 3,75 euros est versée du 4^e au 6^e mois inclus. Une indemnité journalière de 2,50 euros est versée à partir du 7^e mois et continue jusqu'à l'âge de 75 ans.

En cas d'hospitalisation, les interventions susmentionnées sont augmentées de 50 % et versées à partir du 1^{er} jour. Toutes les indemnités sont payées sur la base d'une semaine de 6 jours. Une rechute en incapacité de travail dans les 12 jours ouvrables est considérée comme la continuation de la période indemnisable.

C. Indemnités journalières mutualité (+ assurés ex-Société Mutualiste d'Assurances 'Medische Ziekenkas')

1. La Société Mutualiste d'Assurances verse aux malades visés à l'article 5.2.c. ou aux assurés victimes d'un accident qui paient leur prime, à partir du 1^{er} juillet 1998, une indemnité journalière dont le montant est fixé comme suit :

Série W

- a) 16,25 euros par jour de la semaine à partir du 15^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- b) 19 euros par jour de la semaine à partir du début du 4^e mois jusqu'à la fin du 6^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- c) 14,50 euros par jour de la semaine à partir du début du 7^e mois d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 12^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- d) 5,75 euros par jour de la semaine à partir du début du 13^e mois d'incapacité de travail jusqu'au jour de la pension, à compter du début de l'incapacité de travail

Série X

- a) 22,50 euros par jour de la semaine à partir du 15^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- b) 31 euros par jour de la semaine à partir du début du 4^e mois jusqu'à la fin du 6^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- c) 26,75 euros par jour de la semaine à partir du début du 7^e mois d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 12^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- d) 11,25 euros par jour de la semaine à partir du début du 13^e mois d'incapacité de travail jusqu'au jour de la pension, à compter du début de l'incapacité de travail

Série Y

- a) 23,75 euros par jour de la semaine à partir du 15^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- b) 42,25 euros par jour de la semaine à partir du début du 4^e mois jusqu'à la fin du 6^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- c) 37,25 euros par jour de la semaine à partir du début du 7^e mois d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 12^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- d) 22,50 euros par jour de la semaine à partir du début du 13^e mois d'incapacité de travail jusqu'au jour de la pension, à compter du début de l'incapacité de travail

Série Z

- a) 29,75 euros par jour de la semaine à partir du 15^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- b) 44,75 euros par jour de la semaine à partir du début du 4^e mois jusqu'à la fin du 6^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- c) 39,75 euros par jour de la semaine à partir du début du 7^e mois d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 12^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- d) 22,50 euros par jour de la semaine à partir du début du 13^e mois d'incapacité de travail jusqu'au jour de la pension, à compter du début de l'incapacité de travail

Série I

- a) 38,50 euros par jour de la semaine à partir du 15^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- b) 52,25 euros par jour de la semaine à partir du début du 4^e mois jusqu'à la fin du 6^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- c) 57,25 euros par jour de la semaine à partir du début du 7^e mois d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 12^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
- d) 34,75 euros par jour de la semaine à partir du début du 13^e mois d'incapacité de travail jusqu'au jour de la pension, à compter du début de l'incapacité de travail

Série J

- a) 42,25 euros par jour de la semaine à partir du 15^e jour d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 3^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
 - b) 57,25 euros par jour de la semaine à partir du début du 4^e mois jusqu'à la fin du 6^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
 - c) 62 euros par jour de la semaine à partir du début du 7^e mois d'incapacité de travail jusqu'à la fin du 12^e mois, à compter du début de l'incapacité de travail
 - d) 39,75 euros par jour de la semaine à partir du début du 13^e mois d'incapacité de travail jusqu'au jour de la pension, à compter du début de l'incapacité de travail
 - Par jour de la semaine : tous les jours de la semaine sont payés, à l'exception des dimanches et des jours fériés légaux fixes.
 - Jusqu'à la pension : le droit aux indemnités expire le jour de la pension, quel que soit l'âge de pension anticipée, avec comme date maximum celle de l'âge de la pension légale tel que stipulé légalement pour les hommes ou les femmes.
2. Pour avoir droit aux indemnités stipulées au point 1, les assurés doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- L'incapacité de travail et sa durée sont fixées par le Conseiller Médical.

Sont reconnus en incapacité de travail, les assurés qui ont interrompu tout travail et dont les blessures et troubles fonctionnels sont reconnus diminuer leur capacité de rémunération d'un tiers ou de moins d'un tiers de ce qu'une personne, dans la même situation et avec la même formation, peut gagner suite à son travail dans la catégorie professionnelle à laquelle appartient la profession exercée par l'intéressé lors de son passage en incapacité, ou lors des différents emplois qu'il a ou aurait pu exercer en raison de sa formation professionnelle.

Cependant, pour les douze premiers mois d'incapacité de travail primaire, cette diminution de la capacité de rémunération est évaluée par rapport à la profession ordinaire de l'intéressé, pour autant que l'affection en cause entraîne une évolution favorable ou une guérison à court terme. Si un assuré est hospitalisé (dans un établissement hospitalier ou un hôpital militaire reconnu par le Ministre de la Santé publique), il est supposé qu'il atteint le degré exigé d'incapacité de travail.

- Ils doivent cesser toute activité professionnelle et ne peuvent plus exercer de travail rémunéré ni d'activité commerciale.

Ce point est notamment vérifié avec une déclaration sur l'honneur et/ou une autorisation donnée par l'assuré, afin de demander des informations sur sa déclaration fiscale. Si l'assuré refuse de faire une déclaration sur l'honneur ou refuse de donner son autorisation à la Société Mutualiste d'Assurances en matière de questions quant à sa déclaration fiscale, il est considéré qu'il n'a pas arrêté son activité professionnelle ou qu'il a gardé son activité rémunérée ou commerciale.

La Société Mutualiste d'Assurances peut par tous les recours, témoins compris, fournir la preuve de l'activité de l'assuré.

- Les décisions prises pour définir le degré d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance obligatoire pour les indépendants ne sont pas contraignantes pour le "Service des Indemnités journalières" visé dans les présents statuts. C'est notamment aussi le cas pour les décisions d'obtention d'une "assimilation de période de maladie" telle que prévue dans l'AR 38 organisant le statut social des travailleurs indépendants, ou pour l'estimation de l'incapacité qui donne droit à l'intervention pour les moins valides (loi du 27 juin 1996 régime général du 17 novembre 1969 et AR du 24 décembre 1974) , ou pour les décisions prises concernant une reprise du travail à temps partiel pendant la période de maladie.

Une incapacité de travail qui survient dans les soixante jours après la reprise du travail ou avoir quitté une institution de soins, est considérée comme la poursuite de l'incapacité précédente en ce qui concerne la période pendant laquelle les indemnités précisées au point 1 sont octroyées.

3. Fonctionnement et organisation

- a) En cas d'hospitalisation, les indemnités prévues pour les séries W, X, Y, Z, I, J, sont versées à partir du premier jour ouvrable de l'incapacité de travail. Ceci est uniquement valable pour les jours d'hospitalisation. L'incapacité est supposée entrer en vigueur le jour indiqué sur le certificat signé par le médecin traitant. Ce certificat doit être remis au Conseiller médical ou envoyé par la poste au plus tard le 10^e jour ouvrable après la date de début de l'incapacité.
- b) En cas de retard dans la remise ou l'envoi du certificat, l'incapacité de travail est supposée entrer en vigueur le jour de la remise ou du dépôt à la poste. Le Conseiller Médical détermine la durée de l'incapacité de travail.
- c) Le droit au paiement est justifié par un certificat médical mensuel, qui doit être en possession du Conseiller Médical le dernier jour ouvrable du mois, sauf si ce dernier en décide autrement. Si le certificat médical fait défaut, les paiements sont suspendus jusqu'à la remise du certificat, 30 jours après au plus tard, sous peine de fin du droit au paiement.

Ce certificat médical doit décrire précisément la maladie, les lésions ou les troubles fonctionnels, ainsi que leurs impacts sur les activités professionnelles de l'assuré et sur sa capacité de gain. Il est remis au Conseiller Médical du service Indemnités journalières sous enveloppe fermée.

- d) L'assuré peut contester les décisions de la Société Mutualiste d'Assurances au sujet de ses droits découlant de ces statuts, qui lui ont été transmises par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié, en introduisant une contestation sous peine de fin de droit auprès du Tribunal du travail de son domicile, dans le mois suivant celui figurant sur le cachet de la poste de la lettre recommandée ou sur le recommandé électronique qualifié.

La réclamation introduite par le Tribunal du travail n'est pas suspensive pour la décision contestée de la Société Mutualiste d'Assurances.

Section 8 : Indemnités journalières Xerius

Article 98 : Interventions de la Société Mutualiste d'Assurances

1. Aperçu des séries

Indemnités

Les assurés - indépendants qui sont affiliés aux séries mentionnées ci-dessous reçoivent en cas d'incapacité une indemnité journalière jusqu'à leur 65^e anniversaire ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel ils mettent fin à leur activité professionnelle, de manière complète et définitive.

Les indemnités sont payées à partir du neuvième jour de l'incapacité.

En cas de soins infirmiers dans un hôpital, les indemnités sont entièrement payées en cas d'hospitalisation réelle pendant les huit premiers jours.

A partir du 1^{er} janvier 2002, les indemnités suivantes sont d'application :

1. SERIE NA – NC - NX : + -40 ans au moment de l'affiliation

SERIE NA :

- | | |
|---------|--|
| 23,50 € | par jour de travail à partir du 9 ^e jour jusqu'au 3 ^e mois inclus ; |
| 28,50 € | par jour de travail à partir du 4 ^e mois jusqu'au 6 ^e mois inclus ; |
| 20,25 € | par jour de travail à partir du 7 ^e mois jusqu'au 12 ^e mois inclus ; |
| 15,50 € | par jour de travail jusqu'à l'âge de la pension |

SERIE NC :

- | | |
|---------|--|
| 40,75 € | par jour de travail à partir du 9 ^e jour jusqu'au 3 ^e mois inclus ; |
| 59,50 € | par jour de travail à partir du 4 ^e mois jusqu'au 6 ^e mois inclus ; |
| 53,50 € | par jour de travail à partir du 7 ^e mois jusqu'au 12 ^e mois inclus ; |
| 48,50 € | par jour de travail jusqu'à l'âge de la pension |

SERIE NX :

- | | |
|---------|--|
| 53,25 € | par jour de travail à partir du 9 ^e jour jusqu'au 3 ^e mois inclus ; |
| 79,75 € | par jour de travail à partir du 4 ^e mois jusqu'au 6 ^e mois inclus ; |
| 76,25 € | par jour de travail à partir du 7 ^e mois jusqu'au 12 ^e mois inclus ; |
| 69,50 € | par jour de travail jusqu'à l'âge de la pension |

2. SERIE TC : + 40 ans au moment de l'affiliation

SERIE TC :

- | | |
|---------|--|
| 40,75 € | par jour de travail à partir du 9 ^e jour jusqu'au 3 ^e mois inclus ; |
| 59,50 € | par jour de travail à partir du 4 ^e mois jusqu'au 6 ^e mois inclus ; |
| 53,50 € | par jour de travail à partir du 7 ^e mois jusqu'au 12 ^e mois inclus ; |
| 48,50 € | par jour de travail jusqu'à l'âge de la pension |

3. Les assurés - indépendants qui sont affiliés aux séries mentionnées ci-dessous reçoivent en cas d'incapacité une indemnité journalière jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'assuré a atteint son soixantième anniversaire (si ceci est prévu ainsi dans le contrat d'assurance) ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

Les indemnités sont payées à partir du quinzième jour d'incapacité.

En cas de soins infirmiers dans un hôpital, les indemnités sont entièrement payées en cas d'hospitalisation réelle pendant les quatorze premiers jours.

A partir du 1^{er} janvier 2002, les indemnités suivantes sont d'application :

Indemnité journalière : 52 euros par jour de travail
(Indemnités à partir du quinzième jour de l'incapacité)

Série Age d'entrée

040160 de 18 à 29 ans compris

4. Les assurés - indépendants qui sont affiliés aux séries mentionnées ci-dessous reçoivent en cas d'incapacité une indemnité journalière jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'assuré a atteint son soixantième anniversaire (si ceci est prévu ainsi dans le contrat d'assurance) ou plus tôt lorsqu'il s'agit de l'âge normal auquel il met fin à son activité professionnelle, de manière complète et définitive.

Les indemnités sont payées à partir du soixante et unième jour de l'incapacité.

A partir du 1^{er} janvier 2002, les indemnités suivantes sont d'application :

Indemnité journalière : 91 euros par jour de travail
(Indemnités à partir du soixante et unième jour de l'incapacité)

Série Age d'entrée

072360 de 35 à 39 ans compris

2. Pour bénéficier de indemnités mentionnées au point 1, les assurés doivent satisfaire aux conditions suivantes :

a) avoir un degré d'incapacité de plus de 66 %. Le Conseiller Médical détermine la durée et le degré de l'incapacité.

L'incapacité est supposée entrer en vigueur le jour indiqué sur le certificat signé par le médecin traitant.

a. Pour les assurés affiliés dans les séries article 98.I points 1 et 2, l'incapacité physiologique est prise comme indicateur. Il s'agit de la diminution pure de l'intégrité physique sans tenir compte de sa répercussion sur la capacité d'exercer une profession. L'échelle officielle belge pour déterminer le degré d'invalidité sert d'indicateur.

b. Pour les assurés affiliés dans les séries article 98.I points 3 et 4, l'incapacité économique est prise comme indicateur. Il s'agit de la diminution de la capacité à exercer une profession, en conséquence d'une invalidité physiologique. Son degré est déterminé en tenant compte de la profession de l'assuré et de sa capacité à s'adapter à une autre profession, compatible avec sa formation, ses antécédents professionnels et son état social.

b) Des données médicales doivent être fournies au Conseiller Médical et l'assuré doit se soumettre au contrôle de l'incapacité.

Si un assuré se soustrait au contrôle, le service :

a. le préviendra par écrit qu'il risque de perdre son droit à l'indemnité journalière

b. le somme à se présenter au contrôle dans les 10 jours. Après ce délai, le droit à l'indemnité journalière prend fin et ce jusqu'au jour où l'assuré se présente au contrôle.

c) L'assuré a l'obligation générale de s'appliquer à son processus de guérison dans la mesure de ses possibilités.

d) Il doit présenter à la demande du service tous les documents fiscaux, sociaux et administratifs.

e) L'assuré doit arrêter toute activité professionnelle pendant la période d'incapacité.

f) L'assuré doit avoir sa résidence principale effective en Belgique et y séjourner réellement au moins neuf mois par an. Le cas échéant, il peut lui être demandé de présenter les preuves nécessaires. Seul le Conseiller Médical peut déroger à cette règle de séjour.

Le Conseiller Médical ne peut exercer aucune tâche qui ne lui a pas été attribuée en vertu de l'Arrêté Royal 35 du 20 juillet 1967.

g) L'assuré ne peut pas tomber sous l'une des raisons d'exclusion stipulées dans l'article 65, 8°.

- h) L'assuré doit avertir le service par écrit, dans le courant du mois, de toute modification ou arrêt de ses activités professionnelles, tant pour la profession principale que pour la profession complémentaire. En cas de modification ou d'arrêt, le Comité de Direction se réserve le droit de mettre fin à l'affiliation avec effet rétroactif jusqu'au jour de la modification ou de l'arrêt.
- i) Si l'incapacité est une conséquence d'un accident pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est impliquée, l'indemnité est subsidiaire et l'assuré doit satisfaire aux conditions suivantes :
 - a. avoir mentionné cette donnée lors de la déclaration d'incapacité
 - b. subroger le service dans les droits qu'il peut faire valoir vis-à-vis du tiers
 - c. avertir par écrit le service de la conclusion d'un accord en cas de dédommagement
- j) Sanction : si l'assuré enfreint une ou plusieurs obligations reprises dans cet article, le droit aux indemnités journalières prend fin dès l'infraction.

Article 98bis : Rechute

Une maladie qui se déclare dans les quatorze jours calendrier de la reprise du travail ou après le départ d'une institution de soins est considérée comme la poursuite de l'incapacité précédente en ce qui concerne le calcul de la période de carence tel que stipulé à l'article 8, e.

Article 98ter : Principe de territorialité

Les prestations énumérées ci-dessus sont couvertes pour autant qu'elles aient été prescrites et administrées par des prestataires de soins reconnus en Belgique ou dans les pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg.

Section 9 : Comfort et Comfort+

Article 99 : Interventions Comfort (les interventions sont limitées aux prestations réalisées sur le territoire belge)

- Prévention des maladies cardiovasculaires : intervention de 30 euros par année après l'intervention par l'assurance obligatoire pour les médicaments classés comme réducteurs de cholestérol ou de tension, après présentation du formulaire de demande d'intervention complété et signé par le médecin traitant ou le pharmacien, à l'exception des médicaments qui sont repris sous le critère D dans l'Arrêté Royal du 2 septembre 1980.
- Diététique : intervention de 30 euros par année dans le coût des consultations d'un diététicien. Cette intervention est octroyée après présentation du formulaire de demande d'intervention complété par un diététicien reconnu en application de l'Arrêté Royal du 19 février 1997 concernant le titre professionnel et les exigences de qualification pour l'exercice de la profession de diététicien.
- Vaccinations : intervention de 25 euros par vaccin, avec un maximum de 65 euros par an dans le coût des vaccinations contre la grippe (également les vaccins homéopathiques), la méningite, l'hépatite B, le rotavirus, les vaccins obligatoires en cas de voyage à l'étranger (fièvre jaune, hépatite A, méningite, typhus, encéphalite japonaise, encéphalite à tiques) et contre les infections à pneumocoques. Intervention dans le coût des vaccinations contre l'hépatite B et le tétanos pour les assurés qui exercent une activité professionnelle d'indépendant et pour celles pour qui ces maladies constituent un risque professionnel réel.
- La vaccination préventive contre le cancer du col de l'utérus : intervention unique de 150 euros pour les filles de 19 à 22 ans si l'assurance obligatoire n'intervient pas.

- Soins alternatifs et médicaments homéopathiques : 10 euros par assuré pour 10 consultations par an, dans le coût des consultations d'un homéopathe, chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur et 75 euros par an pour les médicaments homéopathiques achetés en Belgique (à l'exception des vaccins homéopathiques contre la grippe).

- Séjours de soins et assistance aux assurés dépendants :

- Pour les séjours de revalidation : intervention de 32 euros par jour et de 35 euros par jour pour les assurés qui bénéficient de l'intervention majorée, et 15 euros par jour pour l'intervenant de proximité accompagnant. Cette intervention est limitée à 28 jours par année calendrier et par assuré.

L'intervention est attribuée aux assurés qui ont perdu temporairement ou définitivement leur autonomie à la suite d'une hospitalisation (éventuellement une hospitalisation d'une seule journée) ou qui ont subi un traitement lourd ou qui sont liés à des sessions de dialyse.

L'intervention est également octroyée aux assurés qui sont totalement dépendants et qui sont tout à coup confrontés à l'indisponibilité temporaire ou définitive de leur intervenant de proximité en raison d'une cause de force majeure imprévue (exemples : hospitalisation imprévue, invalidité soudaine ou décès de l'intervenant de proximité).

Pour l'intervention, le consentement préalable de la Société Mutualiste d'Assurances est requis. Cette décision est prise sur la base d'une évaluation des besoins de l'assuré. La demande de séjour de convalescence doit être introduite auprès de la Société Mutualiste d'Assurances à l'aide d'un formulaire qui reprend tous les éléments médicaux et sociaux nécessaires à la prise de décision. Si nécessaire, le service social de la section contactera l'assuré afin d'obtenir des informations complémentaires. Les éléments médico-sociaux évoqués ci-dessus tiennent compte d'un ensemble de critères dont la liste peut être obtenue sur simple demande. L'autorisation a une durée de validité de trois mois, sauf si la maison de convalescence concernée limite les possibilités de réservation à une période plus courte. Ce délai est diminué à deux mois pour l'institution "asbl Dunepanne", dont le siège social est établi à 8420 De Haan, Maria Hendrikalaan.

- Pour les séjours de courte durée dans une maison de repos ou dans une maison de repos et de soins : intervention de 28 euros par jour ou 30 euros par jour pour les assurés bénéficiaires de l'intervention majorée, avec un maximum de 14 jours par an, dans une institution reconnue par la Société Mutualiste d'Assurances. L'intervention est octroyée aux assurés qui ont perdu définitivement leur autonomie et qui ne peuvent temporairement pas rester chez eux à la suite d'une indisponibilité temporaire de leur intervenant de proximité, en raison d'une hospitalisation, de vacances ou de la prise d'une période de repos. L'intervention est uniquement octroyée si la période de séjour temporaire dans une maison de repos n'est pas immédiatement suivie par une hospitalisation de longue durée (plus de 3 mois).
- Pour les séjours au domicile d'un assuré atteint d'Alzheimer : intervention de 28 euros par jour et de 30 euros par jour pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, avec un maximum de 14 jours par an. Cette intervention est attribuée pour les frais de séjour à domicile d'une personne qui a été formée dans l'accompagnement des malades d'Alzheimer, au profit des assurés qui sont touchés par cette maladie ou par une démence imminente.

Par démence imminente, on entend : la démence fronton-temporale qui regroupe plusieurs maladies neurodégénératives, principalement caractérisées par des troubles du comportement et une déchéance intellectuelle progressive. L'intervention est attribuée après présentation de la facture de la maison de repos, de l'institution de convalescence ou de l'association qui a organisé les soins à domicile.

En cas de cumul des trois types de séjours mentionnés ci-dessus, l'intervention est limitée à 28 jours par an et par assuré.

- Pour les séjours en centres de jour des assurés âgés qui ont perdu leur autonomie : intervention de maximum 6 euros par jour pendant 50 jours maximum par an à partir de l'âge de 60 ans.
- Les séjours de convalescence pour les assurés atteints de maladie grave : intervention de 75 % du montant de la facture qui reste à charge du patient, avec un maximum de 200 euros par séjour.

Par maladie grave, il faut comprendre : brucellose, cancer, leucémie, maladie de Parkinson, Hodgkin, maladie d'Alzheimer, SIDA, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, ménингite, poliomyalgie, encéphalite, téanos, mucoviscidose, maladie de Crohn, diabète de type I, maladies orphelines et toutes les maladies qui sont reconnues comme maladies graves par le corps médical. La couverture est octroyée pour des séjours dans l'institution "asbl Dunepanne", dont le siège social est établi à 8420 De Haan, Maria Hendrikalaan, et pour les séjours en institutions spécialisées reconnues par la Société Mutualiste d'Assurances.

- Soins à domicile/Aide familiale : intervention de 0,75 euro par heure prestée, avec un maximum de 200 heures par an, en faveur des assurés qui font appel à un service de soins à domicile/aide familiale reconnu, dans les cas suivants :
 - soit ils veulent rester à la maison, malgré des problèmes de santé ou un handicap ;
 - soit ils ont quitté l'hôpital et ont encore besoin de soins ;
 - soit ils administrent des soins à un parent qui souffre de problèmes de santé ou qui est reconnu comme personne handicapée.

L'intervention est octroyée après présentation par l'assuré d'une facture mentionnant le détail du nombre des heures prestées. Aucune intervention n'est octroyée pour les prestations payées à l'aide de chèques-services.

- Prêt de matériel de soins (en dehors du matériel télécommandé) : intervention forfaitaire de 65 % dans le prix de location du matériel, et de 25 euros pour les frais de livraison et reprise du matériel. Les frais de transport qui dépassent ce montant restent à la charge de l'assuré, ainsi que les frais de réparation pour les dégâts que celui-ci aurait causés.
- Transport de malades (en dehors du transport pour la chimiothérapie ou la dialyse) : intervention dans les frais de transport des malades de et vers un hôpital belge reconnu dans le cadre d'une hospitalisation qui comprend au moins une nuitée à l'hôpital. Transport en ambulance : 100 % des frais de transport, avec un maximum de 150 euros par hospitalisation et de 1.250 euros par an. Dans le cadre du service 100, la différence est remboursée après intervention de l'assurance obligatoire. Transport en taxi : 100 % des frais de transport, avec un maximum de 150 euros par hospitalisation et de 1.000 euros par an. Transport en voiture privée : 0,25 euro par kilomètre, avec un maximum de 50 euros par hospitalisation et de 1.000 euros par an. Dans ce cadre, il n'y a pas d'intervention dans le prix des consultations des médecins généralistes et spécialistes.
- Fonds de solidarité : intervention limitée à 1.250 euros par an et par assuré. Cette intervention est uniquement octroyée aux assurés qui se trouvent dans une situation financière difficile et après l'épuisement de toutes les autres possibilités d'intervention dans le cadre de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que dans le cadre de l'assurance complémentaire.

L'intervention peut consister en une prise en charge des prestations de soins, soins palliatifs, séjours dans un hôpital ou environnement similaire, séjours de convalescence ou cures thermales, matériel d'incontinence, frais de transport, coût de prothèses.

Afin de pouvoir bénéficier de l'intervention, un dossier médical complet de demande d'intervention, ainsi qu'une note estimant les dépenses médicales qui ne sont pas prises en charge par l'INAMI ou par une autre couverture d'assurance, doivent être introduits auprès de la Société Mutualiste d'Assurances qui remettra un avis motivé et prendra une décision sur l'octroi ou non de l'intervention et du montant de celle-ci.

Article 99bis : Interventions Comfort+ (les interventions sont limitées aux prestations réalisées sur le territoire belge)

Le produit Comfort+ donne droit à toutes les interventions Comfort, ainsi qu'aux interventions suivantes :

- Pédicure : intervention de 5 euros par session, avec un maximum de 5 sessions par an. L'assuré doit avoir atteint l'âge de 50 ans. L'intervention doit découler d'un contexte médical et ne doit pas avoir uniquement un objectif esthétique.
- Oncologie : intervention de maximum 75 euros pour le montant réel qui reste à charge de l'assuré après l'intervention de l'assurance obligatoire pour une perruque, prothèse mammaire, l'achat de vêtements adaptés ou les sessions psychologiques de groupe.
- Kinésithérapie périnatale et soin postnatal : intervention de 25 euros remboursables à la fin du traitement, pour 5 sessions minimum. Les prestations doivent être justifiées par la présentation d'une attestation de soins donnés par un kinésithérapeute reconnu.
- Logopédie : intervention de 10 euros par session, avec un maximum de 30 sessions par an pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, si l'assurance obligatoire n'intervient pas. Les prestations doivent être justifiées par la présentation d'une attestation de soins donnés par un logopède reconnu.
- Traitement orthodontique : intervention de 300 euros par assuré en plus de l'intervention de l'assurance obligatoire. La demande en assurance obligatoire doit avoir lieu avant le 15^e anniversaire de l'assuré et la demande d'intervention doit être introduite avant l'écoulement d'un délai de deux ans à partir de l'obtention de l'autorisation du Conseiller Médical. Pour obtenir l'intervention complémentaire, l'assuré doit s'adresser à un prestataire reconnu. Il doit fournir un document de demande d'intervention dûment complété par lui-même et l'orthodontiste traitant. L'intervention est octroyée au bénéficiaire des soins ou à son représentant légal. Pour bénéficier de l'intervention de ce service, l'assuré doit avoir effectivement droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé.
- Lunettes : intervention de maximum 60 euros tous les trois ans dans le coût des verres correcteurs ou d'un maximum de 60 euros par an pour les lentilles de contact. Pour bénéficier de l'intervention de ce service, l'assuré doit avoir effectivement droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé. L'intervention a lieu uniquement lorsque l'assurance obligatoire n'intervient pas. La facture détaillée de l'opticien reconnu en Belgique doit être présentée, mentionnant le montant à charge de l'assuré ainsi que la dioptrie pour chaque verre ou lentille. L'achat de nouvelles lunettes ou lentilles de contact doit découler d'un besoin réel et non d'une simple volonté de changer de verres/lentilles de contact.

Par besoin réel, on entend que, à la suite d'un changement de situation, les verres actuels de l'assuré ne permettent plus au moment de l'achat de régulariser son handicap visuel (verres qui ne sont plus adaptés à la dioptrie en raison d'une baisse de celle-ci, verres cassés ou abîmés).

- Ophtalmologie laser correctrice : intervention unique de 100 euros maximum par œil sur base de la demande d'intervention.
- Psychothérapie pour un enfant : intervention de maximum 30 euros par an et par assuré jusqu'à l'âge de 19 ans. L'intervention est octroyée après présentation d'une facture avec en-tête du psychothérapeute qui l'a établie et signée.

- Transport vers un centre de dialyse ou chimiothérapie : transport en ambulance : 100 % des frais de transport, avec un maximum de 150 euros par intervention et de 1.250 euros par an. Transport en taxi : 100 % des frais de transport, avec un maximum de 75 euros par intervention et de 1.000 euros par an. Transport en voiture privée : 0,25 euro par kilomètre, avec un maximum de 25 euros par hospitalisation et de 1.000 euros par an. L'intervention suit l'intervention prévue dans l'assurance obligatoire.
- Accueil d'enfants malades : ce service a pour but de fournir une garde d'enfants à domicile gratuitement pour les enfants malades âgés de 3 mois à 15 ans, du lundi au vendredi, de 8 à 19 h, pour une durée maximale de 8 jours ouvrables/an, avec une durée maximale de 9 heures par jour. Il ne peut être fait appel à ce service que si l'enfant pour qui l'intervention est demandée, possède la qualité d'assuré auprès du produit Comfort+.
- Télé-aide : ce service a pour but de proposer aux assurés un système d'alarme personnel qui permet une intervention lorsqu'un assuré est souffrant, tombe ou est blessé lors d'un accident. L'assuré ou son représentant doit signer un contrat de prêt pour le système d'alarme personnel, contacter le service social de la section afin de faire établir un contrat de prêt pour la demande, payer une location mensuelle et s'acquitter des frais de placement et de la garantie éventuels. L'intervention s'élève à 40 euros dans les frais d'installation de l'appareil et à 6,20 euros par mois dans les frais de location.
- Assistance psychologique : service qui a pour but d'organiser les soins d'urgence psychologiques individuels au profit des assurés sur le territoire belge qui sont confrontés à des événements traumatisants.

Par événements traumatisants, on entend : attaque à main armée, être attaqué et/ou menacé, accident du travail, cambriolage, décès inattendu d'un partenaire, conjoint ou enfant, car jacking, home jacking, abandon du domicile, sinistre au domicile ou maladie grave. Les faits suivants sont exclus des événements qui donnent droit à l'intervention : catastrophes naturelles, faits de guerre ou de terrorisme. L'événement traumatisant doit être déclaré et constaté par les autorités civiles ou policières compétentes. La période entre la demande d'assistance et l'événement traumatisant ne peut pas être supérieure à un mois. Le service met un numéro de téléphone d'urgence ainsi qu'un service disponible 24 h sur 24, joignable 365 jours par an, à la disposition des assurés.

Le service comprend :

- la réponse aux appels par un service médical et le passage immédiat ou un rendez-vous téléphonique avec un psychologue
- l'entretien téléphonique entre le psychologue et l'assuré qui demande de l'aide, et si nécessaire, une proposition de consultation chez un psychologue qui fait partie du réseau de la Société Mutualiste d'Assurances ou qui est accepté par la Société Mutualiste d'Assurances
- la prise en charge de maximum 5 consultations chez un psychologue qui fait partie du réseau de la Société Mutualiste d'Assurances ou qui est accepté par la Société Mutualiste d'Assurances. Si la victime a besoin d'aide complémentaire après le 5^e entretien, justifiée par le certificat établi par le psychologue, une réorientation peut être envisagée.

Section 10 : Income Two

Article 100 : Conditions d'admission

Afin de pouvoir être autorisé en tant qu'assuré à la couverture du présent contrat, il faut également satisfaire aux conditions de l'article 3 de l'Arrêté Royal Indemnités, plus précisément :

Etre titulaire à l'assurance visée par cet arrêté

- 1° les indépendants soumis à l'Arrêté Royal n° 38 du 27 juillet 1967, à l'exception de :
- ceux soumis à l'article 13 de l'Arrêté Royal visé
 - ceux qui en vertu de l'article 12, § 2 de l'Arrêté Royal visé, sont dispensés du paiement des primes ou qui n'en paient qu'une partie réduite
 - ceux, visés à l'article 37, § 1, 1er alinéa, a, de l'Arrêté Royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'Arrêté Royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, qui utilisent la possibilité qui leur est proposée par cette disposition
- 2° les assurés visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6[°] bis et 11[°] quater, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
- 3° les assurés en état d'incapacité de travail dans le sens de cet arrêté ;
- 4° les conjoints aidants visés à l'article 7bis de l'Arrêté Royal n° 38 du 27 juillet 1967 ;
- 5° l'indépendant visé en 1° ou le conjoint aidant visé en 4° qui a interrompu son activité professionnelle et qui n'est redevable d'aucune cotisation sociale conformément aux conditions stipulées dans l'article 50, § 2 de l'Arrêté Royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'Arrêté Royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

Si le candidat-assuré, lors de sa demande de conclusion du contrat, est en incapacité de travail pendant une période de plus de quinze jours, ou si le candidat-assuré a été en incapacité de travail dans les deux ans précédant sa demande pendant une ou plusieurs périodes ininterrompues de 15 jours, la Société Mutualiste d'Assurances peut décider de refuser la conclusion du contrat.

Cette disposition n'est pas d'application en cas d'incapacité de travail due à une période de repos de maternité dans le sens de l'article 93 de l'Arrêté Royal instituant une assurance indemnités et une assurance maternité.

Article 100bis : Début, durée et fin de la garantie

La garantie débute à la date qui a été stipulée dans les conditions particulières, sous réserve de signature du contrat d'assurance par les parties et du paiement de la première prime, et après expiration du délai de stage.

La couverture est accordée pour une durée déterminée qui correspond à la durée de la carrière professionnelle de l'assuré en tant qu'indépendant.

Elle prend toutefois d'office fin :

- dès que l'assuré ne satisfait plus aux conditions de l'article 3 de l'Arrêté Royal Indemnités
- à la date de décès de l'assuré
- à l'âge auquel l'assuré part en pension, cet âge étant de maximum 65 ans
- au moment où l'assuré n'est plus assuré à l'une des sections de la Société Mutualiste d'Assurances
- lorsque l'assuré n'est plus assuré en assurance obligatoire.

Il est également soumis aux points suivants :

- le preneur d'assurance peut renoncer chaque année au contrat, à la date d'anniversaire de la prime, par le biais d'une lettre recommandée envoyée par la poste ou d'un recommandé électronique qualifié (ou la remise de la lettre de résiliation contre récépissé) au moins un mois avant la date d'anniversaire mentionnée ci-dessus. Cette lettre de résiliation peut soit être envoyée directement à la Société Mutualiste d'Assurances, soit via l'une des sections de la Société Mutualiste d'Assurances ;
- la Société Mutualiste d'Assurances peut mettre fin au contrat en cas d'omission ou inexactitudes dans les déclarations du preneur d'assurance lors de la conclusion du contrat ou lors d'un sinistre.

La Société Mutualiste d'Assurances prévient l'assuré à l'aide d'une lettre recommandée motivée ou d'un recommandé motivé électronique qualifié, et la résiliation prend cours dans les trois jours suivant l'envoi de cette lettre recommandée motivée ou de ce recommandé motivé électronique qualifié.

- la Société Mutualiste d'Assurances peut également résilier le contrat si le preneur d'assurance refuse de se soumettre aux statuts de la Société Mutualiste d'Assurances ou agit frauduleusement ou en contradiction avec les lois du 13 mars 2016 et du 6 août 1990 ou leurs arrêtés d'exécution. La Société Mutualiste d'Assurances prévient l'assuré à l'aide d'une lettre recommandée motivée ou d'un recommandé motivé électronique qualifié, et la résiliation prend cours dans les trois jours suivant l'envoi de cette lettre recommandée motivée ou de ce recommandé motivé électronique qualifié.
- De plus, la Société Mutualiste d'Assurances peut résilier le contrat en cas de non-paiement de la prime, à l'aide d'une mise en demeure envoyée par la Société Mutualiste d'Assurances selon les dispositions de l'article 9.

En cas de résiliation, les primes sont dues à la Société Mutualiste d'Assurances jusqu'à la date à laquelle la résiliation prend effet.

En cas de décès de l'assuré, les primes déjà payées relatives aux mois suivants celui du décès sont remboursées.

Conformément à l'article 73 de la loi du 4 avril 2014, ce remboursement aura lieu dans un délai de 30 jours à compter de la prise d'effet de la résiliation.

Article 100ter : Interventions Income Two

L'assurance garantit le paiement d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'incapacité de travail de l'assuré. Le montant de l'intervention forfaitaire s'élève à 25 euros bruts.

L'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances a pour but de fournir à l'assuré un revenu complémentaire pour les deux premiers mois de la période d'incapacité primaire indemnisable, telle que définie dans les articles 6, 2^e et 7 de l'Arrêté Royal Indemnités.

La Société Mutualiste d'Assurances ne paiera les prestations qu'à condition que l'incapacité de travail de l'assuré ait été reconnue conforme aux articles 53 à 60 de l'Arrêté Royal Indemnités.

Pour ce faire, l'assuré autorise explicitement sa mutualité à fournir toutes les informations nécessaires à la Société Mutualiste d'Assurances. Par ailleurs, l'assuré et la Société Mutualiste d'Assurances collaborent afin d'établir le droit à la prestation.

L'assuré autorise la Société Mutualiste d'Assurances à lui demander les informations nécessaires et collabore à la bonne exécution des mesures d'information et d'enquête qui sont nécessaires en vue du droit à la prestation. La Société Mutualiste d'Assurances renoncera à toute mesure qui peut être considérée comme non pertinente, inadaptée et excessive en vue de l'enquête pour le droit à la prestation.

La prestation qui est payée pour la période d'incapacité primaire indemnisable est égale au nombre de jours de cette période, à l'exception des dimanches, multiplié par l'indemnité journalière forfaitaire.

Etant donné que la durée de la couverture est limitée à deux mois, la prestation comprend 54 jours maximum.

L'article 19 de l'Arrêté Royal du 20 juillet 1971 est repris ici.

"Au cours des périodes d'incapacité primaire, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail lorsque, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, il a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail. Il ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité. (Le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité professionnelle, à

condition que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé).

Le travail associatif au sens du chapitre 1^{er} du titre 2 de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale, n'est pas considéré comme une activité professionnelle à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé et que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail.

Lorsque, au moment où débute l'état d'incapacité de travail, le titulaire n'exerçait plus d'activité professionnelle, l'état d'incapacité est apprécié en fonction de l'activité de travailleur indépendant qu'il a exercée en dernier lieu".

Un assuré qui, après avoir été reconnu en incapacité de travail conformément aux articles 53 à 60 de l'arrêté royal Indemnités, reprend une activité professionnelle, peu importe laquelle, ne peut prétendre au paiement de prestations prévues par ce contrat sauf s'il a reçu au préalable l'autorisation du médecin-conseil de reprendre une activité dans le cadre des articles 23 et 23bis de l'Arrêté Royal Indemnités.

La Société Mutualiste d'Assurances paiera la prestation prévue par le contrat d'assurance au plus tôt lorsque les indemnités qui y sont liées auront été payées par la mutualité en vertu de l'Arrêté Royal Indemnités. Un seul sinistre par cas d'incapacité de travail sera indemnisé et un seul sinistre par année d'assurance, pour laquelle la date de référence est la date à laquelle l'incapacité de travail commence.

La prestation prévue par le présent contrat est soumise aux taxes et impôts en vigueur au moment où elle est versée.

Chapitre IV Bis – Service administratif

Article 101

La Société Mutualiste d'Assurances organise un service administratif en faveur des assurés visés à l'article 5 des statuts.

Ce service a pour but de répartir les frais de gestion communs des services organisés par la Société Mutualiste d'Assurances.

Chapitre V – Composition des fonds sociaux

Article 102 : Composition des fonds sociaux

Les fonds sociaux se composent :

- a) du produit des primes ;
- b) des dons, legs et subsides octroyés à la Société Mutualiste d'Assurances;
- c) des intérêts des placements ainsi que le bénéfice réalisé sur titres.

Ils sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en la matière.

En aucun cas, les fonds sociaux ne peuvent être distraits du but que leur assignent les statuts.

Chapitre VI - Collaboration

Article 103 : (supprimé au 01.07.2006)

Chapitre VII – Modification des statuts

Article 104

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée Générale Extraordinaire spécialement convoquée à cette fin. Les convocations doivent mentionner les modifications de statuts visées.

Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres sont présents et si la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises. Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Chapitre VIII – Dissolution et liquidation

Article 105

Préalablement à la proposition de dissolution de la Société Mutualiste d'Assurances, le Comité de Direction consulte l'Office de Contrôle des Mutualités.

La dissolution de la Société Mutualiste d'Assurances ne peut être prononcée qu'en Assemblée Générale Extraordinaire spécialement convoquée à cet effet.

La convocation mentionne :

- 1^o les motifs de la dissolution ;
- 2^o la situation financière de la Société Mutualiste d'Assurances ;
- 3^o l'affectation des fonds sociaux ;
- 4^o les formes et les conditions de la liquidation.

L'Assemblée Générale Extraordinaire ne délibère valablement que pour autant que la moitié des membres soient présents ou représentés. La décision de dissolution doit, pour être valable, être prise à la majorité des 2/3 des membres présents et représentés ayant droit de vote.

L'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises, selon les modalités prévues par l'article 642, § 2 de la loi du 13 mars 2016.

Article 106

En cas de dissolution de la Société Mutualiste d'Assurances, les fonds de réserve doivent être affectés en priorité au profit des assurés dont le droit aux prestations est né avant la cessation de ses services.

L'Assemblée Générale donnera aux éventuels actifs résiduels, une destination correspondant à ses objectifs statutaires.

Chapitre IX – Cas non prévus par les statuts

Article 107 : (supprimé : juin 2013)

Chapitre X – Entrée en vigueur des statuts

Article 108

Les présents statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale.

Chapitre XI – Disposition finales

Article 109

Toute plainte relative aux couvertures visées dans les présents Statuts peut être adressée :

- à la Société Mutualiste d'Assurances par l'intermédiaire de la section auprès de laquelle l'assuré est affilié
- à la Société Mutualiste d'Assurances via e-mail à Complaints@mloz.be
- à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles – www.ombudsman-insurance.be.

Annexe : primes au 1^{er} JANVIER 2026

Montants mensuels en euros au 01/01/2026 toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2026

Tranches d'âge	Hospitalia Smart
Affiliés au produit Hospitalia Smart	
• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1)	
moins de 18 ans	4,11
de 18 à 24 ans	5,38
de 25 à 49 ans	11,41
de 50 à 59 ans	14,10
60 ans et plus	30,93
• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)	
46 à 49 ans (+5 %)	11,98
50 à 59 ans (+5 %)	14,80
60 ans et plus (+5 %)	32,47
• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)	
à 49 ans (+10 %) (2)	12,55
50 à 59 ans (+10 %)	15,51
60 ans et plus (+10 %)	34,02
• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)	
55 à 59 ans (+50 %)	21,15
60 ans et plus (+50 %)	46,40
• Après le 01/01/1994, et jusqu'au 30/06/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)	
à 59 ans (+70 %) (2)	23,97
60 ans et plus (+70%)	52,58
• A partir du 01/07/2014, à l'âge de 60 ans et plus (1)	
Affiliation entre 60 et 70 ans (3) (4)	52,58
Affiliation entre 71 et 75 ans (3)	55,67
Affiliation à 76 ans et plus (3)	58,77

(1) A la date de début de l'affiliation à Hospitalia

(2) Âge au 1^{er} janvier de l'année d'affiliation

(3) A partir du 1/07/2014, à la date de début d'affiliation

(4) Si l'assuré est âgé de 59 ans au 1^{er} janvier, il paiera la première année une prime de 23,97 euros.

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2026

Tranches d'âge	 Hospitalia Care
Affiliés au produit Hospitalia Care	
• Affiliés avant l'âge de 46 ans (1)	
moins de 18 ans	6,94
de 18 à 24 ans	8,72
de 25 à 49 ans	22,12
de 50 à 59 ans	27,15
60 ans et plus	48,93
• Affiliés après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)	
46 à 49 ans (+5 %)	23,21
50 à 59 ans (+5 %)	28,49
60 ans et plus (+5 %)	51,37
• Affiliés après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)	
à 49 ans (+10 %) (2)	24,32
50 à 59 ans (+10 %)	29,84
60 ans et plus (+10 %)	53,81
• Affiliés après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)	
55 à 59 ans (+50 %)	40,63
60 ans et plus (+50 %)	73,31
• Affiliés après le 01/01/1994, entre 60 et 64 ans (1)	
à 59 ans (+70 %) (2)	46,01
60 ans et plus (+70%)	83,07

(1) A la date de début de l'affiliation.

(2) Âge au 1er janvier de l'année d'affiliation

Montants mensuels en euros au 1/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2026

Tranches d'âge	Hospitalia Plus
Affiliés au produit Hospitalia Plus	
• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1)	
moins de 18 ans	8,46
de 18 à 24 ans	10,59
de 25 à 49 ans	26,90
de 50 à 59 ans	33,04
60 ans et plus	59,57
• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)	
46 à 49 ans (+5 %)	28,25
50 à 59 ans (+5 %)	34,68
60 ans et plus (+5 %)	62,54
• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)	
à 49 ans (+10 %) (2)	29,59
50 à 59 ans (+10 %)	36,32
60 ans et plus (+10 %)	65,48
• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)	
55 à 59 ans (+50 %)	49,43
60 ans et plus (+50 %)	89,23
• Après le 01/01/1994, entre 60 et 64 ans (1)	
à 59 ans (+70 %) (2)	55,99
60 ans et plus (+70%)	100,07

(1) A la date de début de l'affiliation.

(2) Âge au 1er janvier de l'année d'affiliation

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2026

Tranches d'âge	 Garantie Maladies graves
Affiliés à la Garantie Maladies Graves*	
moins de 18 ans	0,34
de 18 à 24 ans	0,43
de 25 à 49 ans	1,16
de 50 à 59 ans	1,43
60 ans et plus	2,60

*Il n'y a aucune majoration de la prime de la Garantie « Maladies graves ».

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge

Tranches d'âge au 1/01/2026 % Taxes incluses	 Hospitalia Ambulatoire
Affiliés au produit Hospitalia Ambulatoire :	
Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1)	
moins de 18 ans	10,41
de 18 à 24 ans	10,71
de 25 à 49 ans	21,98
de 50 à 59 ans	31,67
60 ans et plus	49,81
Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans (1)	
46 à 49 ans (+ 5 %)	23,07
50 à 59 ans (+ 5 %)	33,25
60 ans et plus (+ 5 %)	52,30
Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans (1)	
A 49 ans (+ 10 %) (2)	24,18
50 à 59 ans (+ 10 %)	34,83
60 ans et plus (+ 10 %)	54,79
Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans (1)	
55 à 59 ans (+ 50 %)	47,50
60 ans et plus (+ 50 %)	74,72
Après le 01/01/1994, à l'âge de 60 ans ou plus (1)	
A 59 ans (+ 70 %) (2)	53,84
60 ans et plus (+70%)	84,68

(1) A la date de début de l'affiliation.

(2) Age au 1er janvier de l'année d'affiliation

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge d'affiliation au 01/01/2026

Tranches d'âge au 01/01 de l'année d'affiliation	 Hospitalia Continuité
De 0 à 17 ans	3,31
De 18 à 24 ans	4,09
De 25 à 29 ans	5,22
De 30 à 34 ans	6,21
De 35 à 39 ans	7,14
De 40 à 45 ans	7,89
De 46 à 49 ans	8,87
De 50 à 54 ans	9,94
De 55 à 59 ans	18,88
De 60 à 64 ans	25,61

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises

Tranches d'âge au 01/01/2026	 Forfait H
Moins de 18 ans	0,55
De 18 à 24 ans	0,95
De 25 à 49 ans	1,76
De 50 à 59 ans	2,50
60 ans et plus	5,92
• Cotisations majorées, à la date d'affiliation entre 46 et 49 ans	
De 46 à 49 ans (+ 5 %)	1,85
De 50 à 59 ans (+ 5 %)	2,63
60 ans et plus (+ 5 %)	6,22
• Cotisations majorées, à la date d'affiliation entre 50 et 54 ans	
A 49 ans (+ 10 %) (1)	1,94
De 50 à 59 ans (+ 10 %)	2,75
60 ans et plus (+ 10 %)	6,51
• Cotisations majorées, à la date d'affiliation entre 55 et 59 ans	
De 55 à 59 ans (+ 50 %)	3,75
60 ans et plus (+ 50 %)	8,88
• Cotisations majorées, à la date d'affiliation à 60 ans et plus	
A 59 ans (+ 70 %) (1)	4,25
60 ans et plus (+ 70 %)	10,06

(1) Age au 1^{er} janvier de l'année d'affiliation

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge à 01/01/2026



Tranches d'âge au 01/01/2026

• **Avant le 01/01/2011 ou affiliés, après cette date, à l'âge de moins de 40 ans (1)**

De 0 à 3 ans	0,00
De 4 à 6 ans	4,56
De 7 à 17 ans	8,88
De 18 à 29 ans	10,15
De 30 à 44 ans	13,82
De 45 à 59 ans	19,45
A partir de 60 ans	20,80

• **Après le 01/01/2011, âgés entre 40 et 44 ans (1)**

De 40 à 44 ans	18,63
De 45 à 59 ans	26,26
À partir de 60 ans	28,07

• **Après le 01/01/2011, âgés entre 45 et 59 ans (1)**

A 44 ans (2)	20,72
De 45 à 59 ans	29,18
A partir de 60 ans	31,20

• **Après le 01/01/2011, âgés entre 60 et 64 ans (1)**

A 59 ans (2)	33,07
A partir de 60 ans	35,36

(1) A la date de début d'affiliation

(2) Age au 1er janvier de l'année d'affiliation

Montants mensuels en euros au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge à 01/01/2026

Tranches d'âge au 01/01/2026		
• A l'âge de moins de 40 ans (1)		
De 0 à 3 ans		0,00
De 4 à 6 ans		4,11
De 7 à 19 ans		7,98
De 20 à 34 ans		9,12
De 35 à 44 ans		12,43
De 45 à 49 ans		17,49
De 50 à 64 ans		17,49
A partir de 65 ans		18,69
• Entre 40 et 44 ans (1)		
De 35 à 44 ans		16,78
De 45 à 49 ans		23,60
De 50 à 64 ans		23,60
À partir de 65 ans		25,24
• Entre 45 et 59 ans (1)		
A 44 ans (2)		18,64
De 45 à 49 ans		26,24
De 50 à 64 ans		26,24
A partir de 65 ans		28,05
• A l'âge de 60 ans et plus (1)		
De 50 à 64 ans		29,74
A partir de 65 ans		31,78

(1) A la date de début de l'affiliation.

(2) Âge au 1er janvier de l'année d'affiliation

Montants mensuels en € au 01/01/2026, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge



Tranches d'âge au 01/01/2026

De 0 à 6 ans	0,00
De 7 à 17 ans	19,16
De 18 à 29 ans	21,37
De 30 à 44 ans	22,09
De 45 à 59 ans	33,90
60 ans et plus	57,54

Indemnités journalières OZ 2026 – Montants annuels

Antwerps Ziekenfonds

	Prime annuelle	Taxe	Total
Série 1	17,88	1,68	19,56
Série 2	35,64	3,24	38,88
Série 3	53,52	4,92	58,44
Série 4	71,40	6,60	78,00
Série 5	89,28	8,28	97,56
Série 6	107,04	9,96	117,00

Help Elkander

	Prime annuelle	Taxe	Total
	14,88	1,32	16,20

Medische Ziekenkas

	Prime annuelle	Taxe	Total
Série W	129,36	12,00	141,36
Série X	208,20	19,20	227,40
Série Y	279,60	25,92	305,52
Série Z	309,36	28,56	337,92
Série I	401,64	37,20	438,84
Série J	452,16	41,88	494,04

Indemnités journalières Xerius 2026 – Montants annuels

Série	Prime annuelle	Taxe	Total
INDEPENDANTS			
40160	465,60	43,07	508,67
NA	339,00	31,36	370,36
NC	837,00	77,42	914,42
NX	1.185,00	109,61	1.294,61
TC	1.200,00	111,00	1.311,00

Montants mensuels en €, toutes taxes comprises, au 01/01/2026

Primes mensuelles 2026	Comfort	Comfort/Comfort +
1 titulaire sans personne à charge	3,71	6,03
Autres	5,99	8,69

Montants mensuels en €, toutes taxes comprises, au 01/01/2026

Primes mensuelles 2026	Income 2
< 40 ans	10,66
40-49 ans	12,37
> 49 ans	15,75

Annexe : Indemnisation des membres des instances

Par décision du 19 juin 2024, l'Assemblée Générale a décidé d'octroyer les indemnisations suivantes :

Les montants octroyés sont les suivants :

I. Membres de l'Assemblée Générale

Remboursement de frais

Pour les membres de l'Assemblée Générale (ainsi que les conseillers visés par l'arrêté royal du 7 juillet 2021), il sera octroyé une intervention financière liée à l'assistance effective en présentiel aux réunions de :

- 0,4170 €/km pour les frais de déplacement
- 18,20 € pour les frais de repas

Ces montants sont indexés annuellement au 1^{er} juillet sur la base des circulaires de l'administration fiscale et de l'AR du 18 janvier 1965 relatif aux frais de parcours.

Les personnes qui le souhaitent peuvent toujours renoncer à ces interventions.

Les interventions reprises ci-dessus ne peuvent être cumulées avec des interventions similaires octroyées pour la participation, la même journée, à une autre réunion d'instances de la SMA ou d'autres entités mutualistes affiliées à l'Union Nationale et qui se tient au même endroit. Pour des réunions se tenant à d'autres endroits que les réunions organisées au siège de la SMA, le cumul est possible.

Jetons de présence (à partir de l'Assemblée Générale du 19 juin 2024)

Un jeton de présence de 80€ brut sera attribué par réunion aux membres de l'Assemblée Générale.

Les montants des jetons de présence sont indexés annuellement au 1^{er} janvier sur la base de l'indice santé.

Les jetons de présence ne sont octroyés qu'en cas de participation effective aux réunions.

En cas de réunions tenues à distance, l'octroi d'un jeton de présence est prévu mais il n'est pas possible de recevoir une indemnité pour frais de déplacement ou de repas.

Le nombre maximum de réunions indemnisables est de 4 séances par an.

II. Membres du Conseil d'Administration

Remboursement de frais pour la participation aux réunions du Conseil d'Administration

Montants octroyés

Pour les membres du Conseil d'Administration (ainsi que les conseillers visés par l'arrêté royal du 7 juillet 2021), il sera octroyé une intervention financière liée à l'assistance effective en présentiel aux réunions de :

- 0,4170€/km pour les frais de déplacement
- 18,20 € pour les frais de repas

Ces montants sont indexés annuellement au 1^{er} juillet sur la base des circulaires de l'administration fiscale et de l'AR du 18 janvier 1965 relatif aux frais de parcours.

Les interventions reprises ci-dessus ne peuvent être cumulées avec des interventions similaires octroyées pour la participation, la même journée, à une autre réunion d'instances de la SMA ou d'autres

entités mutualistes affiliées à l'Union Nationale et qui se tient au même endroit. Pour des réunions se tenant à d'autres endroits que les réunions organisées au siège de la SMA, le cumul est possible.

Il sera également octroyé une intervention financière mensuelle de € 40 pour couverture des frais liés à l'utilisation de gsm, d' internet et de PC (ou tablette). Cette intervention ne peut être cumulée avec une intervention pour l'utilisation de gsm et/ou d'internet et/ou de PC (ou tablette) octroyée à la même personne par une autre entité . Une déclaration sur l'honneur devra être signée par l'administrateur dans laquelle il devra communiquer s'il bénéficie déjà ou non d'une indemnité similaire auprès d'une autre entité. Si tel est le cas le forfait sera supprimé ou réduit en fonction du montant déjà octroyé par l'autre entité. Dans tous les cas, l'intervention totale octroyée pour l'utilisation de gsm, d'internet et de PC (ou tablette) ne pourra être supérieure au montant prévu par les statuts, en tenant également compte des montants maximaux acceptés par l'ONSS. L'administrateur s'engage à communiquer tout changement qui interviendrait, en cours de mandat, dans sa situation en la matière.

Ces interventions ne peuvent être octroyées à une personne liée par un contrat de travail avec la SMA, l'Union Nationale des Mutualités Libres et les entités mutualistes affiliées auprès de cette dernière.

Les personnes qui le souhaitent peuvent toujours renoncer totalement ou partiellement à ces interventions.

Indemnisations des membres du Conseil d'Administration

Les principes suivants seront d'application.

- Président de la SMA : octroi d'une rémunération forfaitaire annuelle en tant qu'administrateur indépendant de 23.000€ brut.
- Président du Comité d'Audit : octroi d'une rémunération forfaitaire annuelle en tant qu'administrateur indépendant de 17.500€ brut.
- Administrateurs non exécutifs (ainsi que les conseillers visés à l'arrêté royal du 7 juillet 2021) : octroi d'un jeton de présence de 300 € brut par réunion à laquelle l'administrateur participe).
- Membres du Comité d'Audit et de Gestion des Risques : octroi, aux administrateurs indépendants, d'un jeton de présence de 750 € brut par réunion à laquelle l'administrateur participe en qualité d'administrateur indépendant.
- Membres du Comité de Placement : octroi d'un jeton de présence de 420 € brut par réunion à laquelle l'administrateur participe et ce, à partir de la date d'installation du nouveau Comité de Placement.
- Administrateurs exécutifs (rémunérés par la SMA, l'Union Nationale ou une mutualité) : pas d'indemnisation.

Le nombre maximum de réunions indemnisables est de 12 séances par an pour les personnes qui siègent uniquement au Conseil d'Administration et de 24 séances par an pour les personnes qui siègent à la fois au Conseil d'Administration et dans un ou plusieurs comités visés par l'article 23§2 de la loi du 6 août 1990, qui sont repris dans les présents statuts et pour lesquels une indemnisation est prévue.

Les montants des jetons de présence sont indexés annuellement au 1^{er} janvier sur la base de l'indice santé.

Les jetons de présence ne sont octroyés qu'en cas de participation effective aux réunions.

En cas de réunions tenues à distance, l'octroi d'un jeton de présence est prévu mais il n'est pas possible de recevoir une indemnité pour frais de déplacement ou de repas.

Les nouvelles indemnisations seront d'application à partir du 8 avril 2023.