



Ziekenfonds: "Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen", nr. 401
Lange Nieuwstraat 109
2000 Antwerpen

Statuten

Gecoördineerde versie van kracht op 1 juli 2017

De laatste wijzigingen aan deze coördineerde versie van de statuten werden:

- Op 21/06/2017 beslist door de algemene vergadering van het ziekenfonds;
- Op 14/09/2017 goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Het ziekenfonds is aangesloten

- bij de Landsbond van Liberale Mutualiteiten, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website ervan met het volgende adres: <http://www.lm.be>
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand "Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten", waarvan de statuten beschikbaar zijn de website van het ziekenfonds met het volgende adres: <http://www.lm.be>

Ziekenfonds : **401**

“LIBERALE MUTUALITEIT PROVINCIE ANTWERPEN”

Gevestigd te : **ANTWERPEN**

Erkend bij : Koninklijk Besluit van 19 JULI 1927
(Belgisch staatsblad van 26 augustus 1927)

S T A T U T E N

Gelet op de wet van 26 april 2010 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten;

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14/7/1994;

Na beraadslaging heeft de algemene vergadering, samengekomen op 29 november 1991, 17 juni 1992, 16 juli 1993, 27 juli 1994, 15 juni 1995, 7 augustus 1996, 29 april 1997, 12 juni 1997, 22 januari 1998, 5 mei 1998, 9 december 1998, 17 november 1999, 22 november 2000, 06 december 2000, 29 november 2001, 27 juni 2002, 12 december 2002, 27 november 2003, 25 maart 2004, 03 juni 2004, 14 december 2004, 09 juni 2005, 24 november 2005, 08 juni 2006, 25 oktober 2006, 14 juni 2007, 25 oktober 2007, 12 juni 2008, 27 november 2008, 04 juni 2009, 25 november 2009, 03 juni 2010, 15 december 2010, bijzondere 15 december 2010, 13 juli 2011, 23 november 2011, 21 december 2011, 13 juni 2012, 28 november 2012, 26 juni 2013, 4 december 2013, 25 juni 2014, 26 november 2014, 24 juni 2015, 25 november 2015, 22 juni 2016, 29 november 2016, 22 maart 2017, 21 juni 2017 beslist, met de bij de wet vereiste aanwezigheidsquorum en meerderheid van stemmen, om de statuten van het ziekenfonds als volgt vast te leggen :

HOOFDSTUK I

**STICHTING - BENAMING - DOELEINDEN -
MAATSCHAPPELIJKE
ZETEL EN OMSCHRIJVING VAN HET ZIEKENFONDS**

ARTIKEL 1.

- 1) Een mutualiteitsverbond is gesticht te Antwerpen op 4 oktober 1925 onder de benaming “Federatie der Vrijzinnige Mutualiteiten van de Provincie Antwerpen”. Bij Koninklijk Besluit van 6 juli 1967 werd de volgende benaming ‘Federatie van Vrijzinnige Mutualiteiten van de Provincie Antwerpen’ bekrachtigd.
- 2) Bij Koninklijk Besluit van 6 maart 1973, werd de volgende benaming bekrachtigd : “Federatie van Liberale Mutualiteiten van de Provincie Antwerpen.
- 3) Zijn huidige benaming luidt :”Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen”.
- 4) In zijn betrekking met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van volgende afkorting : LMPA

ARTIKEL 2.

De doeleinden van het ziekenfonds zijn :

- A. In het kader van artikel 3 a) en c) van de wet van 6 augustus 1990 : deelnemen aan de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering, waartoe haar de toelating werd gegeven door de landsbond waarbij ze is aangesloten en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand bij het vervullen van deze opdracht of van artikel 3 eerste lid, c) van de wet van 6 augustus 1990.

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

Bovendien omvat deze taak ook de begeleiding en de voorlichting ten aanzien van de leden en hun personen ten laste teneinde hen een kwaliteitsvolle medische hulpverlening en een vrije toegang tot deze kwaliteitshulpverlening te waarborgen. De uitvoering van al deze activiteiten en verrichtingen evenals de controle er op, gebeuren in het kader van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en hun uitvoeringsbesluiten uitgezonderd de activiteiten en verrichtingen

uitgevoerd in het kader van artikel 3, eerste lid, c) van de wet van 6 augustus 1990.

Het ziekenfonds waarborgt tevens de uitbetaling van de uitkeringen ingevolge primaire arbeidsongeschiktheid en van de invaliditeitsuitkeringen voor werknemers en zelfstandigen, de uitbetaling van de ouderschapsuitkeringen en van de uitkeringen voor begrafeniskosten. Met betrekking tot al deze activiteiten verzekert het ziekenfonds tevens de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand.

De uitvoering van al deze activiteiten en verrichtingen, evenals de controle er op, gebeuren in het kader van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten.

De uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering geschiedt onder de verantwoordelijkheid van de Landsbond. Het ziekenfonds gaat de verbintenis aan zich te houden aan de bepalingen van de wet, de statutaire bepalingen en de richtlijnen van de Landsbond.

De aansluiting bij de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen van een persoon, bedoeld in artikel 32 of artikel 86, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mag niet geweigerd worden voorzover:

1. Deze persoon zich ertoe verbindt om de statuten van dit ziekenfonds en zijn landsbond na te leven;
2. in het geval dat de aansluiting een individuele mutatie uitmaakt in de zin van artikel 255, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, dat deze mutatie niet in uitvoering van artikel 118, derde lid, van deze gecoördineerde wet geweigerd of ingetrokken wordt door de landsbond van het ziekenfonds waarvan deze persoon lid was op de datum, naargelang het geval, bedoeld in artikel 3ter, 1° of 2°, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

- B. In het kader van artikel 3 b) en 3 c) van dezelfde wet : gewijzigd door de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering : het toekennen van tussenkomsten, voordelen en uitkeringen aan hun leden en de personen te hunnen laste, en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met betrekking tot :

1. Aanvullende diensten (art. 46 en 47) = verrichtingen

Het organiseren van een dienst "Aanvullende diensten" verrichtingen hierna : verplicht toegankelijk voor alle leden.

Verrichtingen

- a) Een dienst logopedie = verrichting
- b) Een dienst voetverzorging = verrichting
- c) Een dienst verzorgingsmateriaal = verrichting
- d) Een dienst brillen en prothesen = verrichting

- e) Een dienst medische verstrekkingen = verrichting
- f) Een dienst herstel- en rustverblijf = verrichting
- g) Een dienst zorgverblijven = verrichting
- h) Een uitleendienst = verrichting
- i) Een dienst vervoer = verrichting
- j) Een dienst geboorte en adoptie = verrichting
- k) Een dienst Sociaal Fonds = verrichting
- l) Een dienst welzijn = verrichting

Verplicht toegankelijk voor alle leden.

2. Diensten die noch verrichtingen, noch verzekering zijn :

a) Een Dienst Maatschappelijk Werk - Classificatie 37/01

De aansluiting bij deze diensten heeft een verplicht karakter.

In overeenstemming met art. 67, eerste lid van de wet van 26 april 2010 worden de prestaties in het kader van de diensten en verrichtingen aangeboden volgens de beschikbare middelen.

b) Een Administratief Centrum : reserve administratiekosten verplichte verzekering – Classificatie 98/02

C. Het ziekenfonds heeft eveneens tot doel:

I. De leden en de personen te hunnen laste de statutaire voordelen te laten genieten verleend door de landsbond waarbij ze is aangesloten (art. 7§2 van de wet).

Aanvullende diensten: Verplicht toegankelijk voor alle leden.

Voorhuwelijkssparen: toegankelijk zie statuten Landsbond.

II. Deel te nemen aan de VMOB Hospitaal Plus, ingericht door de Landsbond. Facultatief toegankelijk voor alle leden volgens statuten VMOB Hospitaal Plus, als deelnemend ziekenfonds.

Deze VMOB is een maatschappij voor onderlinge bijstand die verzekeringsproducten aanbiedt.

Ons ziekenfonds is als verzekeringstussenpersoon opgenomen in het register van de controledienst.

ARTIKEL 3.

De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gevestigd te Antwerpen en haar werkingsgebied strekt zich uit over de gemeenten van de provincie Antwerpen en de aangrenzende gemeenten. Het ziekenfonds richt zich tot alle personen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben, alsmede tot :

- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, doch aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn; en ook in de verplichte verzekering aangesloten zijn
- de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven, voor zover ze onderworpen zijn aan Belgische verplichte verzekering, de grensarbeiders die aan de Belgische Sociale Zekerheid onderworpen zijn en ook in de verplichte verzekering aangesloten zijn

ARTIKEL 4.

Het ziekenfonds is aangesloten bij de “Landsbond van Liberale Mutualiteiten” waarvan de sociale zetel gevestigd is te Brussel.

HOOFDSTUK II

AANSLUITING, ONTSLAG EN UITSLUITEN VAN DE LEDEN

ARTIKEL 6.

Elk lid in de zin van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering die voor zichzelf en voor de personen te zijnen laste lid wenst te worden van het ziekenfonds wordt aanvaard, op voorwaarde dat hij geen deel uitmaakt van een ander ziekenfonds, noch voor de bij artikel 2 A van deze statuten, noch voor de bij artikel 2 B bedoelde activiteiten.

Op verbod van dubbel lidmaatschap is een uitzondering mogelijk, evenwel beperkt tot:

De personen die ingeschreven zijn bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of bij de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail of de ambtenaren van de Europese Unie die wat de verplichte verzekering betreft vallen onder een stelsel voor hen ingericht door deze Unie, en die de bijdragen betalen om van de “aanvullende diensten” te kunnen genieten

De aanvaarding als lid is definitief vanaf de eerste dag van de maand waarin de storting van de bijdrage werd gedaan. De aanvaarding als lid opent het recht op de bij deze statuten in artikel 2 B voorziene voordelen, voor zover aan de bij deze diensten vermelde bijzondere aansluitingsvoorwaarden voldaan wordt.

ARTIKEL 7.

De leden die hun bijdragen voor de diensten en verrichtingen met betrekking tot een – niet noodzakelijk opeenvolgende periode van 24 maanden niet hebben betaald, worden uitgesloten van de diensten en verrichtingen, nadat aan hen uiterlijk in de loop van de maand die volgt op deze 24e maand een aangetekend schrijven is verstuurd dat hen aanmaant de verschuldigde bijdragen te betalen en hen inlicht over hun uitsluiting op het einde van het trimester dat volgt op de – al dan niet opeenvolgende – 24^e maand van niet betaling van de bijdragen.

Voor een lid dat voor de aangeboden diensten en verrichtingen uitgesloten wordt, vervalt de mogelijkheid om van de voordelen te genieten vanaf de eerste dag van de eerste maand waarvoor de bijdragen niet werden betaald.

Indien een persoon na 24 maanden zijn bijdragen zou betalen, wordt hij toch uitgesloten, maar kan hij in functie van de beschikbare middelen, genieten van de voordelen voor gebeurtenissen die gebeurd zijn tijdens de periode voor dewelke de bijdragen betaald zijn en voor zover de vordering tot het bekomen van deze voordelen nog niet verjaard is.

ARTIKEL 8.

Een lid kan uit eigen beweging een einde stellen enkel aan zijn aansluiting voor de in artikel 2 B bedoelde diensten, en verrichtingen indien hij voor de verplichte verzekering niet is aangesloten bij het ziekenfonds.

HOOFDSTUK III CATEGORIEËN VAN LEDEN

ARTIKEL 9.

In dit artikel verstaat men onder :

”aanvullende diensten” : de prestaties en diensten ingericht door het ziekenfonds of de landsbond voor zover het diensten van de Landsbond betreft waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Om te genieten van de voordelen toegekend door de bij de onderhavige statuten georganiseerde diensten, behoren de leden tot één van de hierna volgende categorieën :

Categorie :

- a. De personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen krachtens artikel 32 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en die verplichte bijdragen betalen om van de « aanvullende diensten » te kunnen genieten.
- b. De grensarbeiders voor zover zij onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid en ook in de verplichte verzekering aangesloten zijn en Belgische Militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven voor zover ze onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid en ook aangesloten zijn in de verplichte verzekering.
- c. De personen die :
 - aangesloten zijn voor de verplichte verzekering bij de Hulp- en verzorgingskas voor Zeevarenden.
 - aangesloten zijn voor de verplichte verzekering bij de Rijksdienst voor Sociale zekerheid (RSZ)/Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid. (vanaf 1/1/2017)
 - ambtenaar zijn van internationale instellingen (Shape, Navo,...) die voor de verplichte verzekering afhangen van een stelsel dat voor hen opgericht is.
 - niet meer aan de verplichte verzekering onderworpen zijn ingevolge een opdracht in het buitenland voor de Belgische regering en die verplichte bijdragen betalen om van de « aanvullende diensten » te kunnen genieten.

HOOFDSTUK IV

ORGANEN VAN HET ZIEKENFONDS

DE ALGEMENE VERGADERING

ARTIKEL 10.

De Algemene Vergadering is samengesteld uit 1 vertegenwoordiger per 500 leden bedoeld in artikel 2 § 3, eerste lid van de wet van 6 augustus 1990, zoals aangepast door artikel 54 van de wet van 20 juli 1991.

Er wordt 1 vertegenwoordiger toegekend per volledige schijf van 500 leden.

Deze vertegenwoordigers worden door de leden en de personen te hunnen laste, die stemgerechtigd zijn, verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Ieder verkozen lid heeft recht de algemene vergadering bij te wonen. Hij kan zich laten vertegenwoordigen door een afgevaardigde die een ander lid dient te zijn. Ieder lid kan slechts één enkel ander lid vertegenwoordigen. De volmachten moeten schriftelijk gegeven worden en neergelegd bij het secretariaat van de vergadering. Van toepassing vanaf 1/5/1997.

Kiesomschrijvingen

ARTIKEL 11.

Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering is er slechts 1 kiesomschrijving nl. de provincie Antwerpen:

Tot deze kiesomschrijving behoren de leden en de personen te hunnen laste die binnen deze omschrijving woonachtig zijn, de leden en de personen ten laste die woonachtig zijn buiten de provincie Antwerpen en tevens behoren tot deze kiesomschrijving. Onder deze personen zijn niet begrepen de personen die in het buitenland wonen (artikel 14 § 1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen voorziet immers dat slechts de personen die hun woonplaats in België hebben, kunnen deelnemen aan de verkiezing van de leden van de Algemene Vergadering van hun ziekenfonds). Zij nemen allen deel aan de verkiezingen.

ARTIKEL 12.

De leden en de personen te hunnen laste die stemgerechtigd zijn, verkiezen het aantal vertegenwoordigers dat in verhouding staat tot het ledenaantal per 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin deze aantallen moeten vastgesteld worden (artikel 6 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen).

De voorwaarden van de mandaten gebeurt overeenkomstig de quota's voorzien bij artikel 10 van deze statuten.

Voorwaarden van kiesrecht en verkiesbaarheid**ARTIKEL 13**

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

- a. moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid ervan hebben;
- b. moet men meerderjarig of ontvoogd zijn;
- c. wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds;
- d. wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de bijdragen van het ziekenfonds.

Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger voor de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste :

- a. stemgerechtigd zijn;
- b. van goed zedelijk gedrag zijn en niet ontzet zijn uit de burgerrechten;
- c. sedert tenminste 2 jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds voor de verkiezingsdatum;
- d. niet ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds of van de landsbond om andere reden dan : opruststelling, conventioneel brugpensioen of economische redenen.

Bovendien mogen de stemgerechtigden om verkiesbaar te zijn geen personeelslid zijn van het ziekenfonds of van de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Als personeelslid wordt aanzien :

1. het lid dat bezoldiging, onderworpen aan de R.S.Z., ontvangt van het ziekenfonds of van een vereniging waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord, zoals bepaald bij art. 13 van de wet van 6 augustus 1990, heeft afgesloten;
2. het lid dat tewerkgesteld is in een regeling van derde arbeidscircuit bij het ziekenfonds of een vereniging waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft gesloten;
3. de personen ten laste in gezinsverband van de personeelsleden en ontslagen personeelsleden.

Verkiezingsprocedure

ARTIKEL 14

Door middel van publicaties bestemd voor de leden van het ziekenfonds worden de leden en de personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoegd zijn, op de hoogte gebracht van :

1. de oproep tot de kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling;
2. de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen;
3. het aantal mandaten;
4. de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

De leden of personen ten laste die zich kandidaat willen stellen, beschikken over een termijn van vijftien kalenderdagen, vanaf het einde van de maand waarin de publicaties hun toegezonden worden.

ARTIKEL 15

De kandidatuurstelling gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds. De voorzitter, die vaststelt dat de kandidatuur niet aan de bij artikel 13 en 14 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mede, binnen een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.

De kandidaat die de weigering betwist, kan de zaak aanhangig maken bij de Controledienst, conform de bepalingen van het artikel 36 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991.

Er wordt één lijst opgemaakt van de kandidaten in alfabetische volgorde.

ARTIKEL 16

De verkiezingsperiode of datum, alsmede de lijst met de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, moet via de publicaties aan de stemgerechtigde personen worden meegedeeld binnen een maximumtermijn van negentig kalenderdagen, te rekenen vanaf de datum van oproep tot de kandidaten.

De kandidaten mogen geen persoonlijke campagne (propaganda) voeren. Zij hebben geen recht te beschikken over de lijst der stemgerechtigden.

De verkiezingen vangen aan ten laatste binnen de dertig dagen volgend op deze mededeling.

Kiesbureaus

ARTIKEL 17

De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen wordt toevertrouwd aan een kiesbureau gelegen te 2000 Antwerpen Lange Nieuwstraat 109 in het hoofdkantoor van het ziekenfonds, samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters. Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen voor de aanvang van de kiesverrichtingen.

De voorzitter en de bijzitters van het kiesbureau worden aangesteld door de Raad van Bestuur. De secretaris wordt aangewezen door de voorzitter uit de personeelsleden van het ziekenfonds. De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau.

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

Voor elk stembureau duidt de voorzitter van het kiesbureau bovendien een secretaris en een bijzitter aan, onder de personeelsleden van het ziekenfonds, ten einde toezicht uit te oefenen op de kiesverrichtingen bij de stembureaus en om de stembiljetten onverwijld aan het kiesbureau te overhandigen.

Opstelling van de kieslijsten

ARTIKEL 18

De kieslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau.

Ze vermelden de naam, voornamen, lidnummer en adres van iedere kiezer.

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

De stemming

ARTIKEL 19.

De stemming is vrij. De stemming gebeurt in één der stembureaus van het kiesgebied waartoe de kiezer behoort.

Stemming in één der stembureaus

De kiezer dient, via de publicaties, bestemd voor de aangeslotenen, ten minste 10 dagen voor de verkiezingsperiode in kennis te worden gesteld van de plaats van het stembureau waar en de dagen en uren waarop hij zijn stem kan uitbrengen.

In het stembureau noteert de door de voorzitter van het kiesbureau aangestelde secretaris (zie artikel 17) de identiteit van de kiezers die zich aandienen en gaat na of ze voorkomen op de kiezerslijsten.

De afgevaardigde van het stembureau (secretaris of bijzitter) bezorgt, na de sluiting van het stemlokaal, de uitgebrachte stemmen in een verzegelde stembus nog dezelfde dag aan de voorzitter van het kiesbureau.

Stemming per briefwisseling

Voor de leden en hun personen ten laste wonend in een gemeente waar er geen kiesbureau voorzien is, zendt de voorzitter van het kiesbureau de uitnodiging en het stembiljet toe aan de kiezer, dit tenminste 10 dagen voor de dag van de verkiezing.

De kiezers die in een gemeente wonen waar er een kiesbureau voorzien is kunnen eveneens per brief stemmen. In dit geval moeten zij zich tot de voorzitter van het stembureau richten teneinde een stembiljet te ontvangen en dit uiterlijk 15 dagen voor de dag van de verkiezing.

Er wordt voorzien dat indien de verkiezingen op algemene wijze per briefwisseling worden georganiseerd, elke kiezer automatisch een stembiljet ontvangt zonder dat hij voorafgaandelijk hiervoor een aanvraag moet indienen.

ARTIKEL 20.

De administratief directeur en de financieel directeur worden als commissaris aangeduid deel te nemen aan de handhaving der orde in de vergaderingen en zijn belast met het toezicht over de stemmingsverrichtingen.

ARTIKEL 21.

De kiezer mag niet meer dan één stem uitbrengen. De naamstem wordt uitgebracht in het vak achter de naam en voornaam van de kandidaat aan wie de kiezer zijn stem wil geven.

Telling van de stemmen.

ARTIKEL 22.

Binnen de zeven werkdagen na de verkiezingsperiode gaat het kiesbureau over tot de telling van de uitgebrachte stemmen.

De vertegenwoordigers worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat wordt het mandaat toegekend aan de oudste kandidaat.

Zijn ongeldig :

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten die een teken bevatten waardoor de kiezer zou geïdentificeerd kunnen worden;
- stembiljetten waarop nog andere aanduidingen dan de stem aangebracht zijn.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen, met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van controle van identiteit van de kiezers, van de uitslag van de stemming, van de kiesomschrijving.

Er worden geen verkiezingen gehouden omwille van de redenen vermeld in artikel 23 van deze statuten.

Vrijstelling van het organiseren

ARTIKEL 23.

Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of kleiner is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze automatisch verkozen (zie artikel 14 en 15 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.)

ARTIKEL 24.

De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden door middel van de publicaties bestemd voor de aangeslotenen van het ziekenfonds ingelicht over de uitslagen van de stemming, uiterlijk vijftien kalenderdagen na het afsluiten van de verkiezingsperiode.

De betrokken partij die de vernietiging of de wijziging van de stemming wenst, kan de zaak aanhangig maken bij de Controledienst conform de bepalingen van het artikel 36 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991.

ARTIKEL 25.

Een exemplaar van de brieven of publicaties gericht aan de leden moet terzelfder tijd worden opgestuurd naar zowel de Landsbond als de Controledienst.

Een exemplaar van het kiesreglement, alsmede de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen wordt meegedeeld aan de Landsbond en aan de Controledienst, binnen de dertig dagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

ARTIKEL 26.

De nieuwe Algemene Vergadering wordt geïnstalleerd binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

Ze kan maximum vijf raadgevers bij de Algemene Vergadering verkiezen, op voordracht van de Raad van Bestuur. Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

De directieleden van het ziekenfonds, nl. voorzitter, directeur administratie, directeur financiën en directeur personeel wonen de Algemene Vergadering bij met raadgevende stem.

Om deel uit te kunnen maken van de Algemene Vergadering met beslissende stem (stemrecht) moet men verkozen worden.

Een beroep bij de Controledienst schort de periode van dertig dagen op.

*De bevoegdheden van de Algemene Vergadering***ARTIKEL 27**

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

A. De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de volgende aangelegenheden :

1. de samenstelling en de verkiezing van de leden der Algemene Vergadering, conform de bepalingen in het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991;
2. de statutenwijziging;
3. de verkiezing en afzetting van de bestuursleden;
4. de goedkeuring van de begrotingen en jaarrekeningen;
5. de aanstelling van één of meer bedrijfsrevisoren;
6. de samenwerking met de publiek- of privaatrechtelijke rechtspersonen, bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990;
7. de fusie met een ander ziekenfonds;
8. de aansluiting bij een Landsbond;
9. de verkiezing van de vertegenwoordigers van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de Landsbond;
10. de zitpenningen en de verplaatsingskosten toegekend aan de leden van de Raad van Bestuur;
11. de mutatie naar een andere Landsbond;
12. de ontbinding van het ziekenfonds.

B. De Algemene Vergadering mag aan de Raad van Bestuur de bevoegdheid delegeren te beslissen over de aanpassingen van de bijdragen. De aanpassingen van de bijdragen bepaald door de Raad van Bestuur zijn onderhevig aan de toepassing van artikel 11 van de wet van 6 augustus 1990. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

- C. De Algemene Vergadering wordt door de bestuurders bijeengeroepen, in de gevallen bepaald door de wet van 6 augustus 1990 of in de statuten, alsook wanneer ten minste één vijfde van de leden van de Algemene Vergadering erom verzoekt. De bijeenroeping gebeurt bij individueel bericht of bij bericht in een publicatie verspreid onder alle leden van de Algemene Vergadering door het ziekenfonds. Dit bericht moet verstuurd of gepubliceerd worden uiterlijk twintig kalenderdagen voor de datum van de Algemene Vergadering en bevat tevens de agenda van de Algemene Vergadering.
- D. De Algemene Vergadering wordt ten minste één maal per jaar samengeroepen met het oog op de goedkeuring van de jaarrekening en de begroting. Elk lid van de Algemene Vergadering moet uiterlijk 8 kalenderdagen voor de datum van de Algemene Vergadering over documentatie beschikken, die de volgende gegevens bevat :
1. het activiteitenverslag van het afgelopen dienstjaar met overzicht van de werking van de verschillende diensten;
 2. de opbrengst van de ledenbijdragen en hun wijze van aanwending , opgesplitst over de verschillende diensten. Tevens dient vermeld of iedere statutaire dienst beschikt over de beschikbare middelen;
 3. het ontwerp van de jaarrekening, omvattende de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsmede het verslag van de revisor;
 4. het ontwerp van begroting voor het volgende dienstjaar zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten.
 5. het verslag over de uitvoering van de samenwerkingsakkoorden bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 en over de manier waarop de middelen die daartoe werden ingebracht door het ziekenfonds werden besteed.

Nadat de jaarrekeningen en de begroting zijn goedgekeurd door de Algemene Vergadering, maakt de Raad van Bestuur de jaarrekeningen en begroting over aan de Controledienst, binnen de door de Koning bepaalde termijnen.

Elk lid kan, op aanvraag, een synthese van de opbrengst van de ledenbijdragen en hun wijze van aanwending, opgesplitst over de verschillende diensten en activiteiten, bekomen.

Elk lid kan drie kalenderdagen voor de Algemene Vergadering repliceren op de aan hem of haar gezonden stukken.

Alle leden van de Algemene Vergadering en Raad van Bestuur, stemgerechtigd of niet, vallen onder de wetgeving betreffende de geheimhouding van strikt persoonlijke gegevens welke zij in het bezit zouden krijgen van de leden van het ziekenfonds. Ontvangen documenten van het ziekenfonds mogen niet gekopieerd worden of aan derden worden gegeven. Bij een dergelijke inbreuk volgt het onmiddellijk ontslag als raadslid van zowel Algemene Vergadering als van de Raad van Bestuur.

- E. 1. a) De beslissingen van de Algemene Vergadering worden geldig genomen indien minstens de helft van de aanwezige of vertegenwoordigde leden

aanwezig zijn en bij eenvoudige meerderheid van uitgebrachte stemmen, behalve in de gevallen wanneer de wet of deze statuten het anders bepalen.

b) Een lid kan een volmacht geven aan een ander lid met dien verstande dat een lid niet kan beschikken over meer dan één volmacht. De volmacht zal steeds over alle punten van de dagorde gaan.

2. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet is bereikt, wordt een tweede Algemene Vergadering samengeroepen binnen de vijftien kalenderdagen die geldig beraadslaagt, welke ook het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden zijn en met hetzelfde voorwerp van beraadslaging.
3. Elk lid beschikt over één stem.
4. De leden zijn niet stemgerechtigd voor de agendapunten die betrekking hebben op diensten en activiteiten waaraan zij, met hun lidmaatschap, niet deelnemen.
5. Bij staking van stemmen is het voorstel verworpen.
6. Voor de Algemene Vergadering worden geen bezoldigingen toegekend.

Verkiezing van vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering van de Landsbond

ARTIKEL 28.

De afvaardiging van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de Landsbond bedraagt 1 afgevaardigde per schijf van 7.500 leden, met een minimum van 2 en maximum van 20.

ARTIKEL 29.

De afgevaardigden voor de Algemene Vergadering van de Landsbond worden voorgedragen door de Raad van Bestuur en worden verkozen door de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 30.

De vertegenwoordigers van de leden en van de personen ten laste voor de Algemene Vergadering van de ziekenfondsen die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de Landsbond, moeten zich per aangetekende brief aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds kandidaat stellen, vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering die de stemming zal uitvoeren.

De voorzitter stelt de volgorde vast waarop de kandidaten voorkomen op de lijst aan de hand van de door hem geldig ontvangen kandidaturen. Tevens wordt er gestreefd naar 2 kandidaten per gewest voor de samenstelling der eerste zes plaatsen.

ARTIKEL 31.

De stemming is geheim. Elk lid van de Algemene Vergadering heeft één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat wordt dit mandaat toegekend aan de oudste kandidaat.

RAAD VAN BESTUUR**ARTIKEL 32.**

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit maximum 16 leden. Niet meer dan 80% van de leden mogen van hetzelfde geslacht zijn, en niet meer dan één vierde bezoldigd door het ziekenfonds of de Landsbond.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men meerderjarig en van goed zedelijk gedrag zijn.

Het ambt van bestuurder is onbezoldigd, presentiegelden of terugbetaling van gemaakte onkosten kunnen eventueel voorzien worden.

Het bedrag van deze presentiegelden wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 33.

Om deel uit te kunnen maken van de Raad van Bestuur met beslissende stem (stemrecht) moet men verkozen worden.

De Raad van Bestuur wordt verkozen door de leden van de Algemene Vergadering voor een periode van zes jaar.

Kandidaturen worden bij aangetekend schrijven gericht aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. De voorzitter stelt de volgorde vast waarin de kandidaten voorkomen op de lijst, aan de hand van de door hem geldig ontvangen kandidaturen.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats. Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem. De kandidaten die het grootst aantal stemmen behalen zijn verkozen.

Als het aantal kandidaten gelijk is aan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen. De Raad van Bestuur kan maximum vijf raadgevers verkiezen. Zij hebben een raadgevende stem.

De directieleden van het ziekenfonds, nl., directeur administratie, de directeur personeel en de directeur financiën wonen de Raad van Bestuur met raadgevende stem bij.

ARTIKEL 34.

De vervanging van overleden of ontslagnemende beheerders vindt plaats op de volgende Algemene Vergadering. De op deze wijze verkozen beheerder beëindigt het mandaat van de beheerder die hij vervangt.

Het ontslag of de uitsluiting uit het ziekenfonds, of het verlies van de hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds voor gevolg.

Een bestuurder die drie opeenvolgende keren afwezig is zonder verontschuldiging, wordt beschouwd als ontslagnemend.

De vernieuwing van de Raad van Bestuur gebeurt om de zes jaar, in zijn geheelheid.

De Algemene Vergadering kan beslissen tot afzetting van een bestuurder volgens de procedure voorzien bij artikel 19 § 2 van de wet 6 augustus 1990 indien :

- de bestuurder inbreuk pleegt op de wet tot instelling van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering van 9 augustus 1963 of haar uitvoeringsbesluiten;
- de bestuurder inbreuk pleegt op de wet betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van 6 augustus 1990 of haar uitvoeringsbesluiten;
- de bestuurder een al dan niet voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane criminele of correctionele veroordeling heeft opgelopen;
- de bestuurder daden verricht die nadeel kunnen hebben aan de belangen van het ziekenfonds of de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de bestuurder weigert zich te voegen naar de statuten en de reglementen van het ziekenfonds of de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen indien minstens de helft van de leden aanwezig zijn en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

ARTIKEL 35.

De Raad van bestuur is belast met het dagelijks bestuur en met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, daden van dagelijks bestuur of een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan de voorzitter of aan één of meer bestuurders aangeduid door de Raad van Bestuur uit zijn midden. Deze delegatie wordt eveneens bijgestaan door de directieleden voorzien in art. 33.

De Raad van Bestuur vergadert minstens twee maal per jaar, één maal in de loop van de eerste semester en één maal in de loop van de tweede semester, en telkenmale de voorzitter hem samenroept.

Indien op vraag en bij aangetekend schrijven van de gewone meerderheid de voorzitter verzocht wordt de Raad van Bestuur samen te roepen moet hij daar binnen de 30 dagen gevolg aan geven met vermelding van de gevraagde agendering.

De leden van de Raad van Bestuur nemen geen deel aan de beraadslagingen over aangelegenheden die henzelf of hun familieleden tot en met de vierde graad rechtstreeks aanbelangen.

De aansprakelijkheid van de bestuurders is beperkt tot het vervullen van de hun gegeven opdracht en tot de door hen begane beroepsfouten.

De leden van de Raad van Bestuur hebben geen plaatsvervangers.

ARTIKEL 36.

De Raad van Bestuur kiest in zijn midden één voorzitter en één ondervoorzitter.

De ziekenfondssecretaris, benoemd op eensluidend advies van de Landsbond, neemt de functies waar van secretaris schatbewaarder van de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering. Dit ambt kan gesplitst worden in een secretaris met als titel administratief directeur en een schatbewaarder met als titel financieel directeur.

ARTIKEL 37.

De voorzitter is belast met de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur; hij waakt over de uitvoering van de statuten en van de bijzondere reglementen; hij vertegenwoordigt het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de Openbare Besturen; hij treedt op namens het ziekenfonds als eiser of als verweerder in alle rechtszaken.

De leden van de Raad van Bestuur wijzen de persoon aan die de mutualistische entiteit in gerechtelijke en buitengerechtelijke akten vertegenwoordigt.

De voorzitter heeft een controlerende functie op alle diensten. De briefwisseling en de betalingsmandaten worden ondertekend door de voorzitter ofwel de administratief directeur ofwel de financieel directeur ofwel de directeur personeel.

De voorzitter heeft het recht de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering uitzonderlijk bijeen te roepen.

De voorzitter heeft een secretariaat ter zijne beschikking waarvan de administratief directeur de leiding heeft bij diens afwezigheid.

ARTIKEL 38.

De administratief directeur verricht al het nodige schrijfwerk, hij tekent de briefwisseling, hij stelt de processen-verbaal op van de vergaderingen en ondertekent mede de betalingsmandaten. Hij is belast met de bewaring van het archief.

Hij is verantwoordelijk, ten aanzien van de voorzitter en Raad van Bestuur, voor de goede gang van zaken in de diensten en is hoofd van de dienst informatica.

ARTIKEL 39.

De financieel directeur is verantwoordelijk tegenover de Raad van Bestuur voor al de geldverhandelingen van het ziekenfonds, het bijhouden van de boeken die door de

reglementering zijn voorgeschreven, het opmaken van de statistieken, alsmede van de financiële toestand.

Op iedere Algemene Vergadering brengt hij namens de Raad van Bestuur verslag uit over de financiële toestand nadat dit verslag besproken is in de directieraad.

ARTIKEL 40.

De personeelsdirecteur is verantwoordelijk voor de aanneming en ontslag van personeel en de werking van de loondienst. Voor de betrekking van de hoofdverantwoordelijken namelijk administratief directeur, financieel directeur of de directeur personeel beslissen de leden van de Raad van bestuur mits goedkeuring door de Landsbond zowel voor de indiensttreding als het ontslag.

De directeur personeel brengt verslag uit over het verloop van het personeel bij iedere vergadering van het directiecomité.

De directeur personeel is eveneens verantwoordelijk voor de organisatie van de werking in de kantoren.

HOOFDSTUK V

DE DIENSTEN VAN HET ZIEKENFONDS GEWAARBORGDE VOORDELEN, BIJZONDERE AANSLUITINGSVOORWAARDEN BIJDRAGEN

ARTIKEL 41.

Nihil

ARTIKEL 42.

Nihil

ARTIKEL 43.

Nihil

ARTIKEL 44 .

Vanaf 1/1/2011 wordt de wachttijd volledig afgeschaft.

Dit geldt ook voor de leden die aangesloten waren voor die datum en waarvan de wachttijd op die datum nog niet volledig doorlopen was.

De persoon ten laste die recht heeft op de prestaties van de diensten van de aanvullende diensten van onderhavige statuten en die verplicht verzekerde wordt, krijgt onmiddellijk recht op deze diensten op voorwaarde dat een eerste maandelijks bijdrage wordt betaald binnen de drie maanden volgend op de dag waarop het inschrijvingsformulier als gerechtigde ondertekend werd.

ARTIKEL 45.

Nihil

AANVULLENDE DIENSTEN

ARTIKEL 46.

Deze diensten zijn verplicht toegankelijk voor alle leden.

Voor elk mutualistisch gezin dient een bijdrage te worden betaald. Een mutualistisch gezin is samengesteld uit een gerechtigde op geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 2,k), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alsook de personen te zijnen laste die het recht op de voordelen van de verrichtingen bedoeld in artikel 1 uit hoofde van deze gerechtigde verkrijgen.

De verjaringstermijn inzake aanvullende diensten is vastgesteld overeenkomstig artikel 48bis van de wet 6/08/1990, zoals gewijzigd door artikel 18 van de wet van 26.4.2010.

- een termijn van twee jaar:

- voor de vordering tot betaling van financiële tussenkomsten en uitkeringen nadat zich de gebeurtenis heeft voorgedaan die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel.
- voor de vordering tot betaling van de sommen die voormelde tussenkomsten tot een hoger bedrag zouden opvoeren na het einde van de maand waarin de betaling gedaan is.
- voor de vordering van de schuldeisers tegen de vereffenaars van het ontbonden ziekenfonds na de bekendmaking van de afsluiting van de vereffening in het Belgisch Staatsblad.
- voor de terugbetaling van ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

- een termijn van vijf jaar:

- wanneer het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg is van bedrog na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.
- voor de vordering tot betaling van bijdragen en huurgelden uitleendienst na het einde van de maand waarop de niet betaalde bijdragen betrekking hebben.
- voor de terugbetaling van ten onrechte betaalde bijdragen vanaf de dag van de betaling van de onverschuldigde bijdrage.

Als personen ten laste worden beschouwd deze die voldoen aan de voorwaarden voorzien in het kader der verplichte verzekering, alsook de echtgenoot, echtgenote of samenwonende en kinderen die zijn vrijgesteld van bijdragebetaling.

De vordering tot betaling van de prestaties in het kader van de verplichte verzekering verjaart overeenkomstig de gecoördineerde wet van 14-07-94.

In geval van betwisting van deze uitspraak kan men zich wenden tot de Arbeidsrechtbank.

BETALING BIJDAGEN

De bijdragen voor de diensten bedoeld in artikel 47 zijn verschuldigd per maand. De aansluiting bij de diensten bedoeld in artikel 47 kan ten vroegste aanvagen :

- 1) a) Voor de persoon die voor de dienst bedoeld in artikel 47 bij een ziekenfonds aangesloten was in de hoedanigheid van persoon ten laste en die zich als gerechtigde inschrijft bij ons ziekenfonds, op de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aansluitingsaanvraag.
b) Voor een persoon die voor de aanvullende diensten bij een ander ziekenfonds aangesloten was in de hoedanigheid van gerechtigde en die als persoon ten laste ingeschreven wordt bij het ziekenfonds, op de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag om inschrijving.
- 2) In geval van een aansluiting die niet bedoeld wordt door 1), bij ons ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het kwartaal van inwerkingtreding van deze aansluiting.
- 3) Bijdragenaanpassingen die het gevolg zijn van wijzigingen in het mutualistisch gezin gebeuren vanaf de 1^{ste} dag van het kwartaal volgend op de ontvangst van de aanpassing.

Indien een persoon voor een dienst bedoeld in artikel 47, bijdragen heeft betaald die een periode betreffen waarin hij niet meer aangesloten is bij deze dienst, dient het ziekenfonds de niet verschuldigde bijdragen terug te betalen binnen de drie maanden na het einde van de aansluiting.

VRIJSTELLING BIJDAGEN :

Het bedrag van de bijdrage voor de diensten en verrichtingen is vastgesteld op 0 euro voor :

- het kind, tot 21 jaar, dat ingeschreven is als gerechtigde en een verhoogde kinderbijslag geniet omwille van een fysieke of mentale handicap van ten minste 66 %.
- de gepensioneerden, weduwnaars en weduwen die een pensioenrecht genieten van minder dan 1/3de loopbaan en ingeschreven zijn als gerechtigden zonder betaling van de minste bijzondere persoonlijke bijdrage, op voorwaarde dat zij als personen bedoeld door artikel 37, §§ 1, 2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

DIENST AANVULLENDE DIENSTEN

ARTIKEL 47.

1. Verrichtingen

A. Dienst Logopedie – verrichting Classificatie 15/1

Wanneer een logopedische behandeling niet vergoedbaar is, krachtens de normen van het R.I.Z.I.V. kan door het ziekenfonds een tussenkomst gegeven worden van € 9 per zitting en € 11 voor het bilan, indien aan volgende voorwaarden voldaan is :

1. De aanvraag wordt ingediend bij het ziekenfonds, aan de hand van de documenten welke ook vereist worden volgens de reglementering van het R.I.Z.I.V.
2. De raadsgeneesheer geeft gunstig advies inzake de noodzakelijkheid der behandeling en bepaalt de duur en de frequentie ervan.
3. Een eerste aanvraag moet worden ingediend binnen de dertig dagen na het opstarten van de therapie. Een aanvraag om verlenging moet worden ingediend vóór het verlopen van de reeds toegestane periode. In geval van laattijdigheid kan de tussenkomst maar worden toegekend vanaf de ontvangstdatum van het dossier.
4. Het bilan moet apart worden voorgeschreven, en kan enkel worden vergoed wanneer het gevolgd wordt door een logopedische behandeling die vergoedbaar is via onze aanvullende diensten. Het voorschrift moet de uitvoering van het bilan voorafgaan.
5. De tussenkomst kan nooit worden verleend wanneer de rechthebbende :
 - a) bijzonder onderwijs van type 8 volgt;
 - b) gehuisvest is in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut;
 - c) ter verpleging is opgenomen in een dienst die erkend is onder één van de kenletters V, G, T, A, O, F of K;
 - d) wordt gerevalideerd in een inrichting die met het R.I.Z.I.V. een overeenkomst heeft gesloten die met name de behandeling door een logopediste dekt.
 - e) wanneer de behandeling wordt gestart omwille van: stoornissen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen of andere geestelijke toestanden, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek, van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een veeltalige opvoeding
 - f) wanneer de tegemoetkoming volgens de RIZIV- normen geweigerd werd, omdat de aanvraag te laat werd ingediend, of niet voldaan werd aan de vereiste inzake de samenstelling van het aanvraagdossier.
6. De tussenkomst bedraagt maximum 50 zittingen per 6 maanden en kan nooit meer dan 24 maanden bedragen.

B. Dienst Voetverzorging. – verrichting Classificatie 15/2

Pedicure:

Een tussenkomst van 5,00 € per zitting pedicure of 6,25 € per zitting podologie met een maximum van 8 zittingen per kalenderjaar kan toegestaan worden mits :

- Zich laten verzorgen door een pedicure of podoloog.

- Esthetische pedicure geeft geen aanleiding tot tussenkomst.

C. Dienst Verzorgingsmateriaal – verrichting Classificatie 15/3

a) Glucosemeter:

Op voorschrift van de arts wordt of een glucosemeter gratis ter hand gesteld of kan een eenmalige tussenkomst van maximum 25 euro bekomen worden voor niet insuline en insuline afhankelijke diabetici, die geen gebruik maken van de RIZIV diabetes conventie, zorgtraject voor diabetici of voortraject diabetes.

Op het voorschrift van de arts dient vermeld of het lid:

- maandelijks/wekelijks/dagelijks controle nodig heeft
- zelf/niet zelf de controle uitvoert
- niet insuline dependent/insuline dependent is

b) Sondagemateriaal :

Een tussenkomst van 50% van de opleg met een maximum van 125,00 € per kalenderjaar.

c) Steunkousen vanaf 01/07/2005

Bij aankoop van steunkousen ingevolge aderspatten wordt een tegemoetkoming van 50 % op de aankoopprijs verleend met een maximum van 40 euro per kalenderjaar. Een medisch attest moet steeds bij de aankoopfactuur worden gevoegd.

d) Bloedstollingsmiddelen :

1. Bloedstollingsmeter

Leden die langdurig antistollingsmiddelen moeten gebruiken en kiezen voor zelfcontrole of zelfmanagement door middel van een bloedstollingmeter krijgen bij aankoop of huur van dergelijke meter een eenmalige tegemoetkoming van 50 % op de kostprijs met een maximum van 125 euro.

Voorwaarden:

- op voorlegging van een originele factuur
- op voorschrift van een arts

2. Strips voor bloedstollingmeter

Leden die langdurig antistollingsmiddelen moeten gebruiken en kiezen voor zelfcontrole of zelfmanagement door middel van een bloedstollingmeter kunnen een tussenkomst van max. 125 euro per kalenderjaar voor strips bekomen mits voorlegging van een doktersvoorschrift, waaruit blijkt dat deze persoon bloedstollingproblemen heeft.

e) Podologische zolen

Leden die worden doorverwezen naar een podoloog voor een ganganalyse en het maken van zolen krijgen bij aankoop van podologische zolen een tussenkomst van 30 euro per paar zolen met een hernieuwingstermijn van 5 kalenderjaren. De tussenkomst wordt enkel verleend indien er geen tegemoetkoming is verleend de voorbije twee kalenderjaren in de verplichte verzekering.

Voorwaarde:

- op voorlegging van de originele factuur
- op voorschrift van een arts

f) Stomamateriaal

Tussenkost van 50 % op het persoonlijk aandeel van de kostprijs van stomamateriaal met een maximum van 100 euro per kalenderjaar.

D. Dienst Brillen en prothesen – verrichting Classificatie 15/4

a) Pruik :

De rechthebbenden op een tussenkost voor een pruik, in het kader van de R.I.Z.I.V. reglementering bekomen een maximum bedrag van 50,00 €. Het totaal van beide tussenkosten mag niet 90 % van de factuurprijs overschrijden.

b) Implantaten en prothesen : (zie bijlage2)

Een tussenkost van 50% in de opleg met een maximum van 375,00 € op de prothesen waarvan de lijst is opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering.

c) Brilmonturen en glazen :

Tegemoetkoming voor een brilmontuur, brillenglazen en /of contactlenzen.

De dienst kent een tussenkost toe van 50 %, met een maximum van 150 euro, op de aankoopfactuur van een volledige bril (montuur en brillenglazen) en /of contactlenzen

Voorwaarden:

- de dioptrie van de glazen moet hoger zijn dan 4
- de hernieuwingstermijn bedraagt 3 kalenderjaren
- de aankoop dient te gebeuren op voorschrift van de oogarts of optiker
- er is geen tegemoetkoming voor de aankoop van een zonnebril of van sierlenzen
- het totale bedrag van de tussenkost kan niet hoger zijn dan de totale kost gedragen door het lid.
- de terugbetaling van de tegemoetkoming geschiedt na voorlegging van het voorschrift van de oogarts of optiker samen met de originele factuur of het aanvraagformulier ter beschikking gesteld door het Liberaal Ziekenfonds en dat dient ingevuld te worden door de opticien.

E. Diverse Medische Verstrekkingen – verrichting Classificatie 15/5

Het ziekenfonds richt een dienst medische verstrekkingen in.

1. Preventiekorf

De volgende voordelen maken deel uit van een preventiekorf waarvoor maximum 30,00 € per persoon en per kalenderjaar kan worden toegekend :

Volgende vaccins worden opgenomen in de preventiekorf :

a) Pneumokokkenvaccin :

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker en op voorschrift van een arts krijgt het lid voor een inenting tegen pneumokokken een tussenkost van 15,00 € terugbetaald om de vijf kalenderjaren. Deze

tegemoetkoming wordt enkel verleend indien er geen tussenkomst is in het kader van de verplichte verzekering.

b) Griepvaccin :

Op voorlegging van het aankoopbewijs (BVAC-attest) van de apotheker en op voorschrift van een arts wordt het remgeld terugbetaald voor een griepvaccin.

De terugbetaling van het remgeld wordt enkel verleend indien er een tussenkomst is in het kader van de verplichte verzekering en kan nooit meer bedragen dan het werkelijk betaald bedrag.

c) Hepatitis B :

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker en op voorschrift van een arts wordt een éénmalige tussenkomst van maximaal 25,00 € verleend wanneer zij zich laten inenten tegen hepatitis B. Deze tussenkomst wordt betaald wanneer de drie medische voorziene prikjes van een erkend vaccin tegen hepatitis B zijn toegediend. Deze tegemoetkoming wordt enkel verleend indien er geen tussenkomst is in het kader van de verplichte verzekering.

d) Meningitis C :

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker en op voorschrift van een arts wordt een éénmalige tussenkomst van 20,00 € verleend wanneer zij zich laten inenten tegen meningitis C. Deze tegemoetkoming wordt enkel verleend indien er geen tussenkomst is in het kader van de verplichte verzekering.

e) Anticonceptiemiddelen :

1. Pil, implantaat, plakpleister, vaginale ring :

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker wordt voor anticonceptiemiddelen een tussenkomst verleend van 50 % op de rekening met een maximum van 25 euro per kalenderjaar. De tussenkomst wordt enkel verleend aan vrouwen en indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte verzekering.

2. Koperspiraal :

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker wordt voor anti-conceptiemiddelen een tussenkomst verleend van 50 % op de rekening met een maximum van 25 euro per kalenderjaar. De tussenkomst wordt enkel verleend aan vrouwen en indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte verzekering.

3. Hormonale spiraal :

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker wordt voor anti-conceptiemiddelen een tussenkomst verleend van 50 % op de rekening met een maximum van 125 euro per 5 kalenderjaren. De tussenkomst wordt enkel verleend aan vrouwen en indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte verzekering.

De tussenkomsten onder 1,2 en 3 hierboven mogen niet gecumuleerd worden zonder verklaring van de behandelende arts. Indien de behandelende arts akkoord gaat, betreffende tussenkomsten aldus zonder

bijkomende voorwaarden kunnen worden gecumuleerd en er bijgevolg geen sprake is van een discretionaire bevoegdheid van het ziekenfonds.

Deze tussenkomsten hebben de bedoeling financieel te helpen en alzo de leden aan te zetten tot verantwoorde anti-conceptie door betere toegang tot voorbehoedsmiddelen en vermijden van ongewenste zwangerschap.

f) Reisvaccins:

Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker of een attest van een gespecialiseerd centrum erkend voor het toedienen van vaccinaties kan men een tussenkomst bekomen van maximum 25 euro per kalenderjaar :

Deze tussenkomst wordt gecumuleerd met deze van de Landsbond.

g) Vaccin windpokken : Mits voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker en op voorschrift van een arts ontvangen kinderen ongeacht de ouderdom een eenmalige tussenkomst van 15,00 euro wanneer zij zich laten inenten tegen windpokken (varicella).

Deze tegemoetkoming wordt enkel verleend indien er geen tussenkomst is in het kader van de verplichte verzekering.

2. Laserbehandeling van de ogen

Tegemoetkoming voor een refractieve laserbehandeling van de cornea.

De dienst kent een eenmalige tussenkomst toe van 50 % op de oplegfactuur met een maximum van 125 euro per behandeld oog bij een refractieve laserbehandeling van de cornea.

Voorwaarden :

- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een door het RIZIV erkende oogarts
- in de voorbije drie jaren werd geen aanvraag voor tussenkomst ingediend voor brilmonturen, brillenglazen of contactlenzen.
- het totale bedrag van de tussenkomst kan niet hoger zijn dan de totale kost gedragen door het lid.
- de terugbetaling van de tussenkomst geschiedt na voorlegging van de originele factuur.

3. Obesitaschirurgie :

Bij ingrepen wegens ernstige vorm van zwaarlijvigheid kan een eenmalige tussenkomst worden verleend van 50 % in de oplegkosten van een maagband, de maagbypass en de verticale maagverkleining met een maximum van 200,00 euro onder volgende voorwaarden :

- een medisch verslag waarin de BMI van minstens 35 wordt vermeld
- voorlegging van de originele voldane ziekenhuisfactuur

4. Vaccin baarmoederhalskanker : Er is tussenkomst voor het vaccin tegen baarmoederhalskanker van maximum 150 euro.

Voorwaarden :

- er mag geen tussenkomst zijn door het RIZIV
- op voorlegging van het aankoopbewijs van de apotheker en op voorschrift van een arts
- de tussenkomst wordt pas verleend na de 3^{de} vaccinatie

5. Migraine-geneesmiddel :

Bij aankoop van geneesmiddelen tegen migraine wordt een tussenkomst verleend van 50 % op de aankoopprijs met max. van 100 euro per kalenderjaar.

Voorwaarden :

- Voorschrift van de arts
- Er mag geen tussenkomst zijn door het RIZIV

6. Tussenkomst oordoppen.

Het ziekenfonds verleent een jaarlijkse tussenkomst van 30 euro bij de aankoop van op maat gemaakte oordoppen bij een door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid erkende audioloog.

De tussenkomst wordt uitbetaald op voorlegging van de originele aankoopfactuur.

F. Dienst Herstel- en Rustverblijf – verrichting Classificatie 15/6

I. Herstelverblijven

De dienst verleent een tegemoetkoming in de pensionprijs in geval van herstelverblijf.

A) Medische criteria :

1) Om te kunnen genieten van het voordeel van deze dienst, moet het lid voldoen aan één van de volgende voorwaarden :

1. een heelkundige ingreep hebben ondergaan met een ziekenhuisopname;
2. aan een recente aandoening heeft geleden met een ziekenhuisopname van tenminste 15 dagen;
3. gedurende een ononderbroken periode van tenminste 60 dagen zijn normale activiteiten niet hebben kunnen uitoefenen, voor zover deze periode wordt gestaafd met een getuigschrift van de behandelende geneesheer of wordt bewezen door pathologische bioklinische en/of radiologische onderzoeken.
4. voor een zelfde aandoening kan slechts 1 keer een verblijf worden toegekend

2) De opname van een herstellende in de instelling, veronderstelt noodzakelijkerwijze dat :

1. hij/zij niet besmettelijk is,
2. hij/zij in staat is zich te verplaatsen, zelf zijn/haar toilet te maken zonder de hulp van een derde,
3. zijn/haar gezondheidstoestand verzorging (al dan niet bestendig) of verbanden vergt,
4. hij/zij niet lijdt aan een hartdecompensatie,
5. hij/zij geen enkel teken van een ziekte van psychiatrische aard of van toxicomanie vertoont, die storend of gevaarlijk kan zijn voor zijn/haar omgeving.

De opname in de instelling veronderstelt noodzakelijkerwijze dat het verblijf geen definitief karakter heeft noch dat het gaat om acute zorgen.

B) Formaliteiten en termijnen voor het indienen van de aanvraag :

Op de voorafgaandelijke aanvraag dient de noodzakelijkheid en de gewenste duur van het verblijf te worden ingevuld door de behandelend geneesheer.

Voor de verzekerden beoogd bij punt A)1)1. en A)1)2., dient de aanvraag ten laatste de 60ste dag na het ontslag uit het ziekenhuis te worden ingediend.

Voor de verzekerden beoogd bij punt A)1)3., dient de aanvraag ingediend binnen de 60 dagen na de laatste pathologische onderzoeken.

C) Duur van de verblijven :

1. de verblijven worden toegestaan voor een periode tot 30 overnachtingen;
2. op voorafgaande voorlegging van een medische attest, kan de gevraagde duur van het verblijf eventueel verlengd worden tot een maximumverblijfsduur van 60 overnachtingen, indien de behandelende geneesheer dit noodzakelijk acht;
3. de verblijven worden slechts éénmaal toegekend voor een aandoening bedoeld onder punt A)1).

D) Tussenkost :

De tussenkost van het ziekenfonds in de pensionprijs bedraagt 8,00 euro per overnachting.

De maximale verblijfsduur bedraagt 60 overnachtingen per kalenderjaar.

Het ziekenfonds betaalt de tussenkosten rechtstreeks uit aan het lid.

II. Rustverblijven

De dienst verleent een tegemoetkoming in de pensionprijs in geval van rustverblijf.

A) Medische criteria :

Om te kunnen genieten van het voordeel van deze dienst, moet het lid voldoen aan de volgende criteria :

1) wegens de criteria van de herstelverblijven zoals worden vermeld onder punt I

A) van deze dienst geen herstelverblijf kunnen genieten en aan één van de volgende criteria beantwoorden :

1. aan een aandoening hebben geleden met ziekenhuisopname,
2. aan een aandoening hebben geleden die de stopzetting van de normale activiteiten gedurende tenminste 30 dagen heeft vereist,
3. het slachtoffer geworden zijn van een wederinstorting, die volgt op een aandoening waarvoor er reeds een herstelverblijf werd toegestaan,
4. instaan voor de verzorging van een persoon die gedomicilieerd is op hetzelfde adres waarvoor een herstelverblijf werd toegestaan.

De voorwaarden 1, 2, en 3 dienen gestaafd met een medisch attest.

2) De opname van een verzekerde in een instelling, veronderstelt noodzakelijkerwijze dat :

1. hij/zij niet besmettelijk is,
2. hij/zij in staat is zich te verplaatsen, zelf zijn/haar toilet te maken zonder de hulp van een derde,
3. zijn/haar gezondheidstoestand geen bestendige verzorging of verbanden vergt,
4. hij/zij niet lijdt aan een hartdecompensatie,
5. hij/zij geen enkel teken van een ziekte van psychiatrische aard of van toxicomanie vertoont.

De opname in een instelling veronderstelt noodzakelijkerwijze dat het verblijf geen definitief karakter heeft.

B) Formaliteiten en termijnen voor het indienen van de aanvraag :

De voorafgaandelijke aanvraag van de behandelende geneesheer dient te voldoen aan de criteria onder punt A).

Voor de verzekerden beoogd bij punt A)1)1., dient de aanvraag ingediend binnen de 90 dagen na het ontslag uit het ziekenhuis.

Voor de verzekerden beoogd bij punt A)1)2., A)1)3. en A)1)4. dient de aanvraag ingediend binnen de 90 dagen na de gebeurtenis.

C) Duur van de verblijven :

1. op voorafgaandelijke voorlegging van een medisch attest, wordt een maximumverblijfsduur tot 30 overnachtingen toegestaan
2. de verblijven worden :
 - slechts éénmaal toegekend voor de aandoeningen vermeld onder punt A)1)1., A)1)2. en A)1)3.,
 - slechts éénmaal per jaar toegekend voor de gevallen bepaald in punt A)1)4.

D) Tussenkost :

De tussenkost van het ziekenfonds in de pensionprijs bedraagt 5 euro per overnachting. De maximale verblijfsduur bedraagt 30 overnachtingen per jaar. Het ziekenfonds betaalt de tussenkosten rechtstreeks uit aan het lid.

III. Gemeenschappelijke bepalingen

De tussenkost van het ziekenfonds kan in geen geval de gevraagde pensionprijs overschrijden.

G. Dienst Zorgverblijven – verrichting Classificatie 15/7

Het ziekenfonds richt een dienst zorgverblijf in en heeft tot doel bij te dragen in de kosten verbonden aan een zorgverblijf van de leden en van de personen te hunnen laste, die permanente zorgen en continu toezicht vergen, en die wegens het tijdelijk wegvallen of ter ondersteuning van de mantelzorg, niet verder thuis kunnen blijven. Zij worden hierna thuiswonende zorgbehoevenden genoemd.

- 1a) Met betrekking tot het voordeel opname in een dagcentrum die een tegemoetkoming voorziet voor :
thuiswonende zorgbehoevenden die verblijven in een erkend dagcentrum of erkend palliatief dagcentrum, kunnen een tegemoetkoming bekomen van ofwel 4 euro per dag met een maximum van 60 dagen per jaar, ofwel 2 euro per halve dag met een maximum 120 dagen per kalenderjaar.
- 1b) Met betrekking tot het voordeel opname palliatief hotel die een tegemoetkoming voorziet voor :
thuiswonende zorgbehoevenden die verblijven in een erkend palliatief nachthotel, kunnen een tegemoetkoming bekomen van 4 euro per nacht met maximum 60 nachten per kalenderjaar.
- 1c) Met betrekking tot het voordeel nachtopvang die een tegemoetkoming voorziet voor :

thuiswonende zorgbehoevenden die wegens omstandigheden tijdelijk 's nachts dienen te verblijven in een erkend rustoord, kunnen een tegemoetkoming bekomen van 4 euro per nacht met maximum 60 nachten per kalenderjaar.
- 1d) Met betrekking tot het voordeel nachtopvang thuis die een tegemoetkoming voorziet voor :

thuiswonende zorgbehoevenden die wegens omstandigheden tijdelijk 's nachts beroep doen op een erkende dienst nachtzorg kunnen een tegemoetkoming bekomen van 6,50 euro per nacht met maximum 300 euro per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- medisch attest van de huisarts dat de noodzaak van een zorgverblijf rechtvaardigt
- voorlegging van de originele rekening van het erkend centrum/dienst.
- tegemoetkoming kan nooit meer bedragen dan het werkelijk betaald bedrag.

2a) De dienst zorgverblijven heeft tot doel bij te dragen in de kosten verbonden aan een zorgverblijf van de leden en van de personen te hunnen laste, die permanente zorgen en continu toezicht vergen en die wegens tijdelijk wegvallen of ter ondersteuning van de mantelzorg, niet verder thuis kunnen blijven.

Het zorgverblijf kan geen tijdelijke oplossing zijn in afwachting van een definitieve rusthuisopname en evenmin een tijdelijke onderbreking zijn van een ziekenhuisopname.

Het zorgverblijf dient onmiddellijk gevolgd te worden door een terugopname in het thuismilieu.

De verblijven worden toegestaan voor maximum 14 overnachtingen per kalenderjaar met minimaal 1 overnachting.

Tussenkost in de pensionprijs bedraagt max. 15 euro per overnachting.

H. Dienst Uitleendienst – verrichting Classificatie 15/8

Het ziekenfonds richt een uitleendienst in.

1. Reglementering.

- a) De dienst zal zich schikken naar de reglementen, voorzien door de overheid en besturen, waarvan zij afhangt. De dienst zal dan ook alle aanvragen dienen te richten om de door hen ter beschikking gestelde subsidie of werkingsgelden, onder welke vorm ook te bekomen.
- b) De dienst wordt geleid door een verantwoordelijke, die eveneens instaat voor het administratieve gedeelte.
- c) De dienst zal in hoofdzaak gebruik maken van door haar aangekocht materiaal.
- d) Het materiaal zal door de uitlener afgehaald en teruggebracht worden. Indien de uitlener wenst dat het materiaal gebracht of afgehaald wordt zal een bedrag van 5 € per rit aangerekend worden. Indien het materiaal beschadigd is door onjuist gebruik, zal de waarborg worden terugbetaald mits aftrek der herstellingskosten. Indien het materiaal teruggebracht wordt in vuile staat, wordt van de waarborg reinigingskosten afgehouden. Voor het plaatsen van personalarmt toestellen wordt 15 € aangerekend zijnde 10 euro plaatsing en 5 euro vervoer.
- e) Het ziekenfonds is niet verantwoordelijk voor ongevallen met uitgeleende toestellen, zelfs als ze te wijten zijn aan een gebrekkige structuur van deze.

- f) Op voorstel van de Raad van Bestuur worden langdurig uitgeleende toestellen geschonken.
- g) De Algemene Vergadering geeft toelating aan de Raad van Bestuur om toestellen aan te kopen die nog niet in de tabel in bijlage 1 voorkwamen. De Raad van Bestuur deelt de wijzigingen in verhuring mee op de eerstvolgende Algemene Vergadering en onmiddellijk per aangetekend schrijven aan de controledienst. De beslissing van de Raad van Bestuur die aan de Controledienst overgemaakt moet worden per aangetekend schrijven moet ondertekend worden door de verantwoordelijke van het ziekenfonds. Deze brief moet de datum van in werkingtreding van deze beslissing vermelden. De wijzigingen moeten met terugwerkende kracht naar aanleiding van de volgende Algemene Vergadering in de statuten worden opgenomen.

2. Lijst materiaal, waarborg en huurgeld. (zie bijlage 1)

I. Dienst Vervoer – verrichting Classificatie 15/9

I. ONDERWERP.

Het ziekenfonds komt tussen in de vervoerkosten van de zieken in volgende gevallen:

1. Dringend – ziekenvervoer:

Met ambulance, klinimobiel of helicopter:

- a) bij een opname in een ziekenhuis
- b) ernstige ongevallen, breuken of luxaties die noodzaken dat de getroffene naar een ziekenhuis moet vervoerd worden voor verzorging.

De tussenkomst bedraagt 50 % op de rekening van de ziekenwagen, klinimobiel of helicoptervlucht. Per rit met ziekenwagen of klinimobiel is de tussenkomst beperkt tot maximum 150,00 euro. Per helicoptervlucht is de tussenkomst beperkt tot maximum 250,00 euro.

Indien er een tussenkomst is voorzien in de verplichte verzekering wordt deze in mindering gebracht. Het totaal van beide tussenkomsten, de verplichte verzekering en de aanvullende diensten, mag 50 % van de factuurprijs niet overschrijden.

Er is geen beperking per kalenderjaar.

2. Niet dringend – ziekenvervoer

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorwaarde dat het vervoer werd aangevraagd bij de Mutualistische Alarmcentrale Mutas – vzw, met uitzondering van vervoer met eigen wagen of wagen van een derde. De Mutas-centrale bepaalt wat het meest geschikte vervoermiddel is.

A. Met ambulance/rolstoelvervoer:

- a) bij een opname in een ziekenhuis
- b) bij een daghospitalisatie genaamd mini, maxi en superforfait
- c) nazorg en controle bij een transplantatie wordt gelijkgesteld met opname

De tussenkomst bedraagt 50 % op de rekening van de ziekenwagen/rolstoelwagen met een maximum van 100,00 euro per rit. Geen beperking per jaar en doktersattest is niet noodzakelijk voor de rubriek 2. A. van a) t/m c).

- d) voor een ambulante behandeling naar het ziekenhuis of geneesheer-specialist indien men zich niet met het openbaar vervoer kan verplaatsen.

De tussenkomst bedraagt 50 % op de rekening van de ziekenwagen/rolstoelwagen met een maximum van 100,00 euro per rit.

Een doktersattest dat de noodzakelijkheid van het vervoer doet blijken en dat de onmogelijkheid om zich met het openbaar vervoer te verplaatsen vermeldt dient bij de factuur te worden gevoegd.

B. Met taxi:

- a) bij een opname in een ziekenhuis
 b) bij een daghospitalisatie genaamd mini, maxi en superforfait
 c) nazorg en controle bij een transplantatie wordt gelijkgesteld met opname
 De tussenkomst bedraagt 50 % op de rekening van de taxi met een maximum van 15 euro per rit. Geen beperking per jaar en doktersattest is niet noodzakelijk voor de rubriek 2. B. van a) t/m c).

- d) voor een ambulante behandeling naar het ziekenhuis of geneesheer-specialist indien men zich niet met het openbaar vervoer kan verplaatsen.

De tussenkomst bedraagt hiervoor 50 % op de rekening van de taxi met een maximum van 15,00 euro per rit.

Een doktersattest dat de noodzakelijkheid van het vervoer doet blijken en dat de onmogelijkheid om zich met het openbaar vervoer te verplaatsen vermeldt dient bij de factuur te worden gevoegd.

C. Vervoer door derde of persoonlijk vervoer :

- a) bij een opname in een ziekenhuis
 b) bij een daghospitalisatie genaamd mini, maxi en superforfait
 c) nazorg en controle bij een transplantatie wordt gelijkgesteld met opname
 d) donor beendermerg

De tussenkomst bedraagt 0,10 euro per km met een maximum van 10,00 euro per rit

- e) Voor een ambulante behandeling naar het ziekenhuis of geneesheer-specialist indien men zich niet met het openbaar vervoer kan verplaatsen.

De tussenkomst bedraagt 0,10 euro per km met een maximum van 10,00 euro per rit.

Een doktersattest dat de noodzakelijkheid van het vervoer vermeldt dient bij 'attest persoonlijk vervoer' te worden gevoegd.

Er is een beperking van de tussenkomst van 500,00 € per kalenderjaar voor niet-dringend ziekenvervoer onder rubrieken 2.A.d), 2 B.d) en 2 C.e).

3. Vervoer bij radium- en chemotherapie

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorwaarde dat het vervoer werd aangevraagd bij de Mutualistische Alarmcentrale Mutas – vzw, met uitzondering van vervoer met eigen wagen of wagen van een derde. De Mutas-centrale bepaalt wat het meest geschikte vervoermiddel is.

De tussenkomsten zijn een aanvulling van deze die in de verplichte verzekering aan 0,25 euro per kilometer worden toegekend.

De terugbetaling is afhankelijk van het model welk in bijlage gaat van het M.B. van 6 juli 1989. (Aanvraag om tegemoetkoming in de reiskosten van de rechthebbende die voldoet aan de bepalingen van het ministerieel besluit van 06 juli 1989)

A. Met ambulance/rolstoelvervoer :

De tussenkomst bedraagt 70 % op de rekening van de ziekenwagen met een maximum van 100,00 euro per rit.

B. Met taxi :

De tussenkomst bedraagt 70 % op de rekening van de taxi met een maximum van 20,00 euro per rit.

C. Vervoer door derde of persoonlijk vervoer :

De tussenkomst bedraagt 0,10 euro per kilometer met een maximum van 10,00 euro per rit.

Er is geen beperking van de tussenkomst voor vervoer bij radium- en chemotherapie.

4. Vervoer bij ambulante nierdialyse

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorwaarde dat het vervoer werd aangevraagd bij de Mutualistische Alarmcentrale Mutas – vzw, met uitzondering van vervoer met eigen wagen of wagen van een derde. De Mutas-centrale bepaalt wat het meest geschikte vervoermiddel is.

De tussenkomsten zijn een aanvulling van deze die in de verplichte verzekering aan 0,25 euro per kilometer worden toegekend.

Voor dialyse dient het attest bijlage 57 of 57 bis (K.B. 24 december 1963), zoals voorzien in de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 5 februari 1985, worden ingediend. Naar analogie met de wettelijke bepaling, bedraagt de maximum terugbetaalbare afstand om zich naar het dialysecentrum te begeven 30 km per rit, tenzij er zich geen dialysecentrum binnen een straal van 30 km bevindt, tenzij de rechthebbende een kind van 14 jaar of ouder is, die wegens zijn pathologie een dialyse nodig heeft waarvan de technische modaliteiten inzake uitvoering en klinische omgeving bijzonder aangepast zijn aan het kind.

A. Persoonlijk vervoer :

1ste heen- en 2de terugreis : ten laste van verplichte verzekering

2de heen- en 1 ste terugreis : 0,25 euro per kilometer

B. Vervoer per taxi :

1ste heen- en 2de terugreis : 0,25 euro per kilometer ten laste van verplichte verzekering

Per dialyse (heen en terug) is er een remgeld van 2,00 euro voor het lid.

Het supplement op de vervoersfactuur, dat nog overblijft na aftrek van de tussenkomst in de verplichte verzekering en het remgeld van 2,00 euro per rit voor het lid, bedraagt de tussenkomst in de aanvullende verzekering.

C. Vervoer per ambulance liggend :

1ste heen- en 2de terugreis : 0,25 euro per kilometer ten laste van verplichte verzekering

Per dialyse (heen en terug) is er een remgeld van 2,00 euro voor het lid.

Het supplement op de vervoersfactuur dat nog overblijft na aftrek van de tussenkomst in de verplichte verzekering en het remgeld van 2,00 euro per rit voor het lid, bedraagt de tussenkomst in de aanvullende verzekering.

D. Vervoer per ambulance zittend/rolstoelwagen

1ste heen- en 2de terugreis : 0,25 euro per kilometer ten laste van verplichte verzekering

Per dialyse (heen en terug) is er een remgeld van 2,00 euro voor het lid.

Het supplement op de vervoersfactuur, dat nog overblijft na aftrek van de tussenkomst in de verplichte verzekering en het remgeld van 2,00 euro per rit voor het lid, bedraagt de tussenkomst in de aanvullende verzekering.

5. Uitzonderlijk vervoer

Alle vervoer welk hiervoor niet voorzien is, kan als uitzonderlijk bestempeld worden en aanleiding geven tot een tussenkomst van 50 % op de rekening met een maximum van 250,00 €.

II. ALGEMENE BEMERKINGEN EN UITZONDERINGEN.

- a) Bij zelfverminking en alle gevallen welke onder een andere wetgeving kunnen resorteren zoals arbeidsongeval, beroepsziekte enz. is er geen tussenkomst.
- b) Er wordt enkel tussenkomst verleend voor het vervoer, welke geschiedt op het grondgebied België, met uitzondering voor het vervoer in de grensstreken, op voorwaarde dat dit geschiedt :
 - 1) om dringende verzorging
 - 2) naar het dichtbijgelegen hospitaal of verzorgingsinstelling maximum 15 kilometer
- c) Overbrenging naar België ingevolge ongeval of ziekte wordt niet vergoed.
- d) Wachtgeld, diverse toeslagen en verloren ritten komen niet in aanmerking voor een tussenkomst.

III. VOOR TE LEGGEN STUKKEN.

- a) doktersattest dat de noodzakelijkheid van het vervoer doet blijken en dat de onmogelijkheid om zich met het openbaar vervoer te verplaatsen vermeldt. (behalve bij opname, dagopname, spoed of ongeval)
- b) een rekening welke volgende inlichtingen vermeldt :
 - datum vervoer, heen- of terugreis, bestemming

- bedrag
- aantal kilometers indien het persoonlijk vervoer betreft, bij radium- en chemotherapie en ambulante nierdialyse

c) voor dialyse dient het attest bijlage 57 of 57 bis, zoals voorzien in de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 5 februari 1985, worden ingediend. Naar analogie met de wettelijke bepaling, bedraagt de maximum terugbetaalbare afstand om zich naar het dialysecentrum te begeven 30 km per rit, tenzij er zich geen dialysecentrum binnen een straal van 30 km bevindt, tenzij de rechthebbende jonger is dan 14 jaar of tenzij de rechthebbende een kind van 14 jaar of ouder is, die wegens zijn pathologie een dialyse nodig heeft waarvan de technische modaliteiten inzake uitvoering en klinische omgeving bijzonder aangepast zijn aan het kind.

d) voor kanker behandeling dient het attest te worden ingediend voorzien in het M.B. van 6 juli 1989.

J. Dienst Geboorte en adoptie – verrichting Classificatie 15/10

a) Geboorte- en adoptiepremie :

Bij geboorte of adoptie kent de dienst aan elke ouder die lid is op het ogenblik van de geboorte of adoptie een vergoeding toe van 200 € per kind bijkomend op die van de landsbond. Deze vergoeding wordt betaald mits voorlegging van een geboortecertificaat of een attest dat de doodgeboorte na de zesde maand zwangerschap bevestigt of van een attest waaruit de definitieve volle adoptie duidelijk blijkt.

De aanvraag van deze premie moet binnen de 2 jaar na de gebeurtenis aangevraagd zijn.

b) 1. Kraamhulp

Op voorlegging van de originele factuur van een erkende dienst voor kraamhulp is er een tussenkomst voorzien van 5 euro per uur met een maximum van 40 uren per zwangerschap. De tegemoetkoming wordt verleend aan de moeder die lid is van de Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen.

Tot 8 weken na de bevalling kan beroep gedaan worden op een kraamverzorgster. In specifieke omstandigheden wordt de periode verlengd tot 10 weken (thuisbevalling, meerlingen, poliklinische bevalling, keizersnede)

2. Kraamhotel:

Op voorlegging van de originele factuur van het kraamhotel, wordt een tegemoetkoming verleend van 50 % op de aangerekende dagprijs met een maximum van 100 euro per zwangerschap. De tegemoetkoming wordt verleend aan de moeder die lid is van de Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen.

c) Gezondheidskoffertje

Bij de geboorte wordt een gezondheidskoffertje aangeboden.

Inhoud : speeltapijt/koe/doudou/medische handboek – Kinderziekten, Baby's eerste levensjaar/krabwantjes.

- d) Thuisoppas zieke kinderen
Een tussenkomst van 6,25 € voor oppas van minder dan 3 uur en 15 € voor een oppas van 3 uur of meer per dag wordt toegekend voor de thuisoppas zieke kinderen.
- e) Veiligheid bij jonge kinderen
Veiligheidshekje voor trap : eenmalige tussenkomst van 50 % met een maximum van 15 euro per kind, op voorlegging van originele factuur of betalingsbewijs.
- f) Hygiëne Opgroeiende kinderen
Babytoiletjes : eenmalige tussenkomst van 50 % met een maximum van 15 euro per kind, op voorlegging van originele factuur of betalingsbewijs.

K. Dienst Sociaal Fonds – verrichting Classificatie 15/11

Het ziekenfonds richt een sociale dienst in. Van toepassing 1/1/2012.

I. Reglementering.

De voordelen zijn :

- a) Vaste rubrieken : de tussenkomst in dit reglement hierna opgenomen.

- 1. Backfriend/betterback:
hulpmiddel voor ruglijders.

Een tussenkomst van 50 % in de aankoopprijs met een maximum van 25,00 euro

Voorwaarden:

- doktersvoorschrift noodzakelijk

- 2. Levering van zuurstof :

De leden welke thuis zuurstof ontvangen wordt een tussenkomst toegekend van 75 % in de opleg van de kosten van het huurgeld.

De tussenkomst wordt enkel verleend op voorlegging van een voldane factuur. De maximum tussenkomst bedraagt 125 euro per kalenderjaar.

- 3. Spreektoestel voor gelaryngectomeerden.

a. Aankoop: Wanneer de raadsgeneesheer - ingevolge de reglementering van het R.I.Z.I.V. - een tussenkomst toekent voor een kunstlarynx van het pneumatische type, zal een bijkomende tussenkomst van 50% van het verschil in tussenkomst voor een pneumatisch toestel en een elektronisch toestel toegekend worden met een maximum van 150,00 €.

b. Herstelling: 50% van de herstellingskosten wordt toegekend voor de toestellen waarvoor een tussenkomst bij aankoop werd gegeven met een maximum van 150,00 € - ingevolge de reglementering van het R.I.Z.I.V.

4. Mucoviscidosis :
Op voorlegging van de originele factuur of aankoopbewijs van de apotheker is er een tegemoetkoming in de oplegkosten van specifieke behandelingen en onderzoeken in verband met deze ziekte, alsook de aankoop van een aerosol. Bij de eerste aanvraag om tussenkomst is een medisch verslag vereist. De tussenkomst bedraagt 50 % van de oplegkosten met een maximum van 250,00 euro per kalenderjaar.
5. Toiletstoel : Een tussenkomst van 50% in de aankoopprijs van de uitleendienst is voorzien bij langdurig gebruik van deze stoel met een maximum van 55,00 euro.
6. Anti decubitus matras/kussen :
Een tussenkomst van 50 % op de aankoopprijs met een maximum van 75,00 euro. Ook bij hernieuwing om de 2 kalenderjaar.
Voorwaarden:
 - de tegemoetkoming geschiedt na voorlegging van de originele factuur of een attest opgemaakt door onze uitleendienst.
 - op voorschrift van een geneesheer
 - tegemoetkoming wordt niet verleend bij hospitalisatie of verblijf in rust- en verzorgingstehuis.
7. Toebehoren bij rhinoflow : Een tussenkomst van 50% op de aankoopprijs van de uitleendienst wordt voorzien met een maximum van 75,00 euro
8. Dieetconsultatie en/of behandeling in een opvangcentrum :
Kinderen met gewichtsproblemen, ongeacht de ouderdom : 50 % van de kostprijs met een maximum van 125 euro per kalenderjaar.
9. Psoriasis :
De tussenkomst bedraagt 50 % van de oplegkosten met een maximum van 125,00 euro voor specifieke behandeling, zalven, enz. in verband met deze aandoening, verblijfkosten zijn uitgesloten. De tussenkomst wordt verleend op voorlegging van de originele factuur en of aankoopbewijs van de apotheker.
10. Pijnbestrijdingstechnieken :
Het betreft de oplegkosten bij het plaatsen van een pijnpomp of andere technieken. De tussenkomst bedraagt 50 % van de oplegkosten met een maximum van 190,00 euro per kalenderjaar.
11. Chronisch vermoeidheidssyndroom :
Op voorlegging van de originele factuur of aankoopbewijs van de apotheker is er een tegemoetkoming in de oplegkosten van specifieke behandelingen en onderzoeken in verband met deze ziekte. Bij de eerste aanvraag om tussenkomst is een medisch verslag vereist. De tussenkomst bedraagt 50 % van de oplegkosten met een maximum van 250,00 euro per kalenderjaar.
12. Plaswekker :
Mits voorlegging van een doktersattest en factuur, kunnen de leden bij aankoop van een plaswekker een eenmalige tussenkomst van 50

% genieten van het betaalde bedrag met een maximum van 90,00 euro.

Bij huur van een plaswekker is er een tussenkomst van 50 % op de huurprijs met een maximum tussenkomst van 90,00 euro.

13. Jeugd :

- a) Een tussenkomst van 60 euro per kalenderjaar voor personen die rechtgevend zijn op kinderbijslag welke deelnemen aan verblijven in binnen- en buitenland door Crejaksie of Sportievak ingericht. (invoege vanaf 1/1/2017)
- b) Voor iedereen die deelneemt aan een monitorscursus bij Crejaksie wordt een tussenkomst gegeven van 54 euro op voorwaarde dat het brevet van monitor wordt bekomen.
- c) voor de jongeren hierboven vermeld onder a) wordt eveneens een zakgeld van 20 euro toegekend.

14. Ziekte van Crohn:

Op voorlegging van de originele factuur of aankoopbewijs van de apotheker is er een tegemoetkoming in de oplegkosten van specifieke behandelingen en onderzoeken in verband met deze ziekte. Bij de eerste aanvraag om tussenkomst is een medisch verslag vereist. De tussenkomst bedraagt 50 % van de oplegkosten met een maximum van 250,00 euro per kalenderjaar.

15. Toiletverhoger :

Bij aankoop van een toiletverhoger is er een tussenkomst van 50 % op de aankoopprijs van de uitleendienst met een maximum van 25 euro.

Voorwaarden:

- Voorlegging van de originele factuur

16. Hoorapparaat :

Bij aankoop van een hoorapparaat is er een tussenkomst van 50 % op de opleg met een maximum van 150 euro voor een monofonisch hoorapparaat en een maximum van 300 euro voor een stereofonisch hoorapparaat mits goedkeuring en terugbetaling via de verplichte verzekering

L. Dienst Welzijn – verrichting Classificatie 15/12

Het ziekenfonds richt een dienst welzijn in.

Jeugd:

- 1) Er is een tegemoetkoming voor extra-muros activiteiten in het onderwijs van 2 euro per overnachting, met een maximum van 10 overnachtingen per kalenderjaar, voor deelname van kinderen aan een verblijf dat georganiseerd wordt in schoolverband.

Voorwaarden:

- een meerdaags verblijf in internaatsverband
- ingericht door een school tijdens de lesuren, verblijf kan ook tijdens Kerst-, krokus- en Paasvakantie maar niet tijdens de maanden juli en augustus

- voor kinderen die kleuter-, basis- of secundair onderwijs volgen
- in overeenstemming met de reglementering van het Ministerie van Onderwijs inzake extra-muros activiteiten
- op voorlegging van een daartoe bestemd aanvraagformulier, ter beschikking gesteld door het Liberaal Ziekenfonds, dat dient ingevuld te worden door de schooldirectie.

2) Semi-internaat : Er is een tussenkomst voorzien voor niet-schoolgaande kinderen die naar de dagopvang gaan in de semi-internaten erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Deze tussenkomst bedraagt 2,50 euro per dag met een maximum van 250 euro per kalenderjaar.

Algemene regel : De in artikel 47 vermelde tussenkomsten vervallen indien er een tussenkomst in de verplichte verzekering is voorzien tenzij een vermelding als “bijkomend”.

2. Diensten die noch verrichtingen, noch verzekering zijn

a) Een Dienst Maatschappelijk Werk - Classificatie 37/01

Doel

De dienst heeft tot doel personen die zich door ziekte, handicap, financiële of sociale kwetsbaarheid in een probleemsituatie bevinden, alsook hun mantelzorgers, hulp- en dienstverlening te bieden om hun zelfredzaamheid te verhogen, maatschappelijke integratie en participatie te bevorderen en toegang tot maatschappelijke voorzieningen te ontsluiten.

Rechthebbenden

Deze dienst richt zich tot iedereen

Voordeel

De dienst geeft sociale en psychosociale hulp en verstrekt informatie en advies, in uitvoering van de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid. Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend.

Middelen

Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte verzekering, wordt de dienst gefinancierd met middelen die door de bevoegde overheid ter beschikking worden gesteld.

Modaliteiten

De dienst werkt overeenkomstig de werkprincipes en richtlijnen vastgelegd in het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 gepubliceerd op 14 mei 2009 (Hoofdstuk III, onderafdeling V, art. 14 – 15), voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

b) Administratief Centrum : reserve administratiekosten verplichte verzekering = Classificatie 98/2

Van toepassing vanaf 1/1/2012

Het ziekenfonds richt een dienst Beheer in als volgt :

1. Ten laste name mali administratiekosten verplichte verzekering :

a) Een eventueel mali in administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in art. 195 § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, aan te zuiveren en dit in de mate van de geïnde bijdragen.

b) Naar analogie met de tenlastename van de mali administratiekosten verplichte verzekering worden hieraan ook de boni inzake administratiekosten van de verplichte verzekering toegewezen.

2. De inkomsten van de dienst Beheer zijn de volgende :

a) de bijdragen, die voor hem bestemd zijn,

b) Aan de dienst beheer (code 98/2) worden ook toegewezen, de opbrengsten en kosten die door de controledienst worden vastgelegd.

ARTIKEL 48

Administratief Verrekencentrum – Classificatie 98/1

Van toepassing vanaf 1/1/2012.

Het Administratief Verrekencentrum heeft als doelstelling op te treden als verdeelcentrum van de gemeenschappelijke werkingskosten. Via dit centrum worden de gemeenschappelijke werkingskosten volledig verdeeld over de verrichtingen en diensten. Deze dienst heeft elk jaar een nul resultaat en geen gecumuleerde overschotten of tekorten.

Het Administratief Verrekencentrum heeft als doelstelling op te treden als verdeelcentrum van de gemeenschappelijke opbrengsten.

De financiële opbrengsten worden verdeeld onder de aanvullende diensten en dienst beheer op grond van het bedrag bij het begin van het boekjaar van de beschikbaarheden van deze verschillende diensten en dienst beheer en de voorzieningen. Indien de som van deze beschikbaarheden negatief is wordt geen enkel aandeel toegekend noch debet intresten aangerekend.

ARTIKEL 49

nihil

ARTIKEL 50

nihil

ARTIKEL 51

nihil

ARTIKEL 52

nihil

ARTIKEL 53

nihil

ARTIKEL 54

nihil

ARTIKEL 55 (vanaf 1/1/2013)

ETAC geldt als de officiële bijdragetabel in aansluiting op de statuten.
De praktische modaliteiten m.b.t. ETAC zijn beschreven in de omzendbrief 14/03/D1 van 27 februari 2014 van het CDZ.

HOOFDSTUK VI

BEGROTINGEN EN JAARREKENINGEN

ARTIKEL 56.

- A. Voor iedere dienst vermeld in artikel 2 b van deze statuten, voert het ziekenfonds een afzonderlijke exploitatierekening zoals bedoeld in het artikel 29 § 3,2° van de wet van 6 augustus 1990, zoals gewijzigd bij artikel 56 van de wet van 20 juli 1991.

De ontvangsten van iedere dienst bestaan uit :

1. de bij artikel 55 vermelde bijdragen (ETAC);
 2. de toelagen van de Openbare Besturen;
 3. de giften en legaten alsook de verschillende ontvangsten en opbrengsten voor iedere dienst bijzonder bestemd;
 4. de aan iedere dienst toekomende intresten en winsten op aangekochte of verkochte titels.
- B. Het maatschappelijk vermogen van het ziekenfonds mag niet worden aangewend voor doeleinden andere dan uitdrukkelijk bij deze statuten zijn bepaald.
- C. Het maatschappelijk vermogen dient belegd overeenkomstig artikel 29 § 4 van de wet van 6 augustus 1990.

HOOFDSTUK VII

WIJZIGINGEN AAN DE STATUTEN- ONTBINDING EN VEREFFENING - VERDELING VAN GELDEN

ARTIKEL 57.

A. Elk voorstel, strekkende tot wijziging van de statuten en van de bijzondere reglementen moet worden voorgelegd aan de Algemene Vergadering. Gevolg moet worden gegeven aan elk voorstel vanwege een lid van de Algemene Vergadering.

De statuten kunnen slechts worden gewijzigd door een algemene vergadering, waarvan de beslissingen, om geldig te zijn, dienen genomen te worden met de twee derden van de stemmen der aanwezige of vertegenwoordigde stemgerechtigde leden.

Zo het vereiste aanwezigheidsquorum niet is bereikt kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden die geldig beraadslaagt welke ook het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden zij (art. 10 van de wet van 6 augustus 1990).

B. Binnen een termijn van dertig dagen, te rekenen vanaf de datum der algemene vergadering moet één voor eensluidend verklaard exemplaar van de statuten, van de lijst van de bestuurders en de wijzigingen ervan, neergelegd worden bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 58.

Het ziekenfonds kan fusioneren met een ander wettelijk erkend ziekenfonds mits de naleving van de bepalingen voorzien bij artikel 44 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 59.

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

De modaliteiten van de ontbinding dienen te geschieden overeenkomstig de bepalingen voorzien bij artikel 45 tot en met 47 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 60.

Zolang het ziekenfonds bestaat is elke verdeling van gelden of reservefondsen verboden.

ARTIKEL 61.

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

2. In geval van stopzetting en ontbinding van één of meer diensten bedoeld in art. 2, b, worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

De algemene vergadering geeft aan het eventueel overblijvende activa een bestemming die overeenstemt met de statutaire doelstellingen, dit zowel in geval van ontbinding als bij stopzetting van één of meer diensten.

HOOFDSTUK VIII**INWERKINGTREDING****ARTIKEL 62.**

Deze statuten treden in werking op 1 juli 2017.

Antwerpen, 1 juli 2017.

De Voorzitter,

Philip Janssens.

Bijlage 1: Lijst materiaal, waarborg en huurgeld.

BENAMING MATERIAAL	WAARBORG	HUUR DAG
1. Krukken : enkel aankoop		
2. Okselkruk : paar	10,00 €	0,15 €
3. Reumakruk : paar	15,00 €	0,20 €
4. Vast looprek	5,00 €	0,10 €
5. Looprek + 2 wielen + zit	10,00 €	0,15 €
6. Looprek + 4 wielen + zit + rem	10,00 €	0,15 €
7. Vierpikkel	5,00 €	0,10 €
8. Rolstoel	50,00 €	0,50 €
9. Gelkussen	5,00 €	0,10 €
10. Stuitkussen	10,00 €	0,15 €
11. Hometrainer	20,00 €	0,30 €
12. Hoog- laagbed	90,00 €	0,70 €
13. Bed verlengstuk	10,00 €	0,15 €
14. Electriche patiëntenlift	90,00 €	0,70 €
15. Motor voor wisseldrukmatras	10,00 €	0,15 €
16. Wisseldrukmatras enkel aankoop		
17. Bedrugsteun	5,00 €	0,10 €
18. Bedtafel	10,00 €	0,15 €
19. Zelfoprichter op voet	15,00 €	0,20 €
20. Dekenboog	5,00 €	0,10 €
21. Serumstaander	10,00 €	0,15 €
22. Toiletstoel	10,00 €	0,15 €
23. Toiletverhoger	10,00 €	0,10 €
24. Toilethulp	5,00 €	0,10 €
25. Aerosol	20,00 €	0,30 €
26. Rhinoflow	20,00 €	0,30 €
27. Toebehoren rhinoflow enkel aankoop		
28. Aspirator en toebehoren	50,00 €	0,50 €
29. Afkolftoestel	20,00 €	0,30 €
30. Babyweegschaal	20,00 €	0,30 €
31. Tapotagetoestel	50,00 €	0,50 €
32. Personenalarmtoestel (niet RVV/omnio)	35,00 €	0,50 €
Personenalarmtoestel (RVV/omnio)	35,00 €	0,40 €
Plaatsingskosten 10 euro – vervoerkosten 5 euro		
33. Lymphedrainagetoestel met bijhorend arm- of beenstuk	90,00 €	0,70 €
34. Bloeddrukmeter	10,00 €	0,15 €
35. Incontinentiemateriaal wordt ter beschikking gesteld aan netto-inkoopprijs		
36. Plaswekker enkel aankoop		
37. Eénpersoonsmatras 90x195x 14cm : enkel aankoop		
38. Matras verlengstuk enkel aankoop		
39. Afkolfsetje vanaf 2 ^e setje enkel aankoop		
40. Pedalo enkel aankoop		
41. Glucosestrips (50 stuks) : enkel aankoop		
42. Douche- en werkstoel enkel aankoop		
43. Douchezit voor muurfixatie enkel aankoop		
44. Draaibare badzit enkel aankoop		

45. Wandbeugel 32,50 cm enkele aankoop
46. Wandbeugel 40 cm enkel aankoop
47. Opklapbare toiletbeugel enkele aankoop
48. Toiletstoel aankoop
49. Toiletverhoger aankoop

Bijlage 2: Lijst van de implantaten en prothesen van Art. 47 afd. 2 aanvullende verzekering
punt D, b)

Knie implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Oogprothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

Elleboog implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Borstprothese

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs of het getuigschrift van aflevering is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 50 euro per prothese. In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst worden verhoogd tot maximaal 75,00 euro per prothese.

Heup implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Wervelkolom implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese

Schouder implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese

Hand implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese

Voet implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.

In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Implanteerbaar netje:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.
In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Dijbeen implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.
In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Nek implantaat of prothese:

Na voorlegging van de factuur en het betalingsbewijs is er een tussenkomst van 50 % van de opleg met een max. van 125 euro per prothese.
In uitzonderlijke gevallen, na onderzoek van het dossier, kan deze tussenkomst verhoogd worden tot maximaal 375,00 euro per prothese.

Verplichte bijdragen (jaarlijks)

A. Eigen verplichte bijdragen

- Cat.1 Mutualistisch gezin zonder personen ten laste
 Cat.2 Mutualistisch gezin met personen ten laste
 Cat.3 Mutualistisch gezin met verminderde bijdrage en zonder personen ten laste
 Cat.4 Mutualistisch gezin met verminderde bijdrage en met personen ten laste

CODE	DIENSTEN	Art. van de statuten	(1)	CATEGORIEEN VAN LEDEN			
				Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
15	Overige verrichtingen	47		46,68	46,68	0,00	0,00
	Subtotaal van de verrichtingen			46,68	46,68	0,00	0,00
37	Dienst maatschappelijk werk	47		8,16	8,16	0,00	0,00
98/1	Administratief centrum : verdeelcentrum	48		0,00	0,00	0,00	0,00
98/2	Administratief centrum : reserve administratiekosten verplichte verzekering	47m		0,24	0,24	0,00	0,00
	TOTAAL			55,08	55,08	0,00	0,00

Voor categorie 3 & 4 verwijzen we naar art 46 van de statuten (laatste lid).

Verplichte bijdragen (jaarlijks) (vervolg)

B. Andere verplichte bijdragen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verbonden mutualistische entiteit(en) waarvoor een verplichte bijdrage dient betaald te worden. Deze verplichte bijdragen zijn weergegeven in de bijdragetabel van de betreffende entiteit(en). Indien niet voor alle diensten van de opgegeven entiteit(en) een bijdrage dient betaald, worden hieronder eveneens de diensten opgesomd waarbij de leden verplicht zijn aangesloten.

400	Landsbond van Liberale Mutualiteiten
-----	--------------------------------------

400 Landsbond van Liberale Mutualiteiten