

Christliche Krankenkasse - MC/CKK (VT 134), Chaussée de Haecht 579 in 1030 SCHAERBEEK

Körperschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist:

- Landesbund der Christlichen Krankenkassen (VT 100), dessen Satzung unter www.mc.be/la-mc/statuts zu finden ist;
- Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura (VT 150/02), deren Satzung unter www.mc.be/la-mc/statuts zu finden ist;
- Regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkasse für die Wallonische Region (VT 180/07), deren Satzung unter www.mc.be/la-mc/statuts zu finden ist
- Regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkasse für die Region Brüssel Hauptstadt (VT 180/06), deren Satzung unter www.mc.be/la-mc/statuts zu finden ist;
- Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM – Zorgkas Vlaanderen (OA 180/03), deren Satzung unter www.mc.be/la-mc/statuts zu finden ist

Satzung 2022

Genehmigt durch die Generalversammlung der französisch- und deutschsprachigen Christlichen Krankenkassen, die im 25/6/2022 und 17/6/2023 stattgefunden hat.

Datum des Inkrafttretens: 01/07/2022 mit Ausnahme der Artikel 40,§4 und 51 §2 und §3, die zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten werden

Genehmigt vom Kontrollamt der Krankenkassen (KAK) am : 7/10/2022 und 15/12/2023

INHALTSÜBERSICHT

KAPITEL I. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN - VERLAUF UND RECHTSFORM - BEZEICHNUNG - SITZ UND TÄTIGKEITSBEREICH – LANDESBUND UND GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFTEN – ZIEL - ZWECK UND DIENSTLEISTUNGEN	5
Abschnitt 1. Rechtliche und reglementarische Vorschriften - Begriffsbestimmungen	5
Artikel 1. Rechtliche und reglementarische Vorschriften und Begriffsbestimmungen	5
Abschnitt 2. Verlauf und Rechtsform - Bezeichnung - Sitz - Tätigkeitsbereich - Landesbund und Gegenseitigkeitsgesellschaften	11
Artikel 2. Verlauf und Rechtsform.....	11
Artikel 3. Bezeichnung.....	11
Artikel 4. Sitz und Tätigkeitsbereich	11
Artikel 5. Landesbund und Gegenseitigkeitsgesellschaften	11
Abschnitt 3. Ziel – Zweck und Dienstleistungen	11
Artikel 6. Ziel	11
Artikel 7. Zweck und Dienstleistungen.....	11
KAPITEL II. BEITRITT, AUSTRITT UND AUSSCHLUSS VON MITGLIEDERN	14
Abschnitt 1. Beitritt zu den Dienstleistungen der Krankenkasse	14
Artikel 8 Beitritt zu den Dienstleistungen der Krankenkasse	14
Abschnitt 2. Inkrafttreten des Beitritts zur Zusatzversicherung	16
Artikel 9. Inkrafttreten des Beitritts zur Zusatzversicherung.....	16
Abschnitt 3. Ausschluss von Mitgliedern	16
Artikel 10. Ausschluss von Mitgliedern	16
Abschnitt 4. Austritt durch die Mitglieder	16
Artikel 11. Austritt durch die Mitglieder	16
KAPITEL III. GREMIEN DER KRANKENKASSE	17
Abschnitt 1. Die Generalversammlung	17
Artikel 12. Zusammensetzung	17
Artikel 13. Wahl der Vertreter	17
Artikel 14. Einsetzung der neuen Generalversammlung.....	20
Artikel 15. Rücktritt, Ausschluss und Ersatz von Vertretern	21
Artikel 16. Andere Personen, die an der Generalversammlung teilnehmen können	21
Artikel 17. Zuständigkeiten der Generalversammlung	21
Artikel 18. Einberufung der Generalversammlung	22
Artikel 19. Beschlussfähigkeit und Abstimmung	22
Artikel 20. Versammlungsmodus	23
Artikel 21. Abhaltung der Sitzung aus der Ferne	23
Artikel 22. Protokolle.....	24
Abschnitt 2. Der Verwaltungsrat	25
Artikel 24. Zusammensetzung und Vorschlag der Kandidaten	25
Artikel 25. Wahl der Verwaltungsratsmitglieder	25
Artikel 26. Ernennung des Präsidenten - des Vizepräsidenten - des Generaldirektors der MC/CKK - der Direktoren	25
Artikel 27. Andere Personen, die an Sitzungen des Verwaltungsrats teilnehmen dürfen	26
Artikel 28. Ende der Mandatszeit der Verwaltungsratsmitglieder - Ersatz von Verwaltungsratsmitgliedern	26
Artikel 29. Zuständigkeiten des Verwaltungsrates	27
Artikel 30. Die Präsidentschaft.....	27
Artikel 31. Vertretung des Präsidenten	28
Artikel 32. Rechenschaftspflichten des Generaldirektors der MC/CKK und der Direktoren gegenüber dem Verwaltungsrat	28
Artikel 33. Einberufung des Verwaltungsrats	28
Artikel 34. Beratung, Beschlussfähigkeit und Abstimmung.....	28
Artikel 35. Versammlungsmodus	28

Artikel 36.	Abhaltung der Sitzung aus der Ferne	29
Artikel 37.	Protokolle	30
Abschnitt 3.	Das Präsidium	31
Artikel 39	Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder	31
Artikel 40.	Zuständigkeiten	31
Artikel 41.	Einberufung und Beratung	31
Artikel 42.	Teilnahme aus der Ferne	31
Artikel 43.	Schriftliche Befragung	31
Artikel 44.	Geschäftsordnung.....	32
Abschnitt 4.	Der Geschäftsführungsausschuss	33
Artikel 45.	Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder	33
Artikel 46.	Zuständigkeiten und Beratungen	33
Artikel 47.	Geschäftsordnung.....	33
Abschnitt 5.	Die Beteiligungsgremien	35
Artikel 48.	Der Netzwerkbeirat.....	35
Artikel 49	Mitmachräte	36
Abschnitt 6.	Mit den Mandaten verbundene Auslagen	38
Artikel 50.	Mit den Mandaten verbundene Auslagen.....	38
Abschnitt 7.	Vertretung der Krankenkasse	38
Artikel 51.	Vertretung der Krankenkasse	38
KAPITEL IV. VERTRETER FÜR DIE GENERALVERSAMMLUNG DES LANDESBUNDES UND FÜR DIE GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFTEN, DENEN DIE KRANKENKASSE ANGESCHLOSSEN IST.....		39
Abschnitt 1.	Wahl der Vertreter	39
Artikel 52.	Wahl der Vertreter	39
Abschnitt 2.	Rücktritt von Vertretern	40
Artikel 53.	Rücktritt von Vertretern	40
KAPITEL V. DIE DIENSTLEISTUNGEN DER KRANKENKASSE		41
Abschnitt 1.	Beiträge	41
Artikel 54.	Zahlung der Beiträge	41
Artikel 55.	Verjährung	41
Artikel 56.	Nullbeitragssatz	41
Artikel 57.	Kategorien von Mitgliedern nach dem Stand der Beitragszahlungen	41
Artikel 58.	Andere Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge	46
Abschnitt 2.	Allgemeine Bestimmungen	46
Artikel 59.	Wartezeit.....	46
Artikel 60.	Verjährung.....	46
Artikel 61.	Forderungsübertragung.....	46
Artikel 62.	Zusammentreffen von Leistungen.....	47
Artikel 63.	Begriffserläuterungen	47
Artikel 64.	Allgemeine Obergrenzen und zuständige Gerichte	48
Abschnitt 3.	Die Dienstleistungen	49
Artikel 65.	Absicherung im Krankenhaus „Hospi-Solidar“ (Code 14)	49
Artikel 66.	Dringender Krankentransport (Code 15)	52
Artikel 67.	Information und Werbung (Code 37)	54
Artikel 68.	Absicherung bei schweren und/oder kostspieligen Krankheiten (Code 15)	54
Artikel 69.	Subventionierung der sozialen und gesundheitlichen Strukturen (Code 38)	56
Artikel 70.	Subventionierung, die über die ASBL Holding organisiert wird (Code 95).....	61
Artikel 71.	Finanzierung kollektiver Maßnahmen (Code 38)	98
Artikel 72.	Sozialpädagogische Dienstleistungen (Code 37)	98
Artikel 73.	Medizinisch-soziale Dienstleistungen (Code 37)	98
Artikel 74.	Ambulante Versorgung für Kinder (Code 15)	98
Artikel 75.	Kostenzuschuss für Kinder, die an Ferienaktivitäten teilnehmen (Code 15)	100
Artikel 76.	Von Ocarina organisierte Aufenthalte und Spielanimationen (Code 15)	100
Artikel 77.	Ferienaufenthalte mit Altéo (Code 15)	101
Artikel 78.	Aufenthalte mit Enéo (Code 15)	102

Artikel 79. Logopädie (Code 15)	102
Artikel 80. Psychomotorik (Code 15)	103
Artikel 81. Subventionierung der Betreuung kranker Kinder zu Hause (Code 38)	104
Artikel 82. Betreuung kranker Kinder zu Hause (Code 15)	106
Artikel 83. Denta Solidar - Kieferorthopädie (code 15)	107
Artikel 84. Denta Solidar - Zahnersatz (Code 15)	109
Artikel 85. Osteopathie (Code 15)	110
Artikel 86. Verhütung (Code 15)	110
Artikel 87. Notrufsystem (Code 15)	111
Artikel 88. Dienstleistung zur Unterstützung von Menschen bei Verlust der Autonomie (Code 15)	111
Artikel 89. Klinisch-psychologische Beratung (Code 15)	113
Artikel 90. Erste Hilfe (Code 15)	114
Artikel 91. Optik (Sehhilfen) (Code 15)	114
Artikel 92. Sport (Code 15)	115
Artikel 93. Ernährungsberatung (Code 15)	116
Artikel 94. Unterstützung bei der häuslichen Körperpflege (Code 15)	116
Artikel 95. Krankenpflege (Code 15)	117
Artikel 96. Sozialfonds (Code 15)	117
Artikel 97. Schwangerschaftsgeschenk (Code 15)	119
Artikel 98. Nichtdringender Krankentransport (Code 15)	119
Artikel 99. Ermäßigung bei Qualias (Code 15)	120
Artikel 100. Erstattung von Impfstoffen und Desensibilisierungsmitteln (Code 15)	121
Artikel 101. Geburts- oder Adoptionsprämie (Code 15)	121
Artikel 102. Vermögensverwaltungsvereinigung (Silo 93)	122
KAPITEL VI. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	123
Abschnitt 1. Mittel und Mittelverwendung - Einnahmen, die den Leistungsposten zugeschrieben werden - Jahresabschluss - Anlage von Mitteln	123
Artikel 103. Mittel und Mittelverwendung	123
Artikel 104. Einnahmen, die der jeweiligen Dienstleistung zugeschrieben werden	123
Artikel 105. Jahresabschluss	123
Artikel 106. Anlage von Mitteln	123
Abschnitt 2. Zusammenarbeitsvereinbarungen	123
Artikel 107. Zusammenarbeitsvereinbarungen	123
Abschnitt 3. Auflösung der Krankenkasse	123
Artikel 108. Beschluss über die Auflösung	123
Artikel 109. Ernennung der Liquidatoren	124
Artikel 110. Zuweisung von Vermögenswerten	124
Abschnitt 4. Einstellung der Dienstleistungen	124
Artikel 111. Einstellung der Dienstleistungen	124
Abschnitt 5. Inkrafttreten der Satzung	124
Artikel 112. Inkrafttreten der Satzung	124
ANHANG 1. Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist	125
ANHANG 2. Tabelle der Beitragssätze	126
ANHANG 3. Liste der Gemeinden je Gesundheitstreff (GT) (und Zuordnung zu den Bezirken)	130
ANHANG 4: Liste der Genesungshäuser (Artikel 65)	131
ANHANG 5: ZUSAMMENFASSUNG DER SUBVENTIONEN, DIE SICH AUS DER SATZUNG ERGEBEN	132
ANHANG 6: Subventionierung, die über die A.S.B.L. Holding organisiert wird (Code 95) -(Artikel 70)	131
ANHANG 7: Liste Der chronischen Erkrankungen für die Betreuung kranker Kinder (Artikel 82)	132
ANHANG 8: Liste der Zentren für psychologische Beratung (Artikel 89)	133
ANHANG 9: Liste der für die Sportleistung infrage kommenden Sportarten (Artikel 92)	148
ANHANG 10: Liste der Leistungserbringer für die Leistung „Unterstützung bei der häuslichen Körperpflege“ (Artikel 94)	149
ANHANG 11: Liste der Leistungserbringer für die Leistung „Krankenpflege“ (Artikel 95)	150

KAPITEL I. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN - VERLAUF UND RECHTSFORM - BEZEICHNUNG - SITZ UND TÄTIGKEITSBEREICH – LANDESBUND UND GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFTEN – ZIEL - ZWECK UND DIENSTLEISTUNGEN

Abschnitt 1. Rechtliche und reglementarische Vorschriften - Begriffsbestimmungen

Artikel 1. Rechtliche und reglementarische Vorschriften und Begriffsbestimmungen

§1.: Rechtliche und reglementarische Vorschriften

Gesetz vom 6. August 1990

Gesetz über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände.

Gesetz vom 14. Juli 1994

Koordiniertes Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994.

Gesetz vom 26. April 2010

Gesetz zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung

KE vom 3. Juli 1996

Königlicher Erlass zur Ausführung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

KE vom 7. März 1991

Königlicher Erlass zur Ausführung der Artikel 2 §§ 2 und 3, 14 § 3 und 19 Absatz 3 und 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände

KE vom 12. Mai 2011

Königlicher Erlass zur Ausführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung

KE vom 15. Januar 2014

Königlicher Erlass über die in Artikel 37 § 19 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnte erhöhte Beteiligung der Versicherung

§2. Begriffsbestimmungen

Direktoren-Verwaltungsratsmitglieder

Die Verwaltungsratsmitglieder, die nach den Bestimmungen von Artikel 26 §4 ernannt werden.

Ehrenamtliche Verwaltungsratsmitglieder

Verwaltungsratsmitglieder, die keine Personen sind, welche (i) mit einer Krankenkasse oder einer der Krankenkasse bzw. dem Landesbund angeschlossenen Gegenseitigkeitsgesellschaft einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag abgeschlossen haben oder (ii) im Rahmen von Beschäftigungsprogrammen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit bei einer solchen beschäftigt sind.

Landesbund

Landesbund der Christlichen Krankenkassen.

Generalversammlung

Das im Kapitel III, Abschnitt 1 der Satzung vorgesehene Geschäftsführungsorgan.

Zusatzversicherung:

Die von der Krankenkasse gemäß Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 und gemäß Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehenen Dienstleistungen.

Die Föderale Pflichtkrankenversicherung

Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gemäß Artikel 3, Absatz a) des Gesetzes vom 6. August 1990, die durch das koordinierte Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 geregelt ist.

Regionale Pflichtkrankenversicherung

Pflichtversicherung für Leistungen im Rahmen der Förderung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, die in die Zuständigkeit einer anderen zuständigen Behörde als der des Föderalstaates fallen, organisiert durch:

- das Dekret des Flämischen Parlaments vom 18. Mai 2018 über die Organisation der flämischen Sozialversicherung;
- das Wallonische Dekret vom 8. November 2018 über die Versicherungsträger und die Abänderungen des Wallonischen Gesetzbuchs für soziale Aktion und Gesundheit;
- die Ordonnanz vom 21. Dezember 2018 über die Brüsseler Versicherungsträger im Bereich Gesundheitspflege und Personenbeistand.

Vorteil

Die Vorteile, Leistungen oder Kostenerstattungen, die zu den Dienstleistungen gehören.

Leistungsberechtigter

Ein eigenständig Versicherter oder Mitversicherter, der die Vorteile, Leistungen oder Kostenerstattungen in Anspruch nehmen darf, die zu den von der Krankenkasse vorgesehenen Dienstleistungen gehören.

Präsidium

Das im Kapitel III, Abschnitt 3 der Satzung vorgesehene Geschäftsführungsorgan.

GT (Gesundheitstreff)

Territoriales Gebiet innerhalb der MC/CKK, dessen Einteilung im Anhang 3 aufgeführt ist. Diese Aufteilung entspricht den Wahlbezirken.

In jedem GT wird ein Mitmachrat eingerichtet, wie im Artikel 49 vorgesehen.

Verwaltungsrat

Das im Kapitel III, Abschnitt 2 der Satzung vorgesehene Geschäftsführungsorgan.

Geschäftsführungsausschuss

Das im Kapitel III, Abschnitt 4 der Satzung vorgesehene Geschäftsführungsorgan.

Lenkungsausschuss des Bezirks

Lenkungsausschuss des Bezirks, der aus vier ständigen Mitarbeitern besteht: der Direktor des Bezirks, der Verantwortliche der sozialen Bewegung, der Verantwortliche für die erste Linie und der Verantwortliche für den medizinisch-sozialen Bereich des Bezirks.

Direktor

Die unmittelbar hiernach genannten Personen, die den Titel des Direktors als Funktionstitel tragen und dem Verwaltungsrat direkt Bericht erstatten und Rechenschaft ablegen müssen.

- Der Generaldirektor der MC/CKK
Die gemäß Artikel 26, §2 der Satzung bezeichnete Person.
- Der für die Geschäftsführung zuständige Direktor (Personal und Finanzen)
Die gemäß Artikel 26, §3 der Satzung bezeichnete Person.
- Der für das Netzwerk zuständige Direktor
Die gemäß Artikel 26, §3 der Satzung bezeichnete Person.
- Der für die Versicherungen zuständige Direktor
Die gemäß Artikel 26, §3 der Satzung bezeichnete Person.
- Der für das soziale Unternehmertum zuständige Direktor
Die gemäß Artikel 26, §3 der Satzung bezeichnete Person.
- Der für die Sozialbewegung zuständige Direktor
Die gemäß Artikel 26, §3 der Satzung bezeichnete Person.
- Der für Markt und Entwicklung zuständige Direktor.

Die gemäß Artikel 26, §3 der Satzung bezeichnete Person.

Partner

Körperschaft, die direkt oder indirekt eine dauerhafte und relevante Verbindung mit einer Krankenkasse [auf Gegenseitigkeit], mit einer Gegenseitigkeitsgesellschaft oder mit dem Landesbund unterhält, sei es auf der reglementarischen Ebene oder auf der Ebene der administrativen, finanziellen oder logistischen Unterstützung oder der Unterstützung in Bezug auf Humanressourcen oder Infrastruktur.

Außenstehender

Eine Person, die über besondere einschlägige Fachkenntnisse, Fähigkeiten oder Qualitäten verfügt, die zur Qualität der Arbeitsweise der Krankenkasse beitragen können, die aber weder ein Mitglied, noch eine Person ist, welche (i) mit einer Krankenkasse oder einer der Krankenkasse bzw. dem Landesbund angeschlossenen Gegenseitigkeitsgesellschaft einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag abgeschlossen hat oder (ii) im Rahmen von Beschäftigungsprogrammen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit bei einer solchen beschäftigt ist.

LIKIV

Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung.

Erhöhte Kostenerstattung

Die erhöhte Beteiligung der Versicherung, in deren Genuss die im Artikel 37, §19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 genannten Personen gelangen.

Mitglied

Jede Person, die einer Krankenkasse als eigenständig Versicherter angeschlossen ist.

Krankenkassenhaushalt

Der Krankenkassenhaushalt, wie er im Artikel 2 des Königlichen Erlasses vom 2. März zur Ausführung des Artikels 67, zweiter und vierter Absatz des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung festgelegt ist. In diesem Artikel heißt es, dass unter einem Krankenkassenhaushalt der im Artikel 2, k) des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 genannte Berechtigte der Gesundheitsleistungen zu verstehen ist, sowie alle seine Mitversicherten, deren Anspruch auf die Vorteile der Geschäfte sich aus dem Anspruch dieses [eigenständig versicherten] Berechtigten ableiten.

Mitarbeiter

Eine Person, die bei oder mit einer Krankenkasse, (i) einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag abgeschlossen hat oder (ii) im Rahmen von Programmen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit beschäftigt ist.

Bewegung

Die folgenden Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht (VoG): Énéo und Die Eiche (Sozialbewegung für Senioren), Altéo und Alteo Ostbelgien (Sozialbewegung für Menschen mit und ohne Krankheit oder Beeinträchtigung), Ocarina und Ocarina Ostbelgien (Jugendbewegung).

KAK

Das Kontrollamt der Krankenkassen und der Krankenkassenlandesverbände.

Geschäfte

Die im Artikel 2, 2, b) der Ersten Richtlinie des Rates zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) und ihrer Durchführung (73/239/EWG) genannten Geschäfte, die den in Artikel 67, Abschnitt 1 des Gesetzes vom 26. April 2010 genannten Kriterien entsprechen.

Verbundene Körperschaft

Körperschaft im Sinne von Artikel 43, §1 und 2 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Mitversicherter

- Jede Person, die ein abgeleitetes Recht auf Rückerstattung von Gesundheitsleistungen aufgrund ihrer Mitgliedschaft als unterhaltsberechtigter Angehöriger eines eigenständig Versicherten erhält oder erhalten kann, gemäß Artikel 32, erster Absatz, 17°, 18°, 19° oder 23° des Gesetzes vom 14. Juli 1994.

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Anspruch auf die Erstattung der

Gesundheitsleistungen von einer Person ableitet, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- sowie jede Person, die ihren Anspruch auf Erstattung von Leistungen als Mitversicherter einer eigenständig versicherten Person ableitet oder ableiten kann, die
 - für die **Föderale** Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
 - für die **Föderale** Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit (LSS)/überseeische soziale Sicherheit versichert ist;
- unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- der Föderalen Pflichtkrankenversicherung wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Föderale Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Föderale Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt;
- den Rechtsvorschriften über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Landes als Belgien unterliegt, sich vorübergehend in Belgien aufhält und Inhaber einer Europäischen Krankenversicherungskarte ist.

Der Bezirk

Territoriales Gebiet innerhalb der MC/CKK, dessen Einteilung im Anhang aufgeführt ist. In jedem Bezirk wird ein Netzwerkbeirat eingerichtet, wie im Artikel 48 vorgesehen.

Präsident

Der gemäß Artikel 26 § 1 der Satzung ernannte Amtsträger.

Dienstleistungen

Die im Artikel 7, Punkte 1 bis 6 der Satzung genannten Leistungen.

GGES

Eine Gegenseitigkeitsgesellschaft.

Satzung

Die vorliegende Satzung.

Eigenständig Versicherter

1. Jede Person, die Anspruch auf Erstattung der Gesundheitsleistungen erhält oder erhalten kann als eigenständig Versicherte(r) im Sinne des Artikels 32, Absatz 1, 1^o bis 16^o, 20^o, 21^o und 22^o des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung.
2. Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
3. sowie jede Person, die sich der Zusatzversicherung des Landesbundes angeschlossen hat, und die
 - o für die **Föderale** Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
 - o für die **Föderale** Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- o für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit (LSS)/überseeische soziale Sicherheit versichert ist;
- o unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- o der Föderalen Pflichtkrankenversicherung wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
- o sich in einem in Artikel 3ter, 1^o des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Föderale Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
- o inhaftiert oder interniert ist und für die Föderale Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt;
- o den Rechtsvorschriften über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Landes als Belgien unterliegt, sich vorübergehend in Belgien aufhält und Inhaber einer Europäischen Krankenversicherungskarte ist.

Ehrenamtlicher

Ein eigenständig Versicherter oder ein Mitversicherter, der keine Person ist, welche (i) mit einer Krankenkasse oder einer der Krankenkasse bzw. dem Landesbund angeschlossenen Gegenseitigkeitsgesellschaft einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag abgeschlossen hat oder (ii)

im Rahmen von Beschäftigungsprogrammen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit bei einer solchen beschäftigt ist und gegebenenfalls Tätigkeiten ausübt, die den Bestimmungen über die Freiwilligenarbeit entsprechen.

Abschnitt 2. Verlauf und Rechtsform - Bezeichnung - Sitz - Tätigkeitsbereich - Landesbund und Gegenseitigkeitsgesellschaften

Artikel 2. Verlauf und Rechtsform

§1. Am 1. Januar 2022 wurde nach der Verschmelzung der folgenden Krankenkassen eine einzige Christliche Krankenkasse gegründet:

- Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon
- Mutualité Chrétienne du Hainaut Oriental.
- Mutualité Chrétienne Hainaut Picardie
- Mutualité Chrétienne de Liège
- Mutualité Chrétienne de la Province de Luxembourg
- Mutualité Chrétienne de la Province de Namur
- Mutualité Saint Michel
- Mutualité Chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers Eupen/
Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen

§2. Die Krankenkasse ist eine Krankenkasse [auf Gegenseitigkeit] im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990.

Artikel 3. Bezeichnung

Die Krankenkasse heißt „Christliche Krankenkasse“.

In ihren Beziehungen zu Dritten kann die Krankenkasse die Abkürzung „MC/CKK“ verwenden.

Artikel 4. Sitz und Tätigkeitsbereich

Die Krankenkasse hat ihren Sitz in 1030 Schaerbeek, Haachtsesteenweg 579.

Artikel 5. Landesbund und Gegenseitigkeitsgesellschaften

§1. Die Krankenkasse ist dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen angeschlossen.

§2. Die Krankenkasse schließt sich ebenfalls den Gegenseitigkeitsgesellschaften an, die in der Liste im Anhang 1 aufgeführt sind.

Abschnitt 3. Ziel – Zweck und Dienstleistungen

Artikel 6. Ziel

§1 Die MC/CKK ist eine demokratische und solidarische Bewegung, die sich für das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen aller ihrer Mitglieder einsetzt, mit besonderem Augenmerk auf Menschen, die mit einer Krankheit, Beeinträchtigung oder sozioökonomischen Schwierigkeiten zu kämpfen haben:

- Als Sozialversicherer gewährleistet die MC/CKK eine maximale Krankenversicherung.
- Als Sozialbewegung setzt sich die MC/CKK zusammen mit ihren Ehrenamtlichen für den Aufbau einer gerechteren, nachhaltigeren und integrativeren Gesellschaft ein.
- Als Sozialunternehmer ergreift die MC/CKK verantwortungsvolle und innovative Initiativen, um auf neue Versorgungs- und Unterstützungsbedürfnisse eingehen zu können.

§2 Die MC/CKK ist zwar christlich inspiriert, jedoch offen für die verschiedenen Überzeugungen ihrer Mitglieder und sorgt dafür, dass jede von ihnen respektiert wird.

Artikel 7. Zweck und Dienstleistungen

Zu den Tätigkeiten, die es der Krankenkasse ermöglichen, ihre Ziele zu verfolgen, gehören:

1) die Mitwirkung bei der Durchführung der Föderalen Pflichtkrankenversicherung im Sinne von Artikel 3 Absatz 1, a) des Gesetzes von 6. August 1990.

Dies geschieht unter der Verantwortung des Landesbundes. Die Krankenkasse verpflichtet sich zur Einhaltung der gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen und der Richtlinien des Landesbundes;

2) die Ausrichtung von Dienstleistungen, die als Geschäfte im Sinne von Artikel 3, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 bezeichnet werden, nämlich:

- (a) die Rückerstattung von Kosten, die sich aus der Prävention und Behandlung von Krankheit und

Invalidität ergeben, oder die Gewährung von Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder wenn ein Fall eintritt, in dem das körperliche, psychische oder soziale Wohlbefinden gefördert werden kann;

- (b) die Bereitstellung von Hilfe, Information, Anleitung und Unterstützung zur Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.

Die folgenden Dienstleistungen werden in Anwendung des oben Dargelegten ausgerichtet:

- Absicherung im Krankenhaus „Hospi-Solidar“ (14)
- Dringender Krankentransport (15)
- Absicherung bei schweren und/oder kostspieligen Krankheiten (15)
- Ambulante Versorgung für Kinder (15)
- Kostenzuschuss für Kinder, die an Ferienaktivitäten teilnehmen (15)
- Ocarina organisierte Aufenthalte und Spielanimationen (15)
- Ferienaufenthalte mit Alteo/Altéo (15)
- Aufenthalte mit Enéo/Die Eiche (15)
- Logopädie (15)
- Psychomotorik (15)
- Betreuung kranker Kinder zu Hause (15)
- Denta Solidar - Kieferorthopädie (15)
- Denta Solidar - Zahnersatz (15)
- Osteopathie (15)
- Verhütung (15)
- Notrufsystem (15)
- Dienstleistung zur Unterstützung von Menschen bei Verlust der Autonomie (15)
- Klinisch-psychologische Beratung (15)
- Erste Hilfe (15)
- Optik (Sehhilfen) (15)
- Sport (15)
- Ernährungsberatung (15)
- Unterstützung bei der häuslichen Körperpflege (15)
- Krankenpflege (15)
- Sozialfonds (15)
- Schwangerschaftsgeschenk (15)
- Nichtdringender Krankentransport (15)
- Ermäßigung bei Qualias (15)
- Erstattung von Impfstoffen (15)
- Geburts- oder Adoptionsprämie (15)

- 3) die Ausrichtung von Dienstleistungen, die nicht als Geschäfte im Sinne des Artikels 67, Absätze 5 und 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 gelten, und deren Zweck nicht die Schaffung eines Erstattungsanspruchs beim Eintritt eines ungewissen und zukünftigen Ereignisses ist, und die in Artikel 1 des KE vom 12. Mai 2011 aufgeführt sind.

Die folgenden Dienstleistungen werden in Anwendung des oben Dargelegten ausgerichtet:

- Information und Werbung (37)
- Subventionierung der sozialen und gesundheitlichen Strukturen (38)
- Nicht aufgegliederte Zusammenarbeitsvereinbarungen (95)
- Finanzierung kollektiver Maßnahmen (38)
- Sozialpädagogische Dienstleistungen (37)
- Medizinisch-soziale Dienstleistungen (37)
- Subventionierung der Betreuung kranker Kinder zu Hause (38)
- Vermögensverwaltung (93)

- 4) die Ausrichtung einer Dienstleistung „Kostenstelle zur Verteilung der Verwaltungskosten (Code 98/1)“ für die vollständige Abrechnung und Verteilung der gemeinsamen Betriebskosten, die nicht direkt

der Föderalen oder Regionalen Pflichtkrankenversicherung oder einer bestimmten Dienstleistung der Zusatzversicherung zugeordnet werden können;

5) die Ausrichtung einer Kostenstelle Verwaltung (Code 98/2) zur Verwaltung

- der buchhalterischen Reserve für die Verwaltungskosten der föderalen Pflichtversicherung, die sich aus der Anwendung des Gesetzes vom 14. Juli 1994 ergeben;
- des Beitrags zur Deckung eines eventuellen Fehlbetrags bei den Verwaltungskosten der föderalen Pflichtversicherung gemäß Artikel 1, Punkt 4 des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung von Artikel 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 (I).

Die vom KAK ermittelten Kosten und Einnahmen werden ebenfalls unter dieser Kostenstelle verbucht (Code 98/2).

6) die Eröffnung der Möglichkeit für ihre eigenständig Versicherten und deren Mitversicherten, dem flämischen Sozialschutz beizutreten, der von der Gegenseitigkeitsgesellschaft CM-Zorgkas angeboten wird, der die Krankenkasse angeschlossen ist;

der Anschluss ihrer eigenständig Versicherten und deren Mitversicherten an die regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Wallonie (SMR MC Wallonie/RGGES MC/CKK Wallonie), der die Krankenkasse gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 und der für die Gegenseitigkeitsgesellschaft geltenden regionalen Regelung beigetreten ist;

der Anschluss ihrer eigenständig Versicherten und deren Mitversicherten an die regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Region Brüssel Hauptstadt (SMR MC Bruxelles/RGGES MC/CKK Brüssel), der die Krankenkasse gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 und der für die Gegenseitigkeitsgesellschaft geltenden regionalen Regelung beigetreten ist;

7) die Eröffnung der Möglichkeit für ihre eigenständig Versicherten und deren Mitversicherten, den Versicherungen beizutreten, die von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura angeboten werden, der die Krankenkasse unter Einhaltung der gesetzlichen, reglementarischen und satzungsmäßigen Bedingungen angeschlossen ist;

die Krankenkasse ist als Versicherungsvermittler für die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura tätig;

8) die Gewährung der vom Landesbund gewährten satzungsgemäßen Leistungen an ihre eigenständig Versicherten und deren Mitversicherten.

KAPITEL II. BEITRITT, AUSTRITT UND AUSSCHLUSS VON MITGLIEDERN

Abschnitt 1. Beitritt zu den Dienstleistungen der Krankenkasse

Artikel 8 Beitritt zu den Dienstleistungen der Krankenkasse

§1. Eine Person darf der Krankenkasse beitreten:

1. entweder unter Einhaltung der geltenden rechtlichen, reglementarischen und satzungsmäßigen Bestimmungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gemäß Artikel 3, Absatz 1, a) des Gesetzes vom 6. August 1990; dabei erfolgt von Rechts wegen der Beitritt zu den Dienstleistungen

- der Krankenkasse, die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sind, sowie zu den Dienstleistungen der Krankenkasse, die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehen sind (I);
- des Landesbundes, die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sind, sowie zu den Dienstleistungen des Landesbundes, die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehen sind;
- der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut, der die Krankenkasse angeschlossen ist, die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sind, sowie zu den Dienstleistungen des Landesbundes, die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehen sind;
- der Regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft MC/CKK Wallonie oder der Regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft MC/CKK Brüssel, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, wenn ein solcher Beitritt ihr durch die für die jeweilige Gegenseitigkeitsgesellschaft geltende regionale Regelung zwingend auferlegt wird;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

2. oder nur für die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehenen Dienstleistungen sowie für die Dienstleistungen, die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehen sind.

Dies ist nur möglich, wenn auf die Person eine der folgenden Situationen zutrifft:

- sie ist für die Föderale Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert;
- sie ist für die Föderale Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- sie ist für die Föderale Pflichtkrankenversicherung unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit (LSS)/überseeische soziale Sicherheit versichert;
- sie hat Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien oder kann diesen

Anspruch erhalten;

- sie unterliegt der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr;
- sie ist Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das sie entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- sie befindet sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall und ist für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert;
- sie ist inhaftiert oder interniert und hängt für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz ab;
- sie unterliegt den Rechtsvorschriften über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Landes als Belgien, hält sich vorübergehend in Belgien auf und ist Inhaber einer Europäischen Krankenversicherungskarte.

Für diese Person erfolgt von Rechts wegen ein Beitritt zu den Dienstleistungen

- des Landesbundes, die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sind, sowie zu den Dienstleistungen des Landesbundes, die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehen sind;
- der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut, der die Krankenkasse angeschlossen ist, die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sind, sowie zu den Dienstleistungen, die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehen sind

§2. Während einer Internierung oder Inhaftierung wird eine Person, die dem Föderalen Öffentlichen Dienst Justiz in Bezug auf die föderale Pflichtkrankenversicherung untersteht, für die Anwendung von § 1, 1° als nicht der Krankenkasse angeschlossen betrachtet, es sei denn, sie bekundet ausdrücklich den Wunsch, weiterhin den Dienstleistungen der Krankenkasse im Sinne von Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990, sowie den in Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 vorgesehenen Dienstleistungen der Krankenkasse angeschlossen zu bleiben.

§3. Die Person, die in Übereinstimmung mit den anwendbaren gesetzlichen, reglementarischen und satzungsmäßigen Bestimmungen der Krankenkasse zumindest für die in Artikel 3, Absatz 1, b) und c), des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienstleistungen sowie für die in Artikel 67, Absatz 5, des Gesetzes vom 26. April 2010 genannten Dienstleistungen der Krankenkasse angehört, ist den in § 1, 1°, genannten Dienstleistungen angeschlossen und hat die Möglichkeit,

- sich gegebenenfalls unter Einhaltung der gesetzlichen, reglementarischen und satzungsmäßigen Bestimmungen an dem vom Landesbund organisierten vorheiratlichen Sparen im Sinne von Artikel 7 § 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 zu beteiligen;
- der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft CM-Zorgkas beizutreten, der die Krankenkasse angeschlossen ist, wenn ihr der Beitritt zu dieser regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft aufgrund der für diese geltenden regionalen Regelung erlaubt ist;
- unter Einhaltung der gesetzlichen, reglementarischen und satzungsmäßigen Bestimmungen ein Versicherungsprodukt zu wählen, das von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura, der die Krankenkasse angeschlossen ist, angeboten wird.

§4. Jeder eigenständig Versicherte, welcher der Föderalen Pflichtkrankenversicherung oder der Zusatzversicherung beitreten möchte, muss auch seine unterhaltsberechtigten Angehörigen mitversichern.

Abschnitt 2. Inkrafttreten des Beitritts zur Zusatzversicherung

Artikel 9. Inkrafttreten des Beitritts zur Zusatzversicherung

§1. Der Beitritt zur Zusatzversicherung gilt folgende Regelung:

- für eine Person, die der Zusatzversicherung der Krankenkasse als mitversicherte Person angehörte und sich als eigenständig versicherte Person bei dieser anmeldet, am ersten Tag des Monats, ab dem diese Person der föderalen Pflichtkrankenversicherung unterliegt, das heißt ab dem Monat, in dem diese Person, eine der im Artikel 32, 1° bis 16° und 20° bis 232° des Gesetzes vom 14. Juli 1994 genannten Eigenschaften erwirbt;
- für eine Person, die der Zusatzversicherung einer Krankenkasse als eigenständig versicherte Person angehörte und sich als eigenständig versicherte Person der Krankenkasse anschließt, ab dem ersten Tag des Quartals des Inkrafttretens dieser Anmeldung;
- für eine Person, die der Zusatzversicherung einer Krankenkasse als mitversicherte Person angehörte und sich als eigenständig versicherte Person bei der Krankenkasse anmeldet, am ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Aufnahmeantrags folgt;
- für eine Person, die der Zusatzversicherung einer Krankenkasse als eigenständig versicherte Person angehörte und sich als mitversicherte Person der Krankenkasse anschließt, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Aufnahmeantrags folgt;
- für eine Person im Sinne von Artikel 8, §1, 2° der Satzung sowie für die Personen, die sich zum ersten Mal einer belgischen Krankenkasse anschließen, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Aufnahmeantrags folgt;
- für eine Person, die der Zusatzversicherung einer Krankenkasse als mitversicherte Person angehörte und sich als mitversicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, am ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Aufnahmeantrags folgt.

Abschnitt 3. Ausschluss von Mitgliedern

Artikel 10. Ausschluss von Mitgliedern

Ein Mitglied kann aus der Krankenkasse ausgeschlossen werden, wenn es sich eines Verstoßes gegen die Satzung, die Gesetze vom 14. Juli 1994 und 6. August 1990 oder deren Durchführungserlasse schuldig gemacht hat.

Die Entscheidung über den Ausschluss wird von dem Ausschuss getroffen, der zu diesem Zweck vom Verwaltungsrat gemäß Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990 ernannt wird. Dieser Ausschuss hört die Verteidigung des Mitglieds an, nachdem es per Einschreiben eingeladen wurde.

Ist das Mitglied am Tag der Vorladung verhindert, kann es seine Argumente schriftlich vortragen oder die Vertagung der Verhandlung auf einen späteren Zeitpunkt beantragen. Dieser Aufschub kann nur einmal gewährt werden.

Erscheint das Mitglied bei der erneuten Anhörung nicht, so wird die Angelegenheit von Amts wegen auf der Grundlage der dem Ausschuss vorliegenden Informationen entschieden.

Dieser Ausschluss gilt dann auch für die unterhaltsberechtigten Angehörigen des ausgeschlossenen Mitglieds.

Dieser Artikel gilt nicht im Falle eines Ausschlusses von der Möglichkeit, die Leistungen wegen Nichtzahlung von Beiträgen in Anspruch nehmen zu können.

Abschnitt 4. Austritt durch die Mitglieder

Artikel 11. Austritt durch die Mitglieder

§1. Ein Mitglied darf seine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse auf eigene Initiative nur unter Einhaltung der Ausführungsbestimmungen des Artikels 118 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über Mitgliedschaft und Einschreibung und der Artikel 255 bis einschließlich 275 des KE vom 3. Juli 1996 zum Krankenkassenwechsel kündigen. Eine solche Kündigung entbindet das Mitglied nicht von der Zahlung der Beiträge für Dienstleistungen und Geschäfte für die abgelaufenen Zeiträume, für welche die Verjährung noch nicht eingetreten ist.

KAPITEL III. GREMIEN DER KRANKENKASSE

Abschnitt 1. Die Generalversammlung

Artikel 12. Zusammensetzung

- §1. Die Generalversammlung besteht aus gewählten Vertretern.
- §2. Die Anzahl der Vertreter wird gemäß Artikel 5 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 festgelegt, wobei die auf 118 festgesetzte Zahl der Vertreter für jede volle Tranche von 20.000 Mitgliedern über die Zahl von 505.000 Mitgliedern um 2 Vertreter erhöht wird, begrenzt auf höchstens 140 Vertreter, unbeschadet der in Artikel 13.2 §3 weiter unten genannten Bestimmungen.
- §3. Für die Wahlen 2022 wurden zur Bestimmung der Anzahl der Vertreter in der Generalversammlung die Mitglieder, die am 30. Juni 2021 einer der in Artikel 2, §1 dieser Satzung aufgeführten Krankenkassen angehörten, als Mitglieder der Krankenkasse betrachtet.
- §4. Die Schätzung der Anzahl der Mitglieder, auf die in den §§ 2 und 3 dieses Artikels Bezug genommen wird, erfolgt auf der Grundlage der Anzahl der für die Gesundheitsleistungen eingetragenen eigenständigen Versicherten, gemäß Artikel 2, k) des Gesetzes vom 14. Juli 1994, wie sie sich aus den vom LIKIV gemäß Artikel 345, Absatz 2 des K.E. vom 3. Juli 1996 erstellten Aufstellungen ergibt, und zwar am 30. Juni des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Generalversammlung neu gebildet wird.

Artikel 13. Wahl der Vertreter

Art. 13.1. Allgemeine Bestimmungen

- §1. Die Vertreter in der Generalversammlung werden von den Mitgliedern nach Maßgabe der folgenden Artikel für eine Amtszeit von sechs Jahren gewählt, die verlängert werden kann.
- §2 Für den Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis zur Erneuerung der Zusammensetzung des Verwaltungsrats nach den Krankenkassenwahlen im Jahr 2022 ist abweichend von Artikel 26, §1, wenn in diesem Artikel auf den Präsidenten Bezug genommen wird, die Person gemeint, die von den Verwaltungsräten der in Artikel 2, §1 dieser Satzung genannten Krankenkassen als solcher bestimmt wird.

Art. 13.2. Wahlbezirke

- §1. Im Hinblick auf die Wahl der Vertreter ist die Krankenkasse in Wahlbezirke unterteilt, die den GTP entsprechen. Die Liste der GT und der sie bildenden Gemeinden befindet sich im Anhang 3.
- §2. Einem Wahlbezirk gehören die eigenständig Versicherten und die stimmberechtigten unterhaltsberechtigten Angehörigen an, die ihren rechtmäßigen Wohnsitz diesem Wahlbezirk haben.

Für die Krankenkassenwahlen im Jahr 2022 sind die eigenständig Versicherten und die stimmberechtigten unterhaltsberechtigten Angehörigen, die außerhalb der Wahlbezirke wohnen, den GT angeschlossen, die sich auf dem Gebiet der Krankenkasse befinden, der sie 30. Juni 2021 angeschlossen waren. Der Verwaltungsrat der Krankenkasse legt die GT Zuordnung nach geografischen Kriterien der Verknüpfung von Postleitzahlen mit einem GT fest.

- §3. Die zu besetzenden Mandate der Vertreter werden vom Verwaltungsrat im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Mitgliederzahl pro Wahlkreis verteilt, wobei mindestens 2 Vertreter pro Wahlkreis erforderlich sind.

Die Mandate verteilen sich wie folgt auf die Wahlbezirke:

- Bestimmung der Anzahl der Vertreter pro Wahlbezirk im Verhältnis zur Anzahl der Mitglieder in diesem Bezirk. Um diese Anzahl von Vertretern zu erhalten, wird die Anzahl der Mitglieder des Wahlbezirks am 30. Juni des Jahres vor den Krankenkassenwahlen mit der Anzahl der auf der Grundlage von Artikel 12 §2 festgelegten Mandate multipliziert und die so erhaltene Gesamtzahl durch die Gesamtzahl der MC/CKK-Mitglieder am 30. Juni des Jahres vor den Krankenkassenwahlen geteilt.

$$\frac{\text{Anzahl Mitglieder des Wahlbezirks} \times \text{Anzahl Mandate}}{\text{Anzahl Mitglieder der MC/CKK}}$$

- Die Direktmandate für jeden Wahlbezirk werden für jede volle Tranche von Vertretern wie oben berechnet festgelegt.
 - Pro Wahlkreis mit nur einem Direktmandat wird ein zusätzliches Mandat vergeben.
 - Die verbleibenden Mandate werden dann den jeweiligen Wahlbezirken im Verhältnis zu der nicht genutzten Anzahl von Vertretern zugeteilt.
- §4. Innerhalb jedes Wahlkreises wählen die zu diesem Wahlkreis gehörenden stimmberechtigten eigenständig Versicherten und ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen die Anzahl der diesem Wahlkreis zugeordneten

Vertreter.

§5. Die im 3. Paragraphen dieses Artikels genannte Mitgliederzahl wird auf der Grundlage der Zahl der Gesundheitsleistungsberechtigten im Sinne des Artikels 2, k) des Gesetzes vom 14. Juli 1994 ermittelt, wie sie sich aus den Angaben des LIKIV ergibt, gemäß Artikel 345 Absatz 2 der KE vom 3. Juli 1996, und zwar am 30 Juni des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem sich die Generalversammlung neu konstituiert.

Art. 13.3. Stimmrecht und Wählbarkeit

§1. Um für die Wahl der Vertreter stimmberechtigt zu sein,

- muss der Wähler eigenständig Versicherter der Krankenkasse oder unterhaltsberechtigter Angehöriger eines eigenständig Versicherten ein. Für die Krankenkassenwahlen 2022 werden die eigenständig Versicherten und Mitversicherten der Krankenkassen, die aufgenommen werden, als eigenständig Versicherte oder Mitversicherte der aufnehmenden Krankenkasse betrachtet;
- volljährig sein oder für volljährig erklärt worden sein;

§2. Um als Vertreter oder Stellvertreter in einem Wahlkreis wählbar zu sein,

- muss der Bewerber stimmberechtigt sein;
- muss der Bewerber einen guten Leumund besitzen;
- muss der Bewerber zum Zeitpunkt des Bewerbungsaufrufs der Krankenkasse seit mindestens zwei Jahren angehören; wenn eine Krankenkasse im Rahmen einer Verschmelzung, die am 1. Januar des Jahres, in dem die Wahl zur Generalversammlung der Krankenkasse stattfinden soll, in Kraft tritt, von einer anderen Krankenkasse übernommen werden soll, gelten die eigenständig Versicherten und Mitversicherten der zu übernehmenden Krankenkasse als eigenständig Versicherte und Mitversicherte der übernehmenden Krankenkasse;
- muss der Bewerber eigenständig Versicherter der Krankenkasse oder unterhaltsberechtigter Angehöriger eines eigenständig Versicherten im Sinne des Artikels 57.2 der Satzung sein;
- darf der Bewerber nicht aus einem anderen Grund als dem der Arbeitslosigkeit mit betrieblicher Ergänzungszahlung (ehemals Frühpension) oder aus wirtschaftlichen Gründen als Personalmitglied der Krankenkasse entlassen worden sein;
- darf der Bewerber nicht Mitglied des Personals sein. Wenn eine Krankenkasse im Rahmen einer Verschmelzung, die am 1. Januar des Jahres, in dem die Wahl der Generalversammlung der Krankenkasse stattfinden soll, in Kraft tritt, von einer anderen Krankenkasse übernommen wird, gilt das Personal der aufgenommenen Krankenkasse als Personal der aufnehmenden Krankenkasse;
- muss der Bewerber sich bereit erklären, sich tatsächlich im Rahmen der Tätigkeiten der Krankenkasse einzusetzen und bei der Einreichung seiner Bewerbung die Werte der Krankenkasse durch Unterzeichnung der Charta der Gewählten der MC/CKK-CM-Gruppe, das heißt (i) des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen, (ii) der dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen angeschlossenen Krankenkassen, (iii) aller Gegenseitigkeitsgesellschaften, die von den Krankenkassen gebildet werden, die dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen angeschlossenen sind;

Ein eigenständig Versicherter oder Mitversicherter darf sich nur in einem Wahlbezirk zur Wahl stellen.

Art. 13.4. Aufruf zur Bewerbung

§1. Die eigenständig Versicherten und die stimmberechtigten unterhaltsberechtigten Angehörigen werden spätestens am 31. Oktober des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Krankenkassenwahlen stattfinden, über die Websites der Krankenkasse sowie über Veröffentlichungen oder andere elektronische Kommunikationsmittel, die für die eigenständig Versicherten und die stimmberechtigten unterhaltsberechtigten Angehörigen bestimmt sind, jeweils an gut sichtbarer Stelle informiert über:

- den Aufruf seine Bewerbungen anzumelden (unter Hinweis auf die zu erfüllenden Bedingungen) und die Art und Weise, wie dabei vorzugehen ist;
- die die Bewerbungsfrist;
- die Verteilung der Wahlbezirke und die Anzahl der je Wahlbezirk zu vergebenden Mandate;
- die Daten, die sich aus dem Wahlverfahren ergeben.

Art. 13.5. Bewerbung, Annahme/Ablehnung, Aufstellung von Kandidatenlisten

§1. Die Bewerbungen sind dem Präsidenten der Krankenkasse bis spätestens 30. November des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Krankenkassenwahlen stattfinden, per Einschreiben oder gegen Aushändigung einer

Empfangsbestätigung zu übermitteln.

§2. Stellt der Präsident fest, dass ein Kandidat die in Artikel 13.3 §2 der Satzung vorgesehenen Wählbarkeitsbedingungen nicht erfüllt, teilt er dem betreffenden Kandidaten per Einschreiben seine mit Gründen versehene Ablehnung mit, ihn in die Liste der Kandidaten oder Ersatzkandidaten aufzunehmen, und zwar spätestens am 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Krankenkassenwahlen stattfinden.

Ein Bewerber, der mit der Ablehnung nicht einverstanden ist, darf sich gemäß Artikel 47 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 an das KAK wenden.

§3. Stellt der Präsident fest, dass ein Kandidat die in Artikel 13.3 §2 der Satzung vorgesehenen Wählbarkeitsbedingungen erfüllt, nimmt er diesen in die obengenannte Liste der Kandidaten auf.

§4. Für jeden Wahlbezirk wird nur eine Kandidatenliste erstellt.

Der in Artikel 13.7 genannte Wahlvorstand sorgt dafür, dass die Anzahl der Kandidaten mindestens doppelt so hoch ist, wie die der zu besetzenden Mandate, und dass die Vielfalt unter den Kandidaten gewährleistet ist.

Auf den Kandidatenlisten sind Name, Vorname, Wohnort, Geburtsjahr und Beruf der Kandidaten anzugeben. Die Kandidaten sind in alphabetischer Reihenfolge aufzuführen. Der Präsident entscheidet durch Auslosung den Buchstaben, bei dem die alphabetische Reihenfolge beginnt.

§5. Die Kandidatenlisten werden spätestens am 28. Februar des Jahres, in dem die Krankenkassenwahlen stattfinden, durch Veröffentlichungen oder andere elektronische Kommunikationsmittel, die für die Mitglieder und ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen bestimmt sind, veröffentlicht.

Art. 13.6. Wahlaufforderungen

§1. Die Wahlaufforderungen (einschließlich der Stimmzettel) und der Wahlzeitraum (d.h. der Zeitraum, in dem gewählt werden darf) werden den eigenständig Versicherten und den stimmberechtigten unterhaltsberechtigten Angehörigen bis spätestens 15 März des Jahres, in dem die Krankenkassenwahlen stattfinden, per E-Mail oder per Post zugestellt.

§2. Der Wahlzeitraum beginnt frühestens 8 Kalendertage nach dem Versand der Wahlaufforderungen.

Art. 13.7. Wahlvorstand

§1. Die Organisation der Wahlvorgänge und die Kontrolle dieser Vorgänge werden einem Wahlvorstand anvertraut, der sich aus einem Präsidenten, einem Sekretär und zwei Beisitzern zusammensetzt. Der Wahlvorstand setzt sich spätestens 30 Kalendertage vor Beginn der Wahlvorgänge zusammen.

Der Präsident und die Beisitzer des Wahlvorstands werden vom Verwaltungsrat ernannt.

Der Sekretär wird vom Präsidenten aus den Reihen des Personals der Krankenkasse gewählt.

Die Kandidaten, die sich zur Wahl stellen, dürfen dem Wahlvorstand nicht angehören.

§2. Das Wahlbüro trifft die erforderlichen Maßnahmen, um den regelrechten Ablauf der Wahlen zu gewährleisten.

Art. 13.8. Wählerlisten

§1. Der Wählerstatus wird durch die Eintragung in die Wählerlisten festgestellt.

§2. Die Wählerlisten werden vom Wahlbüro nach Wahlbezirken erstellt und enthalten die nach Artikel 13.3 § 1 wahlberechtigten Personen am Ende des Quartals, das dem Quartal vorausgeht, in dem das Wahlverfahren beginnt.

§3. Die Wählerlisten enthalten den Namen, Vornamen, die Mitgliedsnummer und die Adresse jedes Wählers.

Art. 13.9 Wahl

§1. Die Wahl ist frei und erfolgt grundsätzlich mittels des gemäß Artikel 13.6 § 1 der Satzung übermittelten Stimmzettels.

§2. Nach der Wahl wird der Stimmzettel in einen dafür vorgesehenen Umschlag gesteckt und innerhalb des Wahlzeitraums in einen MC/CKK-Briefkasten gelegt oder per Post verschickt. Dieser Umschlag ist an den Präsidenten des Wahlvorstands zu richten. Die Vertraulichkeit ist nach einem vom Verwaltungsrat verabschiedeten Verfahren garantiert. Dieses Verfahren ist den eigenständig Versicherten und Mitversicherten auf einfache Anfrage mitzuteilen.

Gleichzeitig kann der Verwaltungsrat auch die Möglichkeit der Fernwahl auf elektronischem Wege oder in den während des Wahlzeitraums eingerichteten Wahllokalen anbieten, entweder mittels eines Stimmzettels oder

durch elektronische Stimmabgabe.

Die elektronische Stimmabgabe vor Ort oder aus der Ferne muss die vom Kontrollamt gemäß Artikel 9 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 festgelegten Bedingungen erfüllen.

In diesem Fall legt der Verwaltungsrat die weiteren praktischen Vorkehrungen für eine solche Wahl fest, die den eigenständig Versicherten und ihren unterhaltsberechtigten Angehörigen in den Wahlaufforderungen gemäß Artikel 13.6 § 1 der Satzung mitgeteilt werden.

- §3. Der Wähler kann für einen oder mehrere Kandidaten stimmen. Die Anzahl der Stimmen, die der Wähler abgeben darf, ist jedoch auf die Anzahl der innerhalb des Wahlbezirks zu besetzenden Mandate beschränkt.

Art. 13.10. Stimmzählung

- §1. Innerhalb von sieben Werktagen nach der Wahlperiode zählt der Wahlvorstand die abgegebenen Stimmen nach Wahlbezirken aus. Die Auszählung findet in Anwesenheit eines Gerichtsvollziehers statt.

- §2. Die folgenden abgegebenen Stimmen sind nicht gültig:

- auf anderen Stimmzetteln als denen, die dem Wähler ausgehändigt wurden;
- auf Stimmzetteln, die keinen Ausdruck einer Stimmabgabe enthalten;
- auf Stimmzetteln, die eine Kennzeichnung zur Identifizierung des Wählers enthalten;
- auf Stimmzetteln, die andere Einträge als die der Stimmabgabe aufweisen;
- auf Stimmzetteln, die mehr namentliche Stimmen enthalten, als Mandate zu besetzen sind;
- auf Stimmzetteln, die nach Ablauf des Wahlzeitraums in einen MC/CKK-Briefkasten eingeworfen wurden;
- auf Stimmzetteln, die nach Ablauf der Wahlzeit eingesandt und abgestempelt wurden.

- §3. Die Vertreter werden in der Reihenfolge und nach der Anzahl der erhaltenen Stimmen gewählt.

Bei Stimmgleichheit für das letzte zu vergebende Mandat eines Wahlbezirks geht das Mandat an den jüngsten Kandidaten.

Nicht gewählte Kandidaten werden in der Reihenfolge und nach der Anzahl der erhaltenen Stimmen zu Stellvertretern für ihren Wahlbezirk, wobei die Anzahl der Stellvertreter auf das Doppelte der Anzahl der für ihren Wahlkreis gewählten Kandidaten begrenzt ist.

- §4. Der Wahlvorstand erstellt ein Protokoll über den Ablauf der Wahlen, in dem die Anzahl der abgegebenen Stimmen, die Anzahl der gültigen Stimmen, die Art und Weise der Überprüfung der Identität der Wähler und das Ergebnis der Wahl, die Wahlbezirke, für die keine Wahlen stattgefunden haben, gemäß Artikel 13.11 der Satzung aufgeführt sind.

Art. 13.11. Freistellung von der Stimmabgabe

Ist die Anzahl der Kandidaten pro Wahlbezirk auf der Wahlliste gleich oder geringer als die Anzahl der zu besetzenden Mandate für diesen Bezirk, sind diese Kandidaten automatisch gewählt und es findet keine Stimmabgabe in diesem Bezirk statt.

Art. 13.12. Veröffentlichung der Ergebnisse - Einspruchsverfahren gegen den Wahlgang

- §1. Die Wähler werden spätestens fünfzehn Kalendertage nach dem Tag, an dem alle Abstimmungen in allen Wahlbezirken stattgefunden haben oder nachdem festgestellt wurde, dass in keinem der Wahlbezirke eine Abstimmung durchgeführt werden muss (weil die Anzahl der Kandidaten in allen Wahlbezirken kleiner oder gleich der Anzahl der effektiven Mandate ist), über die Website der Krankenkasse sowie über die Veröffentlichungen oder jedes andere für sie bestimmte elektronische Kommunikationsmittel über die Ergebnisse der Abstimmung informiert.

Die Kandidaten werden individuell über das Ergebnis der Wahlen informiert.

- §2. Der Betroffene, der die Abstimmung für ungültig erklären oder ändern möchte, kann sich gemäß Artikel 47 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 an das Kontrollamt der Krankenkassen wenden.

Art. 13.13. Übermittlung der Wahlunterlagen

- §1. Ein Exemplar der Veröffentlichungen und anderer Mitteilungen an die Wähler sind dem Landesbund und dem KAK gleichzeitig zu übermitteln.
- §2. Ein Exemplar der Wahlordnung und der Zusammensetzung des Wahlvorstands sowie ein Exemplar des Protokolls der Wahlvorgänge sind dem Landesbund und dem KAK innerhalb von dreißig Tagen nach Ablauf der Wahlperiode zuzustellen.

Artikel 14. Einsetzung der neuen Generalversammlung

Die neue Generalversammlung wird spätestens am 30. Juni des Jahres eingesetzt, in dem die Krankenkassenwahlen

stattfinden.

Artikel 15. Rücktritt, Ausschluss und Ersatz von Vertretern

- §1. Erfüllt ein Vertreter während seiner Amtszeit nicht mehr die in Artikel 13.3, §2 der Satzung genannten Wählbarkeitsvoraussetzungen, verliert er mit sofortiger Wirkung seine Eigenschaft als Vertreter in der Generalversammlung.
- §2. Jeder Vertreter kann seinen Rücktritt auch durch ein an den Präsidenten gerichtetes Rücktrittsschreiben erklären, entweder per Einschreiben oder gegen Empfangsbestätigung.
- §3. Vertreter, die den Interessen der Krankenkasse Schaden zufügen oder dreimal ohne Grund einer Sitzung der Generalversammlung fernbleiben, können auf Vorschlag des Verwaltungsrates durch Beschluss der Generalversammlung ausgeschlossen werden.

Der Grund für den Ausschluss muss in der Einladung angegeben werden. Der Vertreter, dessen Ausschluss vorgeschlagen wird, muss vom Präsidenten über die Gründe für seinen Ausschluss informiert werden.

- §4. Wenn in einem Wahlbezirk Ersatzmitglieder gemäß Artikel 13.10, §3 gewählt worden sind, werden diese Ersatzmitglieder in die Generalversammlung aufgenommen, um die Vertreter dieses Wahlbezirks zu ersetzen, die endgültig nicht mehr der Generalversammlung angehören. Sie beenden die Amtszeit der Vertreter, die sie ersetzen.
- §5. Wenn die Anzahl der Mandate, wie in Artikel 12, §2 vorgesehen, nicht oder nicht mehr erreicht wird und kein Ersatzmitglied (mehr) ernannt wird, gilt die Generalversammlung dennoch bis zu den nächsten Krankenkassenwahlen als gültig konstituiert.

Artikel 16. Andere Personen, die an der Generalversammlung teilnehmen können

- §1. Die Generalversammlung kann auf Vorschlag des Verwaltungsrates und für einen verlängerbaren Zeitraum von 3 Jahren maximal fünf Berater ernennen, die der Krankenkasse als eigenständig Versicherte oder unterhaltsberechtigte Personen angehören und Vertreter der Bewegungen, einschließlich der deutschsprachigen Bewegungen, und der Partner sind. Diese Berater können zu allen Sitzungen eingeladen werden und daran teilnehmen.

Sie haben eine beratende Stimme.

- §2. Die Mitglieder des Verwaltungsrates, die der Generalversammlung nicht angehören, die Mitglieder des Geschäftsführungsausschusses und Personen, die eine andere Führungsposition innerhalb der Krankenkasse innehaben, können an der Generalversammlung mit beratender Stimme und nach den Bestimmungen der Geschäftsordnung der Generalversammlung, die von der Generalversammlung genehmigt wurde, teilnehmen.
- §3. Der Landesbund kann gemäß Artikel 17 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 eine Person benennen, die sie in der Generalversammlung mit beratender Stimme vertritt.
- §4. Auch andere Personen (z.B. Sachverständige oder eingeladene Gäste) können vom Präsidenten oder Vizepräsidenten zur Teilnahme an der Mitgliederversammlung ohne Stimmrecht eingeladen werden.

Artikel 17. Zuständigkeiten der Generalversammlung

- §1. Die Generalversammlung berät und beschließt über die folgenden Angelegenheiten:
 - die Änderung der Satzung;
 - die Ernennung und Abberufung der Verwaltungsratsmitglieder;
 - die Genehmigung der Haushaltspläne und Jahresabschlüsse;
 - die Gewährung von Sitzungsgeldern oder die Erstattung von Auslagen an die Verwaltungsratsmitglieder und die Mitglieder der Generalversammlung;
 - die Bestellung eines oder mehrerer Wirtschaftsprüfer;
 - die in Artikel 43 erwähnte Zusammenarbeit mit Dritten, außer für die Formen der Zusammenarbeit oder den Gegenstand der Zusammenarbeit, die vom König auf Vorschlag des Kontrollamtes und nach Stellungnahme des in Artikel 54 erwähnten technischen Ausschusses festgelegt werden;
 - die Einrichtung und Gruppierung von Diensten in einer Gegenseitigkeitsgesellschaft;
 - die Verschmelzung mit einer anderen Krankenkasse;
 - der Beitritt zu einem Nationalverband;
 - der Wechsel zu einem anderen Nationalverband;
 - die Auflösung der Krankenkasse und die mit ihrer Liquidation verbundenen Vorgänge;
 - alle anderen Zuständigkeiten, die der Generalversammlung ausdrücklich von Rechts wegen oder laut Satzung zugesprochen werden.
- §2. Gemäß Artikel 32 des Gesetzes vom 6. August 1990 ernennt die Generalversammlung ein Kollegium von zwei Wirtschaftsprüfern oder einen Wirtschaftsprüfer, der aus der vom KAK erstellten Liste der zugelassenen

Wirtschaftsprüfer ausgewählt wird. Die Ernennung muss, auf Vorschlag des Landesbundes erfolgen, andernfalls ist sie ungültig.

Außer unter (den vom KAK vorgesehenen) außergewöhnlichen Umständen muss die Krankenkasse die Genehmigung des KAK zur mindestens einen Monat vor dem vorgesehenen Datum des Ernennungsvorschlags der Generalversammlung einholen, andernfalls ist die Ernennung ungültig.

Die Ernennung des Wirtschaftsprüfers oder der Wirtschaftsprüfer darf erst erfolgen, nachdem die mit dieser Funktion verbundene Vergütung dem KAK mitgeteilt wurde, andernfalls ist sie ungültig. Änderungen der Vergütung sind dem KAK ebenfalls mitzuteilen, da sie andernfalls ungültig sind.

- §3. Das Kollegium oder der Wirtschaftsprüfer erstattet der Generalversammlung, die die Genehmigung des Jahresabschlusses für das abgelaufene Geschäftsjahr auf ihre Tagesordnung gesetzt hat, Bericht.
- §4. Die Amtszeit des Wirtschaftsprüferkollegiums bzw. des Wirtschaftsprüfers beträgt 3 Jahre und kann verlängert werden. Das Kollegium der Wirtschaftsprüfer oder der Wirtschaftsprüfer nimmt an der Generalversammlung teil, wenn diese über einen von ihm erstellten Bericht berät. Das Kollegium der Wirtschaftsprüfer oder der Wirtschaftsprüfer hat das Recht, in der Generalversammlung zur Ausführung seines Auftrags das Wort zu ergreifen.
- §5. Die Generalversammlung kann dem Verwaltungsrat die Befugnis übertragen, über die Anpassung der Beiträge für die Zusatzversicherung zu entscheiden.

Diese Übertragung ist für ein Jahr gültig und kann verlängert werden.

Artikel 18. Einberufung der Generalversammlung

- §1. Die Generalversammlung wird vom Verwaltungsrat in den gesetzlich oder satzungsmäßig vorgesehenen Fällen und auf Verlangen von mindestens einem Fünftel der Vertreter einberufen.

Die Einladung erfolgt auf elektronischem Wege (z.B. per E-Mail) mindestens zwanzig Kalendertage vor dem Termin der Generalversammlung. Wenn der Vertreter schriftlich mitgeteilt hat, dass er keine elektronische Kommunikation wünscht, wird die Einladung per Post versandt.

Die vom Verwaltungsrat aufgestellte Tagesordnung ist der Einladung beizufügen.

Zusätzlich zu der vom Verwaltungsrat festgelegten Tagesordnung werden in die Tagesordnung auch alle Punkte aufgenommen, die von mindestens einem Fünftel der Vertreter mindestens 15 Kalendertage vor der Sitzung vorgeschlagen werden.

- §2. Die Generalversammlung tritt mindestens einmal im Jahr zusammen, um den Jahresabschluss und den Haushaltsplan zu genehmigen.

Jeder Vertreter erhält mindestens acht Kalendertage vor dem Termin der Generalversammlung eine Dokumentation, die folgende Informationen enthält:

- Tätigkeitsbericht für das vergangene Jahr mit einer Übersicht über die Funktionsweise der verschiedenen Dienststellen und Dienstleistungen;
- Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen und deren Verwendung, aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Dienstleistungen;
- Entwurf des Jahresabschlusses einschließlich der Bilanz, der Gewinn- und Verlustrechnung und der Erläuterungen sowie der Bericht des Kollegiums der Wirtschaftsprüfer;
- Entwurf des Haushaltsplans für das folgende Haushaltsjahr, sowohl der Gesamtentwurf als auch nach den einzelnen Dienstleistungen aufgeteilt;
- Der in Artikel 43 des Gesetzes vom 6. August 1990 genannte Bericht über die Zusammenarbeit mit Dritten

- §3. Spätestens einen Monat nach ihrer Genehmigung übermittelt die Krankenkasse dem Landesbund das Budget, die Jahresrechnung der Zusatzversicherung sowie den Bericht der Wirtschaftsprüfer über die Jahresrechnung der Zusatzversicherung.

- §4 Der Landesbund hat von Rechts wegen, auf Anfrage und ohne Ortswechsel Zugang zu den Dokumenten der Sitzungen der Generalversammlung.

Artikel 19. Beschlussfähigkeit und Abstimmung

- §1. Um gültig beraten zu können, muss mindestens die Hälfte der Vertreter anwesend oder vertreten sein.

Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder gefasst, soweit das Gesetz vom 6. August 1990 oder die Satzung keine andere Mehrheitsregelung vorsieht. Stimmenthaltungen

und ungültige Stimmen werden weder im Zähler noch im Nenner gezählt und gelten daher nicht als Gegenstimmen. Bei Stimmgleichheit gilt der Vorschlag als abgelehnt.

- §2. Ausnahmsweise und nur wenn die Prüfung eines Punktes aus rechtlichen Gründen nicht auf ein späteres Datum verschoben werden kann oder wenn die Verschiebung die Betriebsfunktion der Krankenkasse gefährden könnte, dürfen mit Zustimmung der Mehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder Punkte behandelt werden, die nicht auf der Tagesordnung stehen. In diesem Fall wird die Stimme einer Person, die per Vollmacht abstimmen lässt, als Enthaltung für den hinzugefügten Tagesordnungspunkt gewertet.
- §3. Eine Satzungsänderung kann nur mit einer Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen der anwesenden oder vertretenen Mitglieder beschlossen werden.
- Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen werden weder im Zähler noch im Nenner gezählt und gelten daher nicht als Gegenstimmen.
- §4. Wird das in Paragraf 1 dieses Artikels geforderte Anwesenheitsquorum beim ersten Mal nicht erreicht, ist eine zweite Generalversammlung einzuberufen. Auf die Tagesordnung dieser Generalversammlung dürfen nur Punkte gesetzt werden, die bereits auf der Tagesordnung der ersten Generalversammlung standen.
- Diese zweite Generalversammlung ist unabhängig von der Anzahl der anwesenden oder vertretenen Mitglieder gültig.
- Die Einladung zu dieser zweiten Generalversammlung wird allen Vertretern mindestens acht Kalendertage vor dem Datum dieser Versammlung gemäß den Bestimmungen von Artikel 18, §1 der Satzung zugestellt.
- Beschlüsse werden in dieser zweiten Generalversammlung mit den gleichen Mehrheiten gefasst, wie sie in §1 dieses Artikels vorgesehen sind.
- §5. Jeder Vertreter, der nicht persönlich an der Generalversammlung teilnehmen kann, darf sich durch einen anderen Vertreter mittels schriftlicher Vollmacht vertreten lassen. Jeder Vertreter darf maximal eine Vollmacht besitzen.
- §6. Jedes anwesende oder gültig vertretene Mitglied hat eine Stimme.
- §7. Ein Verwaltungsratsmitglied, das gleichzeitig Mitglied der Generalversammlung ist, darf nicht an der Beratung und Abstimmung über den Antrag auf seine Abberufung teilnehmen. Personen, die von der Abstimmung ausgeschlossen sind, werden bei der Berechnung des Anwesenheitsquorums für den betreffenden Tagesordnungspunkt nicht berücksichtigt.
- §8. Abstimmungen über Personen sind geheim.

Artikel 20. Versammlungsmodus

Die Generalversammlung findet grundsätzlich als Präsenzversammlung statt.

Um einer möglichst großen Anzahl von gewählten Vertretern die Teilnahme an den Sitzungen der Generalversammlung zu ermöglichen, darf der Verwaltungsrat zusätzlich die Möglichkeit vorsehen,

1. per Videokonferenz aus der Ferne an der Sitzung teilzunehmen,
2. aus der Ferne abzustimmen, bevor die Sitzung abgehalten wird.

Wird von einer dieser Möglichkeiten Gebrauch gemacht, so gelten auch die Bestimmungen des Artikels 21.

Der Verwaltungsrat hat dafür zu sorgen, dass

- a. die Sicherheit der elektronischen Kommunikationsmittel gewährleistet ist;
- b. es möglich ist, die Eigenschaft und die Identität der gewählten Vertreter, die abstimmen, zu überprüfen.

Die in diesem Paragrafen genannten Befugnisse des Verwaltungsrats dürfen in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 6. August 1990 übertragen werden.

Artikel 21. Abhaltung der Sitzung aus der Ferne

- §1. Abweichend von Artikel 20 darf der Verwaltungsrat eine Sitzung der Generalversammlung ausschließlich per Videokonferenz oder durch schriftliche Befragung abhalten, wenn außergewöhnliche Umstände oder Dringlichkeit dies erfordern.

„Außergewöhnliche Umstände“ bedeutet „jeder Umstand, der es unmöglich macht oder verbietet, eine Präsenzsitzung abzuhalten“.

„Dringlichkeit“ bedeutet „jede Situation, die ein schnelles Handeln erfordert, um Schaden zu vermeiden oder um die Frist für eine zu treffende Entscheidung einzuhalten“.

- §2. Die Fristen für die Einberufung der Versammlung, die Beschlussfähigkeit und die erforderliche Mehrheit, die durch das Gesetz vom 6. August 1990 oder durch diese Satzung für die Gültigkeit der Beschlussfassung der Generalversammlung vorgesehen sind, bleiben in den in Artikel 20 und in §2 dieses Artikels genannten

Situationen anwendbar.

Im Hinblick auf die zu erreichende Beschlussfähigkeit gelten gewählte Vertreter, die per Videokonferenz an der Generalversammlung teilnehmen oder die ihre Stimme in einer schriftlichen Befragung abgegeben haben oder die vor der Versammlung aus der Ferne abgestimmt haben, als bei der Versammlung anwesend. In einem solchen Fall dürfen die gewählten Vertreter keine Reisekostenerstattung beantragen.

Die Satzungsbestimmungen über die Möglichkeit der Vollmachterteilung gelten auch, wenn die Versammlung per Videokonferenz gemäß §1 abgehalten wird oder für gewählte Vertreter, die in Anwendung von Artikel 20 per Videokonferenz an der Versammlung teilnehmen. Eine Vollmacht ist jedoch nicht zulässig, wenn die Versammlung im Wege der schriftlichen Befragung durchgeführt wird.

- §3. In der Einberufung der Generalversammlung ist anzugeben, in welcher Form die Versammlung abgehalten wird, und gegebenenfalls sind die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit anzugeben, die zur Wahl dieser Form der Versammlung geführt hat/haben.

Sie enthält gegebenenfalls eine klare und genaue Beschreibung der Verfahren in Bezug auf die Teilnahme aus der Ferne oder durch schriftliche Befragung, die Möglichkeit, seine Stimme vor der Sitzung abzugeben, und die Möglichkeit, einem anderen gewählten Vertreter eine Vollmacht zu erteilen oder nicht.

- §4. Wenn die Versammlung per Videokonferenz organisiert wird, müssen die elektronischen Kommunikationsmittel es den gewählten Vertretern ermöglichen, die Diskussionen innerhalb der Generalversammlung direkt, gleichzeitig und kontinuierlich zur Kenntnis zu nehmen und ihr Stimmrecht zu allen Punkten, über die die Generalversammlung zu entscheiden hat, auszuüben. Die elektronischen Kommunikationsmittel müssen es den gewählten Vertretern zudem ermöglichen, an den Beratungen teilzunehmen und Fragen zu stellen.

- §5. Wenn auf eine schriftliche Befragung zurückgegriffen wird,
- muss die Einladung die Tagesordnung, die Gründe für die schriftliche Befragung, die für den Austausch von Fragen notwendigen Informationen und einen Stimmzettel mit den Angaben „ja“, „nein“ oder „Enthaltung“ beinhalten;
 - müssen in der Einladung die Frist, innerhalb derer die Stimmabgabe zu übermitteln ist, sowie die Postanschrift und/oder die elektronische Adresse, an die die Stimmzettel zu senden sind, genannt sein;
 - muss in der Einladung auch die Frist genannt werden, innerhalb derer Fragen schriftlich gestellt werden können; der Verwaltungsrat stellt sicher, dass die Antworten auf die gestellten Fragen allen gewählten Vertretern zur Verfügung gestellt werden, damit die gewählten Vertreter sie bei der Abstimmung berücksichtigen und/oder ihre bereits abgegebene Stimme im Lichte dieser Fragen und Antworten ändern können;

Das Datum des Poststempels gilt als Beweis für die fristgerechte Abgabe der Stimme, wenn die Beantwortung auf dem Postweg erfolgt. Um gezählt zu werden, muss die Stimme jedoch 3 Werktage nach Ablauf der obengenannten Frist eingegangen sein.

- §6. Das Sitzungsprotokoll enthält die gestellten Fragen und die Wortmeldungen, die erteilten Antworten, die abgegebenen Stimmen und die gefassten Beschlüsse sowie:

1. die Anzahl der anwesenden gewählten Mitglieder,
2. gegebenenfalls die Anzahl der gewählten Mitglieder, die eine Vollmacht erteilt haben,
3. die Anzahl der gewählten Mitglieder, die weder anwesend noch vertreten sind,
4. die Art und Weise, in der die Sitzung abgehalten wurde, und ggf. die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit, die zur Wahl dieses Versammlungsmodus geführt hat/haben,
5. alle technischen Probleme und Vorfälle, die die Teilnahme an der Versammlung oder die Abstimmung auf elektronischem Weg verhindert oder gestört haben,
6. die Anzahl der gewählten Mitglieder, die per Videokonferenz an der Sitzung teilgenommen haben, und die Anzahl der gewählten Mitglieder, die persönlich teilgenommen haben,
7. gegebenenfalls die Anzahl der gewählten Mitglieder, die vor der Sitzung per Fernabstimmung abgestimmt haben.

Das Protokoll und/oder die Anwesenheitsliste enthält/enthaltet außerdem

1. die Identität der anwesenden gewählten Mitglieder,
2. die Identität der gewählten Mitglieder, die eine Vollmacht erteilt haben und an wen,
3. die Identität der gewählten Mitglieder, die weder anwesend noch vertreten sind,
4. ggf. die Identität der gewählten Mitglieder entsprechend der Art der Teilnahme an der Sitzung (persönliche Anwesenheit, Videokonferenz oder schriftliche Befragung).

- §7 Der Verwaltungsrat darf die Einberufung der Generalversammlung und die in Artikel 20 und in §1 und 5 dieses Artikels genannten Befugnisse gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 übertragen.

Artikel 22. Protokolle

Die Beschlüsse der Generalversammlungen werden in Protokollen festgehalten, die vom Präsidenten

unterschrieben und in der nächsten Generalversammlung endgültig genehmigt werden.

Spätestens einen Monat nach ihrer Genehmigung übermittelt die Krankenkasse die Beschlüsse der Generalversammlung an den Landesbund.

Artikel 23. Geschäftsordnung

Eine von der Generalversammlung genehmigte Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten, die Arbeitsweise, die Einberufung, die Beratung, die Entscheidungsfindung und die Organisation der Generalversammlung.

Abschnitt 2. Der Verwaltungsrat

Artikel 24. Zusammensetzung und Vorschlag der Kandidaten

§1. Der Verwaltungsrat wird von der Generalversammlung für eine Dauer von maximal 6 Jahren gewählt.

Die Amtszeit eines Verwaltungsratsmitglieds ist verlängerbar.

Mitglieder des Verwaltungsrats dürfen nur volljährige Personen sein, die können einen guten Leumund besitzen.

§2. Der Verwaltungsrat setzt sich aus maximal 34 Mitgliedern zusammen

§3. Beschäftigte der Krankenkasse oder des Landesbundes dürfen nicht mehr als ein Viertel der Verwaltungsratsmitglieder stellen.

Es dürfen nicht mehr als 66% der Mandate, mit Ausnahme der Direktoren-Verwaltungsratsmitglieder, an Personen des gleichen Geschlechts vergeben werden.

Darüber hinaus darf der Verwaltungsrat unter Berücksichtigung der Direktoren-Verwaltungsratsmitglieder nicht zu über 75% aus Personen desselben Geschlechts bestehen.

§4. Alle Kandidaten sind in einer einzigen Wählerliste aufgeführt.

Unbeschadet des Rechts der Mitglieder der Generalversammlung, sich spontan zur Wahl zu stellen, werden die Kandidaten für den Verwaltungsrat zum einen von den gewählten Vertretern der Bezirke und zum anderen vom (scheidenden) Verwaltungsrat aufgrund ihrer Funktion oder spezifischen Kompetenz vorgeschlagen, und zwar mit der Mehrheit der Stimmen der Generalversammlung.

Die Wahlliste enthält (mindestens) 2 Kandidaten, die jeden Bezirk vertreten. Für den Bezirk Verviers-Eupen müssen beide Gemeinschaften auf der Liste vertreten sein.

Artikel 25. Wahl der Verwaltungsratsmitglieder

§1. Der (scheidende) Vorstand stellt gemäß Artikel 24, §3 und 4 der Satzung eine Wahlliste mit Kandidaten für den Verwaltungsrat auf.

Bei der Erstellung dieser Liste berücksichtigt der Verwaltungsrat das in der Geschäftsordnung des Verwaltungsrats beschriebene Profil der Verwaltungsratsmitglieder.

§2. Wenn die Anzahl der Kandidaten für den Verwaltungsrat auf der Wahlliste gleich oder geringer ist als die Anzahl der zu besetzenden Mandate, unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Artikels 23, §3 und 4 der Satzung, sind die Kandidaten automatisch gewählt.

Übersteigt die Anzahl der Kandidaten für den Verwaltungsrat auf der Wahlliste die Anzahl der zu besetzenden Mandate unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Artikels 24, §3 und 4 der Satzung, so hat die Generalversammlung in geheimer Wahl abzustimmen.

Jeder Vertreter darf für einen oder mehrere Namen stimmen. Die maximale Anzahl der Stimmen, die ein Vertreter abgeben darf, darf jedoch die Anzahl der zu besetzenden Mandate nicht überschreiten.

Die Verwaltungsratsmitglieder werden in der Reihenfolge der erhaltenen Stimmenzahl gewählt, unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Artikels 24, §3 der Satzung.

Bei Stimmgleichheit für das letzte zu vergebende Mandat wird unter Berücksichtigung der Bestimmungen von Artikel 24, §3 und 4 der Satzung das Mandat an den jüngsten Kandidaten vergeben.

Artikel 26. Ernennung des Präsidenten - des Vizepräsidenten - des Generaldirektors der MC/CKK - der Direktoren

§1 Der Verwaltungsrat wählt einen Präsidenten für die Dauer von höchstens sechs Jahren. Nachdem sich das

Präsidium gemäß Artikel 39 der Satzung gebildet hat, ernennt der Verwaltungsrat aus seiner Mitte einen vom Präsidium vorgeschlagenen Vizepräsidenten.

Die Mandate sind erneuerbar.

§2. Der Verwaltungsrat ernennt im Rahmen eines gemeinsamen Beschlusses mit dem Verwaltungsrat des Landesbundes den Generaldirektor der MC/CKK auf unbefristete Zeit nach dem Verfahren, das in der von den Verwaltungsräten der Mutualité Chrétienne, der Christelijke Mutualiteit und des Landesbundes verabschiedeten Geschäftsordnung beschrieben ist, und unter Berücksichtigung des Artikels 25 des Gesetzes vom 6. August 1990.

§3. Der Verwaltungsrat ernennt auf unbefristete Zeit die anderen Mitglieder des in Artikel 45 der Satzung genannten Geschäftsführungsausschusses, und zwar mindestens die folgenden Direktoren:

- den für die Humanressourcenverwaltung und die Finanzen zuständigen Direktor;
- den für das Netzwerk zuständigen Direktor;
- den für das Versicherungswesen (Pflicht- und Zusatzversicherung) zuständigen Direktor;
- den für das soziale Unternehmertum zuständigen Direktor;
- den für die Sozialbewegung zuständigen Direktor;
- den für Markt & Entwicklung zuständigen Direktor.

Die Direktoren dürfen nur durch den Verwaltungsrat abberufen werden. Der Generaldirektor der MC/CKK darf nur gemäß dem Verfahren abberufen werden, das in der in § 2 dieses Artikels genannten Geschäftsordnung beschrieben ist.

§4 Unter Einhaltung von Artikel 24 §3 der Satzung dürfen der Generaldirektor der MC/CKK und die folgenden Direktoren:

- der für die Humanressourcenverwaltung und die Finanzen zuständige Direktor,
- der für das Netzwerk zuständige Direktor,
- der für das Versicherungswesen (Pflicht- und Zusatzversicherung) zuständige Direktor,
- der für die Sozialbewegung zuständige Direktor,

vom (scheidenden) Verwaltungsrat zur Wahl durch die Generalversammlung als Verwaltungsratsmitglieder vorgeschlagen werden.

Wenn sie als Verwaltungsratsmitglieder gewählt wurden, führt ihr Rücktritt als Generaldirektor der MC/CKK oder Direktor automatisch zur Beendigung ihrer Amtszeit als Verwaltungsratsmitglied.

§5. Niemand innerhalb der Krankenkasse außer den Direktoren darf den Titel „Direktor“ tragen. Niemand innerhalb der Krankenkasse, mit Ausnahme des Generaldirektors der MC/CKK, darf den Titel „Generaldirektor“ tragen.

Artikel 27. Andere Personen, die an Sitzungen des Verwaltungsrats teilnehmen dürfen

§1. Der Verwaltungsrat darf auf Vorschlag des Präsidiums maximal 5 Berater ernennen, die den Status einer eigenständig versicherten oder mitversicherten Person haben, und die Bewegungen, einschließlich der deutschsprachigen Bewegungen und/oder Partner, repräsentieren. Diese Berater haben eine beratende Stimme.

Sie werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt und dürfen wieder ernannt werden.

§2. Die Mitglieder des Geschäftsführungsausschusses, die nicht als Verwaltungsratsmitglieder gewählt sind, nehmen mit beratender Stimme am Verwaltungsrat teil.

Personen, die eine andere leitende oder verantwortliche Funktion innerhalb der Krankenkasse ausüben, dürfen gemäß den in der von der Generalversammlung genehmigten Geschäftsordnung des Verwaltungsrats festgelegten Bedingungen mit beratender Stimme zu den Sitzungen des Verwaltungsrats eingeladen werden.

§3. Der Landesbund kann gemäß Artikel 26 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 eine Person ernennen, die sie im Verwaltungsrat mit beratender Stimme vertritt.

§4. Der Präsident oder der Vizepräsident darf auch andere Personen (z.B. Sachverständige oder eingeladene Gäste) zur Teilnahme an den Sitzungen des Verwaltungsrates ohne Stimmrecht einladen.

Artikel 28. Ende der Mandatszeit der Verwaltungsratsmitglieder - Ersatz von Verwaltungsratsmitgliedern

§ 1. Die Generalversammlung darf die Abberufung eines Verwaltungsratsmitglieds beschließen. Dazu müssen zwei Drittel der Vertreter anwesend oder vertreten sein, und der Beschluss muss mit einer

Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen werden weder im Zähler noch im Nenner gezählt und gelten daher auch nicht als Gegenstimmen.

- §2. Jedes Verwaltungsratsmitglied darf auch durch schriftliche Mitteilung an den Präsidenten zurücktreten. Nach der Einreichung seines Rücktritts ist ein Verwaltungsratsmitglied verpflichtet, seine Funktionen so lange auszuüben, bis sein Ersatz durch Kooptation und/oder die Wahl eines neuen Verwaltungsratsmitglieds durch die Generalversammlung in angemessener Weise sichergestellt werden kann.
- §3. Ein Mitglied des Verwaltungsrats, das dreimal hintereinander bei einer Sitzung des Verwaltungsrats ohne Grund abwesend ist, gilt als zurückgetreten. Der Präsident teilt dem betreffenden Verwaltungsratsmitglied das Ende seines Mandats schriftlich mit. Die Mandatszeit eines Verwaltungsratsmitglieds endet an dem Datum, das in der vom Präsidenten versandten Mitteilung genannt wird.
- §4. Der Austritt oder Ausschluss als eigenständig oder mitversichertes Mitglied der Krankenkasse hat automatisch das Ende des Verwaltungsratsmandats zur Folge. Das Mandat eines Verwaltungsratsmitglieds endet mit dem Tag des Austritts oder Ausschlusses aus der Krankenkasse.

Der Verlust der Eigenschaft, unter der eine Person als Verwaltungsratsmitglied gewählt wurde, sowie die Tatsache, dass eine der Wählbarkeitsbedingungen nicht mehr erfüllt ist, haben automatisch das Ende des Mandats des Verwaltungsratsmitglieds ab dem Datum zur Folge, an dem dieser Verlust der Eigenschaft endgültig ist.

- §5. Wird der Sitz eines Verwaltungsratsmitglieds vor Ablauf seiner Amtszeit durch Rücktritt, Abberufung, Tod oder Unfähigkeit frei, so wird das Verwaltungsratsmitglied gemäß dem in Artikel 25 der Satzung festgelegten Verfahren ersetzt. Das neu gewählte Verwaltungsratsmitglied vollendet die Amtszeit des Verwaltungsratsmitglieds, das es ersetzt.
- §6. Bis zu einer Entscheidung gemäß dem vorigen Paragraphen hat der Verwaltungsrat das Recht, ein neues Verwaltungsratsmitglied zu kooptieren. Das kooptierte Verwaltungsratsmitglied muss die in Artikel 24 der Satzung festgelegten Wählbarkeitsbedingungen erfüllen. Wenn ein anderes als das kooptierte Verwaltungsratsmitglied von der nächsten Generalversammlung gewählt wird, endet die Amtszeit des kooptierten Verwaltungsratsmitglieds mit dem Ende dieser Generalversammlung.
- §7. Wenn ein Verwaltungsratsmitglied, das einen Bezirk vertritt, ersetzt wird, muss auch das neu gewählte oder kooptierte Verwaltungsratsmitglied diesen Bezirk vertreten.

Artikel 29. Zuständigkeiten des Verwaltungsrates

- §1. Der Verwaltungsrat übt als Leitungsgremium alle Befugnisse aus, die nicht ausdrücklich durch Gesetz oder Satzung der Generalversammlung zugewiesen sind.
- §2. Mit Ausnahme der Festsetzung der Beiträge zur obligatorischen Zusatzversicherung darf der Verwaltungsrat unter seiner Verantwortung einen Teil seiner Befugnisse an ein oder mehrere Verwaltungsratsmitglieder oder an einen oder mehrere Ausschüsse oder Kommissionen delegieren, deren Mitglieder vom Verwaltungsrat bestimmt werden, und zwar insbesondere an
- das Präsidium;
 - den Geschäftsführungsausschuss.

Wenn solche Ausschüsse oder Kommissionen nicht nur Verwaltungsratsmitglieder, sondern auch Personen umfassen, die dem Verwaltungsrat nicht angehören, haben die Nichtmitglieder nur eine beratende Stimme.

Ausschüsse und Kommissionen bzw. beauftragte Verwaltungsratsmitglieder berichten mindestens einmal jährlich dem Verwaltungsrat über ihre Tätigkeit.

- §3. Jedes Jahr legt der Verwaltungsrat der Generalversammlung den Jahresabschluss der Zusatzversicherung der Krankenkasse für das abgelaufene Geschäftsjahr und den Haushaltsentwurf für das folgende Geschäftsjahr zur Genehmigung vor.

Artikel 30 Die Präsidenschaft

- §1. Der Präsident ist verantwortlich für die Leitung der Generalversammlung, des Verwaltungsrats und des Präsidiums.
- §2. Der Präsident und der Vizepräsident sind gegenüber dem Verwaltungsrat und dem Präsidium für die Erstellung der Berichte, die Korrespondenz, die Einberufung der Generalversammlung, des Verwaltungsrates, des Präsidiums und die Führung des Archivs verantwortlich. Sie sorgen für die

Ausführung der Satzung und der Geschäftsordnungen.

Artikel 31. Vertretung des Präsidenten

- §1. Der Vizepräsident vertritt den Präsidenten, wenn nötig.
- §2. Bei Abwesenheit des Präsidenten und des Vizepräsidenten beauftragt der Verwaltungsrat eines seiner Mitglieder, den Vorsitz vorübergehend auszuüben.

Artikel 32. Rechenschaftspflichten des Generaldirektors der MC/CKK und der Direktoren gegenüber dem Verwaltungsrat

- §1. Der Generaldirektor der MC/CKK und die Direktoren, die Mitglieder des Geschäftsführungsausschusses sind, sind gegenüber dem Verwaltungsrat für die ordnungsgemäße Führung der Geschäfte der MC/CKK in ihrem jeweiligen Bereich rechenschaftspflichtig.

Artikel 33. Einberufung des Verwaltungsrats

- §1. Der Verwaltungsrat tritt mindestens fünfmal im Jahr zusammen, und zwar an Tagen und zu Uhrzeiten, die vom Präsidium festgelegt werden. Darüber hinaus hat der Präsident jederzeit das Recht, den Verwaltungsrat bei außergewöhnlichen Umständen einzuberufen. Außerdem ist er verpflichtet, dies innerhalb von 14 Tagen nach einer entsprechenden Aufforderung durch mindestens ein Fünftel der Vertreter in der Generalversammlung oder durch mindestens ein Fünftel der Verwaltungsratsmitglieder zu tun.
- §2. Der Verwaltungsrat tritt auf schriftliche Einladung des Präsidenten zusammen, die mindestens acht Tage vor dem Termin der Sitzung per E-Mail und/oder per Post versandt wird.

Artikel 34. Beratung, Beschlussfähigkeit und Abstimmung

- §1. Den Vorsitz des Verwaltungsrats führt der Präsident.

Ein Mitglied des Verwaltungsrats, das nicht persönlich an der Sitzung teilnehmen kann, darf sich durch ein anderes Mitglied des Verwaltungsrats mittels einer schriftlichen Vollmacht vertreten lassen. Jedes Verwaltungsratsmitglied darf nur eine Vollmacht besitzen.

Der Verwaltungsrat kann nur beraten und beschließen, wenn mindestens die Hälfte der Verwaltungsratsmitglieder anwesend oder durch einen Bevollmächtigten auf der Sitzung vertreten ist.

Die Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen werden nicht mitgezählt.

Wenn der Verwaltungsrat im Rahmen einer von der Generalversammlung übertragenen Zuständigkeit handelt, gelten für die Beschlussfähigkeit und die Mehrheit die Regeln, die für die Generalversammlung maßgeblich sind.

Bei Stimmgleichheit gilt der Vorschlag als abgelehnt.

- §2. Die Mitglieder des Verwaltungsrats dürfen nicht an Beratungen über Angelegenheiten teilnehmen, die sie oder ihre Familienangehörigen bis einschließlich des vierten Grades betreffen.
- §3. Wenn ein Verwaltungsratsmitglied ein direktes oder indirektes Interesse vermögensrechtlicher Natur hat, das dem Interesse der Krankenkasse entgegensteht, muss es die anderen Verwaltungsratsmitglieder informieren, bevor der Verwaltungsrat eine Entscheidung trifft. Die Erklärung und Erläuterung der Art dieses Interessenkonflikts muss in das Protokoll der Verwaltungsratssitzung aufgenommen werden, in der die Entscheidung getroffen werden soll.

Ein Verwaltungsratsmitglied, das sich in einem Interessenkonflikt befindet, muss sich aus der Sitzung zurückziehen und sich der Teilnahme an der Beratung und Abstimmung über die Angelegenheit, auf die sich diese bezieht, enthalten.

Das vorstehende Verfahren gilt nicht für übliche Geschäfte, die unter den Bedingungen und mit den Sicherheiten durchgeführt werden, die normalerweise auf dem Markt für ähnliche Geschäfte üblich sind.

Artikel 35. Versammlungsmodus

- § 1. Die Sitzung des Verwaltungsrates findet grundsätzlich als Präsenzversammlung statt.

Um einer möglichst großen Anzahl von Verwaltungsratsmitgliedern die Teilnahme an den Sitzungen des Verwaltungsrates zu ermöglichen, darf der Präsident, sofern der Verwaltungsrat ihm diese Befugnis übertragen hat, zusätzlich die Möglichkeit vorsehen,

1. per Videokonferenz aus der Ferne an der Sitzung teilzunehmen,
2. aus der Ferne abzustimmen, bevor die Sitzung abgehalten wird.

Wird von einer dieser Möglichkeiten Gebrauch gemacht, so gelten auch die Bestimmungen des Artikels 36.

Der Präsident hat dafür zu sorgen, dass

- a. die Sicherheit der elektronischen Kommunikationsmittel gewährleistet ist;
- b. es möglich ist, die Eigenschaft und die Identität der gewählten Vertreter, die abstimmen, zu überprüfen.

Artikel 36. Abhaltung der Sitzung aus der Ferne

§1. Abweichend von Artikel 35 darf der Präsident, sofern der Verwaltungsrat ihm diese Befugnis übertragen hat, eine Sitzung des Verwaltungsrates ausschließlich per Videokonferenz oder durch schriftliche Befragung abhalten, wenn außergewöhnliche Umstände oder Dringlichkeit dies erfordern.

„Außergewöhnliche Umstände“ bedeutet *„jeder Umstand, der es unmöglich macht oder verbietet, eine Präsenzsitzung abzuhalten“*.

„Dringlichkeit“ bedeutet *„jede Situation, die ein schnelles Handeln erfordert, um Schaden zu vermeiden oder um die Frist für eine zu treffende Entscheidung einzuhalten“*.

§2. Die Fristen für die Einberufung der Sitzung, die Beschlussfähigkeit und die erforderliche Mehrheit, die durch das Gesetz vom 6. August 1990 oder durch diese Satzung für die Gültigkeit der Beschlussfassung des Verwaltungsrates vorgesehen sind, bleiben in den in Artikel 35 und in §1 dieses Artikels genannten Situationen anwendbar.

Im Hinblick auf die zu erreichende Beschlussfähigkeit gelten Verwaltungsratsmitglieder, die per Videokonferenz an der Verwaltungsratssitzung teilnehmen oder die ihre Stimme in einer schriftlichen Befragung abgegeben haben oder die vor der Versammlung aus der Ferne abgestimmt haben, als bei der Versammlung anwesend. In einem solchen Fall dürfen die Verwaltungsratsmitglieder keine Reisekostenerstattung beantragen.

Die Satzungsbestimmungen über die Möglichkeit der Vollmachtserteilung gelten auch, wenn die Versammlung per Videokonferenz gemäß §1 abgehalten wird oder für Verwaltungsratsmitglieder, die in Anwendung von Artikel 35 per Videokonferenz an der Versammlung teilnehmen. Eine Vollmacht ist jedoch nicht zulässig, wenn die Versammlung im Wege der schriftlichen Befragung durchgeführt wird.

§3. In der Einberufung der Verwaltungsratssitzung ist anzugeben, in welcher Form die Versammlung abgehalten wird, und gegebenenfalls sind die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit anzugeben, die zur Wahl dieser Form der Versammlung geführt hat/haben.

Sie enthält gegebenenfalls eine klare und genaue Beschreibung der Verfahren in Bezug auf die Teilnahme aus der Ferne oder durch schriftliche Befragung, die Möglichkeit, seine Stimme vor der Sitzung abzugeben, und die Möglichkeit, einem anderen Verwaltungsratsmitglied eine Vollmacht zu erteilen oder nicht.

§4. Wenn die Versammlung per Videokonferenz organisiert wird, müssen die elektronischen Kommunikationsmittel es den Verwaltungsratsmitgliedern ermöglichen, die Diskussionen innerhalb der Verwaltungsratssitzung direkt, gleichzeitig und kontinuierlich zur Kenntnis zu nehmen und ihr Stimmrecht zu allen Punkten, über die der Verwaltungsrat zu entscheiden hat, auszuüben. Die elektronischen Kommunikationsmittel müssen es den Verwaltungsratsmitgliedern zudem ermöglichen, an den Beratungen teilzunehmen und Fragen zu stellen.

§5. Wenn auf eine schriftliche Befragung zurückgegriffen wird,

- muss die Einladung die Tagesordnung, die Gründe für die schriftliche Befragung, die für den Austausch von Fragen notwendigen Informationen und einen Stimmzettel mit den Angaben „ja“, „nein“ oder „Enthaltung“ beinhalten;
- müssen in der Einladung die Frist, innerhalb derer die Stimmabgabe zu übermitteln ist, sowie die Postanschrift und/oder die elektronische Adresse, an die die Stimmzettel zu senden sind, genannt sein;
- muss in der Einladung auch die Frist genannt werden, innerhalb derer Fragen schriftlich gestellt werden können; der Präsident stellt sicher, dass die Antworten auf die gestellten Fragen allen Verwaltungsratsmitgliedern zur Verfügung gestellt werden, damit die Verwaltungsratsmitglieder sie bei der Abstimmung berücksichtigen und/oder ihre bereits abgegebene Stimme im Lichte dieser Fragen und Antworten ändern können;

Das Datum des Poststempels gilt als Beweis für die fristgerechte Abgabe der Stimme, wenn die Beantwortung auf dem Postweg erfolgt. Um gezählt zu werden, muss die Stimme jedoch 3 Werktagen nach Ablauf der obengenannten Frist eingegangen sein.

§6. Das Sitzungsprotokoll enthält die gestellten Fragen und die Wortmeldungen, die erteilten Antworten, die abgegebenen Stimmen und die gefassten Beschlüsse sowie:

1. die Anzahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder,
2. gegebenenfalls die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die eine Vollmacht erteilt haben,
3. die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die weder anwesend noch vertreten sind,
4. die Art und Weise, in der die Sitzung abgehalten wurde, und ggf. die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit, die zur Wahl dieses Versammlungsmodus geführt hat/haben,
5. alle technischen Probleme und Vorfälle, die die Teilnahme an der Versammlung oder die Abstimmung auf elektronischem Weg verhindert oder gestört haben,
6. die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die per Videokonferenz an der Sitzung teilgenommen haben, und die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die persönlich teilgenommen haben,
7. gegebenenfalls die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die vor der Sitzung per Fernabstimmung abgestimmt haben.

Das Protokoll und/oder die Anwesenheitsliste enthält/enthalten außerdem

1. die Identität der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder,
2. die Identität der Verwaltungsratsmitglieder, die eine Vollmacht erteilt haben und an wen,
3. die Identität der Verwaltungsratsmitglieder, die weder anwesend noch vertreten sind,
4. ggf. die Identität der Verwaltungsratsmitglieder entsprechend der Art der Teilnahme an der Sitzung (persönliche Anwesenheit, Videokonferenz oder schriftliche Befragung).

Artikel 37. Protokolle

§1. Über jede Sitzung des Verwaltungsrats wird ein Protokoll erstellt, das vom Präsidenten zu unterzeichnen ist.

Spätestens einen Monat nach ihrer Genehmigung übermittelt die Krankenkasse die Beschlüsse der Verwaltungsratssitzung an den Landesbund.

Der Landesbund hat von Rechts wegen, auf Anfrage und ohne Ortswechsel Zugang zu den Dokumenten der Sitzungen des Verwaltungsrates.

Artikel 38. Geschäftsordnung

Eine von der Generalversammlung genehmigte Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten, die Arbeitsweise, die Einberufung, die Beratung, die Entscheidungsfindung und die Organisation des Verwaltungsrates.

Abschnitt 3. Das Präsidium

Artikel 39 Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder

§1. Das Präsidium setzt sich aus dem Präsidenten, den fünf Direktoren-Verwaltungsratsmitgliedern und fünf ehrenamtlichen Verwaltungsratsmitglieder zusammen; zu diesen gehören:

1. der Präsident der SMRW (Regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Wallonie), sofern dieser dem Verwaltungsrat als gewählter Vertreter angehört;
2. der Präsident der SMRB (Regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft Brüssels), sofern dieser dem Verwaltungsrat als gewählter Vertreter angehört;
3. der Präsident der CKK-Assura, sofern dieser dem Verwaltungsrat als gewählter Vertreter angehört;
4. zwei ehrenamtliche Verwaltungsratsmitglieder, darunter der ehrenamtliche Vizepräsident des Landesbundes, wenn er nicht bereits durch die in den Punkten 1 bis 3 genannten Funktionen oder als Präsident dazugehört;

Unter den fünf ehrenamtlichen Verwaltungsratsmitgliedern muss auch die Deutschsprachige Gemeinschaft vertreten sein.

§2. Die Mitglieder des Präsidiums werden vom Verwaltungsrat ernannt.

Artikel 40. Zuständigkeiten

- §1. Das Präsidium ist für die Prüfung und Vorbereitung von Entscheidungen, die vom Verwaltungsrat zu treffen sind, zuständig.
- §2. Darüber hinaus hat der Verwaltungsrat gemäß Artikel 29 der Satzung dem Präsidium die folgenden Befugnisse übertragen:
- die Ernennung und Entlassung von Mitarbeitern, die den Direktoren direkt unterstellt sind, wie in Artikel 45 genannt;
 - Die Genehmigung von geplanten Käufen oder Investitionen im Namen der Krankenkasse, deren Wert 5 Millionen Euro innerhalb des vom Verwaltungsrat genehmigten Budgets übersteigt.
- §3. Darüber hinaus übt das Präsidium alle Befugnisse aus, die ihm vom Verwaltungsrat anvertraut oder übertragen werden.
- §4. Für ausdrücklich bestimmte Rechtshandlungen, die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen (oder für eine Reihe von Rechtshandlungen), ermächtigt der Verwaltungsrat das Präsidium, besondere Vertreter zu benennen. Diese besonderen Bevollmächtigten sind im Rahmen ihrer Vollmacht zeichnungsberechtigt.

Diese Übertragung von Befugnissen sowie die Personen oder Personenkategorien, die als Bevollmächtigte benannt sind, werden in einem Dokument mit dem Titel „Delegationsmatrix“ aufgeführt.

Artikel 41. Einberufung und Beratung

Das Präsidium tritt nach Einberufung durch den Präsidenten und mindestens vor jeder Sitzung des Verwaltungsrats zusammen.

Artikel 42. Teilnahme aus der Ferne

§1. Die Mitglieder des Präsidiums können aus der Ferne mittels eines von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten elektronischen Kommunikationsmittels am Präsidium teilnehmen, das eine Prüfung der Eigenschaft und Identität des Teilnehmers und die Feststellung, dass das Mitglied am Präsidium teilnimmt und somit als anwesend betrachtet werden kann, ermöglicht.

Wenn von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, gelten die im Artikel 36 dieser Satzung festgelegten Grundsätze auch für das Präsidium.

§2. Präsidiumsmitglieder, die auf diese Weise an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend.

§3. Das eingesetzte elektronische Kommunikationsmittel muss es den Mitgliedern des Präsidiums ermöglichen, direkt, gleichzeitig und fortlaufend von den Diskussionen der Sitzung Kenntnis zu nehmen, an den Beratungen teilzunehmen, Fragen zu stellen und gegebenenfalls ihr Stimmrecht in allen Angelegenheiten auszuüben, über die das Präsidium in seiner Sitzung zu entscheiden hat.

Artikel 43. Schriftliche Befragung

In Ausnahmefällen ist es möglich, das schriftliche Entscheidungsverfahren auf elektronischem Wege zu nutzen. Dieses Ausnahmeverfahren darf nur für wesentliche und dringende Entscheidungen angewendet werden und

bedarf der vorherigen Zustimmung des Präsidenten und des Vizepräsidenten.

Artikel 44. Geschäftsordnung

§1. Eine vom Verwaltungsrat angenommene Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten, die Arbeitsweise, die Einberufung, die Beratung, die Entscheidungsprozesse und die Organisation des Präsidiums.

§2. Die Geschäftsordnung regelt auch die Vertretung von Mitgliedern des Präsidiums bei längerer Abwesenheit.

Abschnitt 4. Der Geschäftsführungsausschuss

Artikel 45. Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder

Der Geschäftsführungsausschuss besteht aus folgenden Personen, sofern sie von der Generalversammlung in den Verwaltungsrat gewählt wurden:

- der Generaldirektor der MC/CKK;
- der für die Verwaltung zuständige Direktor (Humanressourcen und Finanzen);
- der für das Netzwerk zuständige Direktor;
- der für das Versicherungswesen zuständige Direktor;
- der für das soziale Unternehmertum zuständige Direktor;
- der für die Sozialbewegung zuständige Direktor;
- der für Markt & Entwicklung zuständige Direktor.

Gemäß Artikel 29, § 2, Absatz 2, nehmen die im ersten Absatz genannten Personen, die nicht als Verwaltungsratsmitglieder gewählt wurden, mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

Artikel 46. Zuständigkeiten und Beratungen

§1. Der Verwaltungsrat hat gemäß Artikel 29 dem Geschäftsführungsausschuss die folgenden Befugnisse übertragen:

- Führung des Tagesgeschäfts;
- Koordination sowie Leitung und Schlichtung aller exekutiven und operativen Zuständigkeiten, die dem Generaldirektor der MC/CKK und den Direktoren zugewiesen sind;
- Ernennung, Vergütung, Führung und Entlassung des Personals der Krankenkasse, mit Ausnahme des Generaldirektors, der Direktoren und der Mitarbeiter, die den Direktoren direkt unterstehen;
- Das Treffen aller Entscheidungen im Rahmen von Beschaffungen und im Rahmen der Vergabe und Ausführung von öffentlichen Aufträgen, deren Wert den im Artikel 11, 3° des Königlichen Erlasses vom 18. April 2017 über die Vergabe öffentlicher Aufträge in den klassischen Bereichen vorgesehenen Schwellenwert überschreitet.

Gemäß Artikel 40, §2.2. der Satzung müssen Käufe oder Investitionen, deren Wert 5 Millionen Euro übersteigt, im Voraus vom Präsidium genehmigt werden.

Entscheidungen über die Vergabe und Ausführung von öffentlichen Aufträgen, deren Wert den Schwellenwert gemäß Artikel 11, 3° des Königlichen Erlasses vom 18. April 2017 über die Vergabe öffentlicher Aufträge in den klassischen Bereichen nicht überschreitet, werden von zwei Mitgliedern des Geschäftsführungsausschusses, die gleichzeitig dem Verwaltungsrat angehören, getroffen und veröffentlicht.

Darüber hinaus übt der Geschäftsführungsausschuss alle Befugnisse aus, die ihm vom Verwaltungsrat anvertraut oder übertragen werden.

§2. Für ausdrücklich bestimmte Rechtshandlungen (bzw. eine Kategorie oder Reihe von Rechtshandlungen), die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, ermächtigt der Verwaltungsrat den Geschäftsführungsausschuss, besondere Vertreter zu benennen. Diese besonderen Bevollmächtigten sind im Rahmen ihres Mandats zeichnungsberechtigt

Diese Übertragung von Befugnissen sowie die Personen oder Personenkategorien, die als Bevollmächtigte benannt sind, werden in einem Dokument mit dem Titel „Delegationsmatrix“ aufgeführt.

§3. Der Geschäftsführungsausschuss darf, falls erforderlich, Entscheidungen ohne physische Zusammenkunft, per Videokonferenz oder durch schriftliche Zustimmung oder andere Kommunikationsmittel, wie z. B. E-Mail, treffen.

Wenn von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, gelten die in Artikel 36 dieser Satzung festgelegten Grundsätze auch für den Geschäftsführungsausschuss.

Artikel 47. Geschäftsordnung

§1. Eine vom Verwaltungsrat angenommene Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten, die Arbeitsweise, die Einberufung, die Beratung, die Entscheidungsprozesse und die Organisation des Geschäftsführungsausschusses.

§2. Die Geschäftsordnung regelt auch die Vertretung von Mitgliedern des Geschäftsführungsausschusses bei

längerer Abwesenheit.

Abschnitt 5. Die Beteiligungsgremien

Artikel 48. Der Netzwerkbeirat

§1 Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder

In jedem Bezirk wird ein Netzwerkbeirat gebildet.

Jeder Netzwerkbeirat besteht aus

- den gewählten Vertretern und Stellvertretern der Gesundheitstreffe (GT), die den Bezirk bilden;
- ehrenamtlichen Vertretern jeder sozialpädagogischen Bewegung;
- den ständigen Mitarbeitern des Lenkungsausschusses des Bezirks;
- den Koordinatoren der Gesundheitstreffe (GT), die den Bezirk bilden;
- den Fachleuten und den eigenständig Versicherten beziehungsweise Mitversicherungen, die am lokalen Leben im Einzugsgebiet des Bezirks beteiligt sind.

Der Präsident und der Vizepräsident der medizinisch-sozialen Vereinigung jedes Bezirks werden zur Wahl des Vorsitzes des Netzwerkbeirats durch die gewählten Vertreter des Bezirks vorgeschlagen. Im Bezirk Verviers-Eupen gehören Präsident und Vizepräsident jeweils einer anderen Gemeinschaft an. Die gewählten Vertreter des Bezirks können vereinbaren, dass der Präsident der medizinisch-sozialen Vereinigung gleichzeitig der Vizepräsident des Netzwerkbeirats und der Vizepräsident der Vereinigung gleichzeitig der Präsident des Netzwerkbeirats ist.

Für die Zeit vom 1. Januar 2022 bis zur Erneuerung der Zusammensetzung des Verwaltungsrats nach den Krankenkassenwahlen im Jahr 2022 und abweichend vom vorliegenden Artikel, wenn auf die gewählten und stellvertretenden Mitglieder der GT, die den Bezirk bilden, Bezug genommen wird, bezieht sich dies auf die Verwaltungsratsmitglieder der Krankenkasse, die einem der GT des Bezirks angehören.

§2 Ernennung

Alle gewählten Vertreter des Bezirks sind auch ständige Mitglieder des Netzwerkbeirats für die Dauer ihres Mandats als gewählte Vertreter der MC/CKK.

Die ehrenamtlichen Vertreter der sozialpädagogischen Bewegungen, einschließlich der deutschsprachigen Bewegungen, werden von den gewählten Vertretern des Bezirks auf Vorschlag des Verwaltungsrates ihrer jeweiligen Bewegung für die Dauer von 3 Jahren ernannt.

Externe Mitglieder werden von den gewählten Vertretern des Bezirks für einen Zeitraum ernannt, der ihrer Beteiligung an einem oder mehreren Projekten des Bezirks entspricht, höchstens jedoch für drei Jahre.

Ständige Mitarbeiter der MC/CKK können von dem Trio, bestehend aus dem Präsidenten und Vizepräsidenten des Netzwerkbeirats sowie dem Bezirks-Direktor, je nach ihrem fachlichen Beitrag zu einem Thema oder Projekt eingeladen werden.

§3 Aufgaben

Die Aufgaben des Netzwerkbeirats sind folgende:

- Abstimmung der Politik der medizinisch-sozialen Vereinigung und der Krankenkasse;
- Aufbau einer politischen Stimme, die insbesondere durch die kollektiven Rückmeldungen der Beteiligungsräte in den GT gespeist wird;
- sich mit den politischen Akteuren des Gebiets in Verbindung setzen;
- die lokalen Aktionen koordinieren;
- die Bedürfnisse der Bevölkerung des GT des jeweiligen Bezirks zu konsolidieren und der Generalversammlung Empfehlungen zu den Vorteilen und den Leistungen der Zusatzversicherung der MC/CKK zu geben.
- Beratung zu bestimmten Themen (z.B. Umstrukturierung des Netzwerks der GTP oder der Geschäftsstellen des Einzugsgebiets, „Bestand“ der GT -Initiativen des Gebiets im Zuge der Vorbereitung des Haushaltes).

§4 Geschäftsordnung

Eine vom Verwaltungsrat angenommene Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten, die Arbeitsweise, die Einberufung, die Beratung, die Entscheidungsprozesse und die Organisation des

Netzwerkbeirats.

Artikel 49 Mitmächte

§1 Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder

Es wird ein Mitmachrat je Gesundheitstreff (GT) gebildet.

Jeder Mitmachrat besteht aus

- den gewählten Vertretern und Stellvertretern des Gesundheitstreffs (GT);
- ehrenamtlichen Vertretern jeder sozialpädagogischen Bewegung;
- dem Koordinator des Gesundheitstreffs (GT);
- einer bestimmten Anzahl Außenstehender, Ehrenamtlicher, die am lokalen Leben im Einzugsgebiet des GT beteiligt sind.

Innerhalb jedes Mitmachrates es wird ein Koordinationsteam für einen verlängerbaren Zeitraum von 3 Jahren eingerichtet.

Es besteht aus mindestens 3 Personen und maximal 7 Personen, darunter:

- mindestens ein gewählter Vertreter des Gesundheitstreffs (GT);
- mindestens ein eigenständig Versicherter oder stimmberechtigter Mitversicherter der MC/CKK, der im Einzugsgebiet lebt oder am lokalen Leben beteiligt ist;
- der Koordinator des Gesundheitstreffs (GT).

Der Vorsitzende des Mitmachrates es wird aus dem Kreis der Ehrenamtlichen des Koordinationsteams gewählt.

Wird die Mindestanzahl nicht erreicht, übernimmt der Netzwerkbeirat vorübergehend die Aufgaben des Koordinationsteams.

§2 Ernennung

Alle gewählten Vertreter und Stellvertreter des Gesundheitstreffs (GT) sind ständige Gäste im Mitmachrat.

Die ehrenamtlichen Vertreter der sozialpädagogischen Bewegungen, einschließlich der deutschsprachigen Bewegungen, werden vom Koordinationsteam des Mitmachrates es auf Vorschlag des Verwaltungsrates ihrer jeweiligen Bewegung ernannt.

Externe Mitglieder werden vom Koordinationsteam des Mitmachrates es für einen Zeitraum ernannt, der ihrer Beteiligung an einem oder mehreren Projekten des Mitmachrates es entspricht.

Ständige Mitarbeiter der MC/CKK können vom Koordinationsteam des Mitmachrates je nach ihrem fachlichen Beitrag zu einem Thema oder Projekt eingeladen werden.

§3 Aufgaben

Die Beteiligungsräte haben folgende Aufgaben:

- die Hauptausrichtungen des GT festlegen;
- Ziele und ein Aktionsprogramm speziell für jedes Einzugsgebiet definieren;
- auf eigene Initiative oder auf Anfrage an den Ausrichtungen der gesamten MC/CKK-Bewegung teilnehmen;
- die Bedürfnisse der Bevölkerung des GT analysieren und der Generalversammlung Empfehlungen zu den Vorteilen und Leistungen der Zusatzversicherung der MC/CKK geben;
- Maßnahmen vorschlagen, unterstützen und an Aktivitäten teilnehmen und sogar neue Mitglieder anzuwerben;
- eine kollektive Stimme bilden;
- Projekte zur Gesundheitsförderung oder zur Verteidigung unseres Modells des sozialen Schutzes umsetzen;
- bestimmte Strategien, die auf der Ebene des Bezirks, der MC/CKK oder der Gruppe beschlossen wurden, auf lokaler Ebene umzusetzen.

§4 Geschäftsordnung

Eine vom Verwaltungsrat angenommene Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten, die

Arbeitsweise, die Einberufung, die Beratung, die Entscheidungsprozesse und die Organisation des Mitmachrates.

Abschnitt 6. Mit den Mandaten verbundene Auslagen

Artikel 50. Mit den Mandaten verbundene Auslagen

§1 Generalversammlung

Die Vertreter, die an einer Sitzung der Generalversammlung teilnehmen, erhalten eine Aufwandsentschädigung für ihre Reisekosten, gemäß dem Gesetz vom 3. Juli 2005 über die Rechte der Freiwilligen.

§2 Verwaltungsrat

Das Mandat des Verwaltungsratsmitglieds wird nicht vergütet.

Die ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten eine Entschädigung für ihre tatsächlichen Aufwendungen, die in direktem Zusammenhang mit ihrem Mandat als Verwaltungsratsmitglied stehen, gemäß dem Gesetz vom 3. Juli 2005 über die Rechte der Freiwilligen.

Abweichend hiervon erhalten der Präsident und der Vizepräsident eine monatliche Pauschalvergütung von bis zu 500 Euro pro Monat sowie eine Reisekostenvergütung.

Die betroffenen Personen haben das Recht, auf die Gewährung einer solchen Vergütung zu verzichten.

Abschnitt 7. Vertretung der Krankenkasse

Artikel 51. Vertretung der Krankenkasse

§1. Gemäß Artikel 21 des Gesetzes vom 6. August 1990 ernennt der Verwaltungsrat die in den folgenden zwei Paragraphen genannten Personen zur Vertretung der Krankenkasse.

§2. Die Krankenkasse wird, auch im Rahmen des Tagesgeschäfts, vertreten durch:

- den Generaldirektor der MC/CKK und ein anderes Verwaltungsratsmitglied, die gemeinsam handeln;
- oder von zwei Verwaltungsratsmitglieder, die Mitglieder des Geschäftsführungsausschusses sind und gemeinsam handeln;
- oder durch einen Sonderbevollmächtigten, unabhängig davon, ob er dem Verwaltungsrat angehört oder nicht, sofern er im Rahmen der Sondervollmacht handelt, die ihm vom Verwaltungsrat, dem Präsidium oder dem Geschäftsführungsausschuss, jeweils im Rahmen ihrer Befugnisse, ausgestellt wurde.

§3. Abweichend vom vorigen Paragraphen handelt die Krankenkasse rechtswirksam und wird rechtswirksam vertreten, sowohl als Klägerin als auch als Beklagte, entweder durch den Generaldirektor der MC/CKK oder durch ein anderes zu diesem Zweck bevollmächtigtes Verwaltungsratsmitglied.

KAPITEL IV. VERTRETER FÜR DIE GENERALVERSAMMLUNG DES LANDESBUNDES UND FÜR DIE GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFTEN, DENEN DIE KRANKENKASSE ANGESCHLOSSEN IST

Abschnitt 1. Wahl der Vertreter

Artikel 52. Wahl der Vertreter

§1 Die Vertreter der Krankenkasse für die Generalversammlung des Landesbundes bzw. der Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, werden von der Generalversammlung gewählt.

§2 Die Anzahl der Vertreter auf die die Krankenkasse Anspruch hat, sowie die Wählbarkeitsbedingungen, die die Vertreterkandidaten erfüllen müssen, werden durch die Satzungen des Landesbundes und der Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, festgelegt.

§3 Die Wahl der Vertreter für die Generalversammlung des Landesbundes bzw. der Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, wird getrennt nach den Bestimmungen dieses Artikels durchgeführt.

§4 Vertreter für die Generalversammlung des Landesbundes

Vorbehaltlich der Anzahl der Vertreter, die der Krankenkasse zustehen, wird jeder Bezirk durch zwei Vertreter repräsentiert.

Für den Bezirk Verviers-Eupen sind beide Gemeinschaften vertreten.

Unbeschadet des Rechts der Mitglieder der Generalversammlung, sich als Vertreter zur Wahl zu stellen, werden die Kandidaten, die die Bezirke vertreten, von den gewählten Vertretern der Bezirke vorgeschlagen.

§5 Vertreter für die Generalversammlung der Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist.

Unbeschadet des Rechts der Mitglieder der Generalversammlung, sich spontan als Vertreter zur Wahl zu stellen, schlägt der Verwaltungsrat der Generalversammlung eine Liste von Kandidaten aus dem Kreis der gewählten Mitglieder vor, wobei er darauf achtet, die Vielfalt ihrer jeweiligen Fachkenntnisse zu berücksichtigen.

§6 Die Bewerbungen für ein Amt als Vertreter in der Generalversammlung des Landesbundes bzw. der Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, sind mindestens 15 Tage vor dem Termin der Generalversammlung, die die Wahl der Vertreter vornimmt, gegen Nachweis der Hinterlegung oder per Einschreiben an den Präsidenten zu richten.

Stellt der Präsident fest, dass ein Kandidat die Wählbarkeitsbedingungen nicht erfüllt, teilt er dem betreffenden Kandidaten per Einschreiben oder E-Mail seine begründete Ablehnung mit, ihn in die Kandidatenliste aufzunehmen.

Stellt der Präsident fest, dass ein Kandidat die Wählbarkeitsbedingungen erfüllt, nimmt er ihn in die genannte Kandidatenliste auf.

§7 Die Kandidaten sind in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Der Präsident bestimmt durch Auslosung den Buchstaben, mit dem die alphabetische Einordnung beginnen soll.

Jeder Vertreter darf für einen oder mehrere Namen stimmen. Die maximale Anzahl der Stimmen, die ein Vertreter abgeben darf, darf jedoch die Anzahl der zu besetzenden Mandate nicht überschreiten.

Die Vertreter sind in der Reihenfolge der erreichten Stimmenzahl gewählt, wobei die Bestimmungen des §4 zu beachten sind.

Bei Stimmgleichheit für das letzte zu vergebende Mandat, geht das Mandat an den jüngsten Kandidaten.

Nicht gewählte Kandidaten werden in der Reihenfolge der erreichten Stimmenzahl zu Stellvertretern.

Wenn die Anzahl der Kandidaten auf der Kandidatenliste gleich oder geringer ist als die Anzahl der zu

besetzenden Mandate, sind diese Kandidaten automatisch gewählt und es findet keine Wahl statt.

Abschnitt 2. Rücktritt von Vertretern

Artikel 53. Rücktritt von Vertretern

Jeder Vertreter darf seinen Rücktritt durch ein an den Präsidenten gerichtetes Rücktrittsschreiben erklären, entweder gegen Nachweis der Hinterlegung oder per Einschreiben. Dieser Rücktritt hat keine Auswirkungen auf sein Mandat als Vertreter [der Mitglieder].

Wird die der Krankenkasse zustehende Anzahl von Vertretern in der Generalversammlung des Landesbundes bzw. der Gegenseitigkeitsgesellschaften nicht mehr erreicht und gibt es keine oder keine Stellvertreter mehr, kann ein neuer Vertreter nach dem in Artikel 52 vorgesehenen Verfahren gewählt werden.

KAPITEL V. DIE DIENSTLEISTUNGEN DER KRANKENKASSE

Abschnitt 1. Beiträge

Artikel 54. Zahlung der Beiträge

Die Beiträge sind ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Mitgliedschaft gemäß Artikel 9 der Satzung für jeden angefangenen Monat fällig.

Die Mitglieder verpflichten sich zur Zahlung der fälligen Beiträge.

Die Beiträge werden je Krankenkassenhaushalt eingefordert und gelten für jeden eigenständig Versicherten.

Die Höhe der jährlichen Beiträge je Krankenkassenhaushalt ist in der Beitragstabelle festgelegt, die der Satzung als Anhang 2 beigefügt ist.

Artikel 55. Verjährung

Die Verjährungsfrist für die Einforderung von Beiträgen beträgt fünf Jahre ab dem Ende des Monats, auf den sich die nicht gezahlten Beiträge beziehen.

Die Verjährungsfrist für die Rückforderung zu Unrecht geleisteter Beiträge beträgt fünf Jahre ab dem Zeitpunkt der Beitragszahlung.

Artikel 56. Nullbeitragsatz

Folgende Mitgliederkategorien zahlen einen Beitrag von 0,00 Euro:

- Personen unter 21 Jahren mit einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung von mindestens 66% gemäß Artikel 8 Absatz 1 Punkt 6 des Königlichen Erlasses vom 15. Januar 2014, die bei der Krankenkasse als eigenständig Versicherte im Sinne der föderalen Pflichtkrankenversicherung geführt werden, sowie deren mitversicherte Angehörige.
- Personen unter 25 Jahren, denen eine der im Gesetz vom 27. Februar 1987 über die Beihilfen für Personen mit Behinderung genannten Leistungen gewährt wird, wie in Artikel 8 Abs. 1, Punkt 5 des KE vom 15. Januar 2014 beschrieben, die als eigenständig Versicherte bei der Krankenkasse geführt werden, sowie deren mitversicherte Angehörige.

Artikel 57. Kategorien von Mitgliedern nach dem Stand der Beitragszahlungen

Art 57.1. Allgemeines

Je nach Beitragszahlungsstand ist ein Mitglied entweder

- ein Mitglied, das die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile in Anspruch nehmen darf;
- oder ein Mitglied, dessen Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile ruht;
- oder ein Mitglied, dem der Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile entzogen wurde.

Der mitversicherte Angehörige eines Versicherten, der die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile über diesen Versicherten in Anspruch nehmen darf, wird in dieselbe Mitgliederkategorie eingestuft, wie im vorherigen Absatz vorgesehen.

Art 57.2. Mitglied, das die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile in Anspruch nehmen darf

§1 Ein Mitglied, das die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile in Anspruch nehmen darf, ist ein Mitglied, das regelmäßig seine Beiträge zahlt:

- für den Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das nach der Satzung Anlass für die Gewährung der Leistung sein kann.

Dabei gilt ein Mitglied, das mindestens 24 Monate lang seine Beiträge regelmäßig bezahlt hat, bis zum Beweis des Gegenteils auch für die drei unmittelbar darauffolgenden Monate als regelmäßiger Beitragszahler.

Ein Mitglied, das seit mehr als 24 Monaten ohne Unterbrechung bei verschiedenen belgischen

Krankenkassen als eigenständig Versicherter geführt wurde und für die betreffenden Dienstleistungen in dieser Zeit regelmäßig seine Beiträge entrichtet hat, gilt bis zum Beweis des Gegenteils auch für die drei unmittelbar darauffolgenden Monate als regelmäßiger Beitragszahler.

Ein Mitglied, das nach seinem ersten Beitritt zu einer belgischen Krankenkasse weniger als 24 Monate als eigenständig Versicherter geführt wurde und für die betreffenden Dienstleistungen seit Inkrafttreten seines Beitritts regelmäßig seine Beiträge entrichtet hat, gilt bis zum Beweis des Gegenteils auch für die drei unmittelbar darauffolgenden Monate als regelmäßiger Beitragszahler.

- für den Zeitraum von 23 Monaten, der dem unter 1° genannten Ereignis vorausgeht.

Wenn die Person weniger als 23 Monate vor dem Monat des unter 1 genannten Ereignisses erstmals als eigenständig versicherte Person einer belgischen Krankenkasse beigetreten ist, muss sie ihre Beiträge für die betreffenden Leistungen während der gesamten Dauer ihrer Mitgliedschaft vor dem unter 1 genannten Ereignis regelmäßig entrichtet haben.

Wenn das Ereignis, das zur Gewährung eines satzungsgemäßen Vorteils führen kann, nach der in Artikel 57.4 §5 Absatz 2 der Satzung genannten Folgeperiode eintritt, aber vor dem Ende des 23. Monats nach dem Monat, in dem die Folgeperiode begonnen hat, kann diese Person den Vorteil erhalten, wenn sie für den Zeitraum von dem Monat, für den sie die Beitragszahlung (wieder) aufgenommen hat, bis einschließlich des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist, ihre Beiträge regelmäßig entrichtet hat.

§2 Wenn die Person während des in Paragraf 1 dieses Artikels genannten Bezugszeitraums:

- ohne Unterbrechung bei verschiedenen belgischen Krankenkassen als eigenständig versicherte Person eingetragen war, muss sie, um in den Genuss des betreffenden Vorteils zu gelangen, ihre Beiträge für die betreffenden Leistungen bei jeder der Krankenkassen für die Monate, in denen sie während dieses Zeitraums als eigenständig versicherte Person dort geführt wurde, regelmäßig entrichtet haben;
- einen oder mehrere Monate lang nicht Mitglied einer belgischen Krankenkasse war, wird dieser Unterbrechungszeitraum so gehandhabt:
 - a) wie ein Zeitraum, für den die Person die Beiträge regelmäßig bezahlt hat, wenn es sich bei ihr
 - i. nicht um ein Mitglied handelt, dem der Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung entzogen wurde und das den in Artikel 57.4 §5 der Satzung genannten Zeitraum der „Wiederherstellung des Anspruchs“ noch nicht erfüllt hat;
 - ii. um ein Mitglied handelt, auf das einer der folgenden Fälle zutrifft:
 - das Mitglied hat für alle Dienstleistungen der Zusatzversicherung für alle Monate seiner Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse in den obengenannten 23 Monaten seine Beiträge regelmäßig entrichtet;
 - das Mitglied hat für die genannten Dienstleistungen für alle Monate seiner Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse in den obengenannten 23 Monaten seine Beiträge *nicht* regelmäßig entrichtet, zahlt aber spätestens in dem Monat, in dem seine Neuanmeldung nach der Zeit der Unterbrechung in Kraft tritt, alle ausstehenden Beiträge bei der oder den betreffenden Körperschaft(en) nach;
 - b) wie ein Zeitraum, für den das Mitglied die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen nicht regelmäßig entrichtet hat, in anderen als die unter b, i° dieses Paragrafen genannten Fällen.

§3 Bei der Berechnung des in § 1 dieses Artikels genannten Bezugszeitraums gelten Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldentilgungsregelung oder eines Konkurses, d. h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Feststellung des Konkurses, von Rechts wegen nicht zahlen kann, als gezahlt.

Als bezahlt gelten auch die Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses rechtlich nicht zahlen kann, während des Zeitraums vom ersten Tag des Monats, in dem die in Artikel 57.4 §5 Absätze 1 und 2 dieser Satzung genannte Folgeperiode endet, bis zum Ende des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem das Ereignis eintritt, das gemäß der Satzung eine Leistung aus der Zusatzversicherung begründen kann.

§4 Ein Mitglied, das während eines Teils des in § 1 dieses Artikels genannten Bezugszeitraums mitversichert war und das seit seiner Anmeldung als eigenständig versichertes Mitglied während dieses Bezugszeitraums seine

Beiträge regelmäßig gezahlt hat, gilt für den gesamten Bezugszeitraum und, bis zum Beweis des Gegenteils, für die unmittelbar darauf folgenden drei Monate als regelmäßiger Beitragszahler.

Art 57.3 Mitglied, dessen Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile ruht

§1 Wenn eine Person ihre Beiträge nicht regelmäßig für einen Zeitraum gezahlt hat, der nicht über den 23. Monat vor dem Monat hinausgeht, in dem das Ereignis eingetreten ist, das zur Gewährung des Vorteils führen kann, wird ihr Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile ausgesetzt.

§2 Für die Anwendung des §1:

- die Monate des obengenannten Zeitraums, in denen die genannte Person ihren Status als eigenständig versicherte Person im obengenannten Sinne verloren hat und zu einer mitversicherten Person einer eigenständig versicherten Person geworden ist, werden den Monaten gleichgestellt, für die die Beiträge entrichtet wurden;
- Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldentilgungsregelung oder eines Konkurses, d. h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Feststellung des Konkurses, von Rechts wegen nicht zahlen kann, gelten als gezahlt.

Als bezahlt gelten auch die Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses rechtlich nicht zahlen kann, während des Zeitraums vom ersten Tag des Monats, in dem die in Artikel 57.4 §5 Absätze 1 und 2 dieser Satzung genannte Folgeperiode endet, bis zum Ende des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem das Ereignis eintritt, das gemäß der Satzung eine Leistung aus der Zusatzversicherung begründen kann.

§3 Wenn die Person während des in §1 genannten Bezugszeitraums ohne Unterbrechung bei verschiedenen belgischen Krankenkassen als eigenständig versicherte Person eingetragen war, werden die Monate der Nichtzahlung von Zusatzversicherungsbeiträgen während der Mitgliedschaft als eigenständige versicherte Person bei einer früheren Krankenkasse für die Anwendung von §1 berücksichtigt.

§4 Wenn die Person während des in §1 genannten Bezugszeitraums nicht über einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten ohne Unterbrechung bei einer belgischen Krankenkasse als eigenständig versicherte Person eingetragen war, wird dieser Unterbrechungszeitraum so gehandhabt:

1° wie ein Zeitraum, für den die Person die Beiträge regelmäßig bezahlt hat, wenn es sich bei ihr

- a) nicht um ein Mitglied handelt, dem der Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung entzogen wurde und das den in Artikel 57.4 §5 der Satzung genannten Zeitraum der „Wiederherstellung des Anspruchs“ noch nicht erfüllt hat;
- b) um ein Mitglied handelt, auf das einer der folgenden Fälle zutrifft:
 - das Mitglied hat *für die Dienstleistungen* der Zusatzversicherung für alle Monate seiner Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse in den obengenannten 23 Monaten seine Beiträge regelmäßig entrichtet;
 - das Mitglied hat für die genannten Dienstleistungen für alle Monate seiner Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse in den obengenannten 23 Monaten seine Beiträge nicht regelmäßig entrichtet, zahlt aber spätestens in dem Monat, in dem seine Neuanmeldung nach der Zeit der Unterbrechung in Kraft tritt, alle ausstehenden Beiträge bei der oder den betreffenden Körperschaft(en) nach;

2° wie ein Zeitraum, für den das Mitglied die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen nicht regelmäßig entrichtet hat, in anderen als die unter 1° genannten Fällen.

§5 Unbeschadet der Anwendung der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist darf ein Mitglied, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung ruht, erst dann einen Vorteil der Zusatzversicherung in Anspruch nehmen, wenn es die für den betreffenden 23-Monats-Zeitraum und für den Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das satzungsgemäß zur Gewährung der Leistung führen kann, fälligen Beiträge in voller Höhe beglichen hat.

Wenn das Ereignis, das zur Gewährung eines satzungsgemäßen Vorteils führen kann, nach der in Artikel 57.4 §5 Absatz 2 der Satzung genannten Folgeperiode eintritt, aber vor dem Ende des 23. Monats nach dem Monat, in dem die Folgeperiode begonnen hat, kann diese Person den Vorteil erhalten, wenn sie für den Zeitraum von dem Monat, für den sie die Beitragszahlungen (wieder) aufnimmt, bis einschließlich des

Monats, in dem dieses Ereignis eingetreten ist, die Beiträge regelmäßig entrichtet hat.

Art 57.4 Mitglied, dem der Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile entzogen wurde

§1 Wenn eine Person ihre Beiträge für die Dienstleistungen der Zusatzversicherung für einen Zeitraum, der über 24 Monate hinausgeht, nicht regelmäßig gezahlt hat, wird ihr der Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile entzogen.

§2 Für die Anwendung des vorherigen Paragraphen gilt:

- die Monate des obengenannten Zeitraums, in denen die genannte Person ihren Status als eigenständig versicherte Person im obengenannten Sinne verloren hat und zu einer mitversicherten Person einer eigenständig versicherten Person geworden ist, werden den Monaten gleichgestellt, für die die Beiträge entrichtet wurden;
- Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldentilgungsregelung oder eines Konkurses, d. h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Feststellung des Konkurses, von Rechts wegen nicht zahlen kann, gelten als gezahlt.

§3 Wenn die Person während des in §1 genannten Bezugszeitraums ohne Unterbrechung bei verschiedenen belgischen Krankenkassen als eigenständig versicherte Person eingetragen war, werden die Monate der Nichtzahlung von Zusatzversicherungsbeiträgen während der Mitgliedschaft als eigenständige versicherte Person bei einer früheren Krankenkasse für die Anwendung von §1 berücksichtigt.

§4 Wenn die Person während des in §1 genannten Bezugszeitraums nicht über einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten ohne Unterbrechung bei einer belgischen Krankenkasse als eigenständig versicherte Person eingetragen war, wird dieser Unterbrechungszeitraum so gehandhabt:

1° wie ein Zeitraum, für den die Person die Beiträge regelmäßig bezahlt hat, wenn es sich bei ihr

a) nicht um ein Mitglied handelt, dem der Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung entzogen wurde und das den in Artikel 57.4 §5 der Satzung genannten Zeitraum der „Wiederherstellung der Möglichkeit, eine Leistung in Anspruch zu nehmen“ noch nicht erfüllt hat;

b) um ein Mitglied handelt, auf das einer der folgenden Fälle zutrifft:

- das Mitglied hat für die Dienstleistungen der Zusatzversicherung für alle Monate seiner Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse in den obengenannten 24 Monaten seine Beiträge regelmäßig entrichtet;
- das Mitglied hat für die genannten Dienstleistungen für alle Monate seiner Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse in den obengenannten 24 Monaten seine Beiträge nicht regelmäßig entrichtet, zahlt aber spätestens in dem Monat, in dem seine Neuanmeldung nach der Zeit der Unterbrechung in Kraft tritt, alle ausstehenden Beiträge bei der oder den betreffenden Körperschaft(en) nach;

2° wie ein Zeitraum, für den das Mitglied die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen nicht regelmäßig entrichtet hat, in anderen als die unter 1° genannten Fällen.

§5 Unbeschadet der Anwendung der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist darf ein Mitglied, dem der Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung entzogen wurde, erst nach einem anschließenden Zeitraum von 24 Monaten, für den die Beiträge für diese Dienstleistungen bezahlt worden sein müssen, ohne hierfür einen Vorteil der Zusatzversicherung erhalten zu dürfen, erneut einen Vorteil der Zusatzversicherung in Anspruch nehmen.

Abweichend vom vorstehenden Absatz kann ein Mitglied in einer interessenswürdigen Situation, unbeschadet der Anwendung von Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990, als ein Mitglied betrachtet werden, das einen Vorteil aus der Zusatzversicherung in Anspruch nehmen kann:

1° nach einem nachfolgenden Zeitraum von sechs Monaten, für den die Beiträge gezahlt werden müssen, ohne dass die Person irgendwelche Vorteile aus der Zusatzversicherung in Anspruch nehmen kann, wenn sich diese Person in einer interessenswürdigen Situation befindet:

- entweder in den sechs Monaten vor diesem nachfolgenden Zeitraum;
- oder in diesem nachfolgenden Zeitraum;

2° nach einem nachfolgenden Zeitraum von 6 bis 23 Monaten, für den Beiträge gezahlt wurden, ohne dass ein Vorteil aus der Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden konnte, wenn die interessenswürdige Situation nach dem 6. Monat dieses nachfolgenden Zeitraums und vor dem Ende des im ersten Absatz genannten Zeitraums von 24 Monaten eintritt. In diesem Fall erstreckt sich die

Folgeperiode bis einschließlich des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem die interessenswürdige Situation begonnen hat.

§6 Die in §5, erster oder zweiter Absatz genannte Folgeperiode wird ausgesetzt:

- während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen nachfolgenden Zeitraum begonnen hat, aufgrund einer kollektiven Schuldentilgungsregelung oder eines Konkurses von Rechts wegen an der Zahlung gehindert ist;
- während des Zeitraums, in dem das Mitglied, dessen Möglichkeit, einen Vorteil aus der Zusatzversicherung zu erhalten, aufgehoben wird und das mit der Zahlung der Beiträge für einen nachfolgenden Zeitraum begonnen hat, seinen Status als eigenständig versicherte Person verloren hat und zu einer mitversicherten Person einer eigenständig versicherten Person geworden ist, die ihre Beiträge zur Zusatzversicherung nicht regelmäßig gezahlt hat

§7 Wenn ein Mitglied, dem der Anspruch auf die mit der Zusatzversicherung verbundenen Vorteile entzogen wurde, während des in § 5 genannten Zeitraums der „Wiederherstellung der Möglichkeit, eine Leistung in Anspruch zu nehmen“ ohne Unterbrechung verschiedenen belgischen Krankenkasse als eigenständig versicherte Person angeschlossen war, werden die Wartemonate ab dem ersten Tag des Monats gezahlt, für den die Beiträge für die genannten Dienstleistungen der Krankenkasse, der es während dieses Zeitraums zuerst angeschlossen war, gezahlt wurden.

Um Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung für ein Ereignis zu erhalten, das nach der Folgeperiode eintritt, muss diese Person bei jeder Krankenkasse die Beiträge für die Monate begleichen, in denen sie während des Zeitraums der "Wiedererlangung des Anspruchs" als eigenständig versicherte Person angemeldet war.

§8 Im Falle einer Unterbrechung der Mitgliedschaft bei einer belgischen Krankenkasse als eigenständig versicherte Person nach Beginn des in §5 genannten Zeitraums der „Wiederherstellung der Möglichkeit, eine Leistung in Anspruch zu nehmen“ wird die besagte 24-monatige Frist, für die die Beiträge zu zahlen sind, ausgesetzt, ohne dass ein Vorteil der Leistungen der Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden kann; diese Aussetzung darf jedoch fünf Jahre nicht überschreiten.

§9 Unter einem Mitglied, das sich in einer interessenswürdigen Situation im Sinne von §5, Absatz 2 befindet, ist das nachstehend unter 1° oder 2° genannte Mitglied zu verstehen:

1° das Mitglied, das sich in den 6 Monaten vor Beginn des in §5 Absatz 2, 1° genannten ununterbrochenen Zeitraums von 6 Monaten, in dem es die Beitragszahlung (wieder) aufgenommen hat, in einer der folgenden Situationen befindet:

- es erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat das Eingliederungseinkommen, das durch das Gesetz vom 26. Mai 2002 über das Recht auf soziale Eingliederung eingeführt wurde;
- es erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat eine Unterstützung, die vollständig oder teilweise von den föderalen Behörden gemäß Artikel 4 und 5 des Gesetzes vom 2. April 1965 über die Übernahme der von den öffentlichen Sozialhilfezentren gewährten Unterstützungen übernommen wird;
- es bezieht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat die Einkommensgarantie für Betagte, die durch das Gesetz vom 22. März 2001 eingeführt wurde;
- es bezieht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat die Einkommensgarantie für Betagte, die durch das Gesetz vom 1. April 1969 eingeführt wurde, oder es handelt sich um einen Begünstigten, der das Recht auf eine Rentenerhöhung gemäß diesem Gesetz behält;
- es bezieht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat eine Einkommensersatzbeihilfe für Behinderte gemäß dem Gesetz vom 27. Februar 1987 über Beihilfen für Menschen mit Behinderung;
- es steht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat unter Haushaltsführung oder unter Haushaltsverwaltung beim ÖSHZ gemäß Artikel 60, § 4 des organischen Gesetzes über die öffentlichen Sozialhilfezentren vom 8. Juli 1976;
- es erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat eine

Arbeitslosenunterstützung, deren Betrag nicht den Betrag der Einkommensgarantie für Betagte für einen Alleinstehenden übersteigt, die durch das Gesetz vom 22. März 2001 eingeführt wurde;

- es bezieht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat Krankengeld, dessen Betrag die durch das Gesetz vom 22. März 2001 eingeführte Einkommensgarantie für alleinstehende Betagte nicht überschreitet;
 - es befindet sich zumindest während eines Teils dieses Zeitraums in einer kollektiven Schuldenregelung;
 - es befindet sich in Konkurs, sofern das Konkursurteil während des genannten Zeitraums ergangen ist und es sich nicht um einen betrügerischen Konkurs handelt;
- 2° das Mitglied, das sich in dem in §5, Absatz 2, 2° genannten nachfolgenden Zeitraum mindestens während desselben Zeitraums wie der in 1° genannte Zeitraum in einer in 1° genannten Situation befindet. Für die Anwendung dieser Bestimmung muss das im letzten Unterabsatz von 1° genannte Urteil in diesem nachfolgenden Zeitraum ergangen sein.

Artikel 58. Andere Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge

Die Nichtzahlung von Beiträgen hat auch Auswirkungen auf die Möglichkeit,

- die in der Satzung des Landesbundes vorgesehenen Vorteile in Anspruch zu nehmen. Diesbezüglich wird auf die Satzung des Landesbundes verwiesen;
- den Versicherungsschutz, den das Mitglied bei der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura abgeschlossen hat, in Anspruch zu nehmen, sowie auf die Zugehörigkeit zu dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit. Diesbezüglich wird auf die Satzung dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit verwiesen.

Die Zahlung oder Nichtzahlung von Beiträgen hat keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Leistungen aus der Föderalen und Regionalen Pflichtkrankenversicherung. Eine Verrechnung zwischen nicht bezahlten Beiträgen und Leistungen aus der Föderalen und Regionalen Pflichtkrankenversicherung ist nicht erlaubt.

Abschnitt 2. Allgemeine Bestimmungen

Artikel 59. Wartezeit

Für die von der Krankenkasse organisierten Dienstleistungen gibt es keine Wartezeit, außer für Dienstleistungen, für die in der Satzung ausdrücklich eine Wartezeit vorgesehen ist.

Wenn eine Wartezeit vorgesehen ist, gilt sie nicht für eine Person, die vor ihrem Beitritt zur Krankenkasse einer Dienstleistung oder einer operativen Geschäftsleistung einer anderen Krankenkasse, eines anderen nationalen Verbands oder einer Gegenseitigkeitsgesellschaft angehört hat, die eine ähnliche Dienstleistung oder eine ähnliche operative Geschäftsleistung anbietet, und für die sie entweder keine Wartezeit hatte oder diese vollständig erfüllt hat.

Wenn eine Wartezeit vorgesehen ist und die Person unmittelbar vor ihrem Beitritt zur Krankenkasse einem Geschäft einer anderen Krankenkasse, eines anderen nationalen Verbands oder einer Gegenseitigkeitsgesellschaft angehört hat, die eine ähnliche Dienstleistung oder eine ähnliche operative Geschäftsleistung anbietet, und für die sie die Wartezeit nicht vollständig erfüllt hat, wird die Wartezeit um die Zeit verkürzt, die die betreffende Person bereits in der vorherigen Dienstleistung oder operativen Geschäftsleistung erfüllt hat.

Artikel 60. Verjährung

§ 1. Der Antrag auf Leistungen verjährt zwei Jahre nach Eintritt des Ereignisses, das nach der Satzung zur Gewährung des Vorteils führen kann.

Die Rückforderung von zu Unrecht gewährten Leistungen verjährt nach zwei Jahren ab dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

Diese Verjährung findet keine Anwendung, wenn die unzulässige Gewährung von Vorteilen durch betrügerische Handlungen verursacht wurde, für die der Leistungsberechtigte verantwortlich ist. In diesem Fall beträgt die Verjährungsfrist fünf Jahre ab dem Ende des Monats, in dem die Zahlung geleistet wurde.

Artikel 61. Forderungsübertragung

§ 1. Die Krankenkasse tritt bis zur Höhe der gewährten Leistungen in alle Rechte ein, die die eigenständig Versicherten und ihre mitversicherten Unterhaltsberechtigten wegen des verursachten Schadens

gegenüber Dritten geltend machen können.

Artikel 62. Zusammentreffen von Leistungen

Wenn eine Kostenübernahme oder -erstattung durch oder im Rahmen der Föderalen oder Regionalen Pflichtkrankenversicherung, der Arbeitsunfallversicherung, Fedris, einer öffentlichen Behörde oder einer von dieser Behörde, einer Kasse, einem Fonds, einer Organisation oder einer Institution eingerichteten Versicherung vorgesehen ist, wird die Kostenerstattung der Krankenkasse um den Betrag dieser Kostenübernahme oder -erstattung gekürzt.

Wenn eine Kostenübernahme oder -erstattung durch eine Versicherung vorgesehen ist, deren Abschluss gesetzlich vorgeschrieben ist, wird die Kostenerstattung der Krankenkasse um den Betrag dieser Kostenübernahme oder -erstattung gekürzt.

Die Bestimmungen der Paragraphen 1 und 2 gelten insoweit, als sie nicht dazu führen, dass

- die Summe aller obengenannten Kostenübernahmen und -erstattungen zugunsten von eigenständig Versicherten oder deren mitversicherten Unterhaltsberechtigten, die Anspruch auf eine erhöhte Kostenerstattung haben, geringer ausfällt als die Kostenerstattung, die den Mitgliedern oder deren mitversicherten Unterhaltsberechtigten ohne Anspruch auf die erhöhte Kostenerstattung zustehen würde;
- dem eigenständig Versicherten oder seinen mitversicherten Unterhaltsberechtigten überhaupt kein Vorteil gewährt würde, weil die obengenannte Kostenübernahme oder -erstattung erst nach Ablauf der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist gewährt werden könnte.

Die im Rahmen der Dienstleistungen gewährten Erstattungen dürfen keine zusätzlichen persönlichen Zuzahlungen abdecken, die sich aus einer gesetzlichen Bestimmung ergeben, und nicht Gegenstand eines Versicherungsvertrages oder einer Form der Rückerstattung sein dürfen.

Treffen mehrere Kostenerstattungen zusammen, *die sich aus einer Pflichtkrankenversicherung ergeben, und demnach insbesondere* im Rahmen des allgemeinen Rechts, einer anderen Gesetzgebung, oder eines Sozialfonds, ob in der Satzung vorgesehen oder nicht, kann die Krankenkasse eine subsidiäre Kostenerstattung gewähren, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- das Mitglied muss zuvor auf dem Kostenerstattungsantrag das Bestehen einer anderen Absicherung angegeben haben;
- wenn die von der konkurrierenden Absicherung gewährten Beträge niedriger sind als die in den Pflichtleistungen möglichen Erstattungen, hat der Leistungsberechtigte Anspruch auf die Erstattung der Differenz.

Bei der Beantragung seiner Kostenerstattung, ist der Leistungsberechtigte verpflichtet, das Bestehen einer anderen Absicherung anzugeben.

Artikel 63. Begriffserläuterungen

GEPV: Gesundheits- und Entschädigungspflichtversicherung (gesetzliche Krankenversicherung).

ZV: Zusatzversicherung gemäß der Begriffsbestimmung im Artikel 1, § 2.

UNFALL: Ein plötzliches und unvorhersehbares Ereignis, das die körperliche Unversehrtheit der Person durch die plötzliche Einwirkung einer äußeren Kraft außerhalb ihrer Kontrolle beeinträchtigt.

ÄSTHETISCHE CHIRURGIE: plastische Chirurgie, deren einziger Zweck die Verbesserung oder Korrektur des ästhetischen Erscheinungsbildes des Körpers ist. Diese Behandlungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung nach Artikel 1 § 7 des Leistungsverzeichnisses erstattet.

KRANKENHAUSEINRICHTUNG: Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen jederzeit spezifische Untersuchungen und/oder Behandlungen der Fachmedizin, der Chirurgie und ggf. der Geburtshilfe in einem fachübergreifenden Zusammenhang unter den Bedingungen der Versorgung und der medizinisch-technischen, paramedizinischen und logistischen Rahmenbedingungen durchgeführt oder angewendet werden können, die für oder an Personen, die dort aufgenommen werden und verbleiben können, weil ihr Gesundheitszustand diese Versorgung erfordert, erforderlich sind, um die Krankheit zu behandeln oder zu lindern, den Gesundheitszustand wiederherzustellen oder zu verbessern oder Verletzungen so schnell wie möglich zu stabilisieren.

Nicht als Krankenhäuser gelten insbesondere: Thermalbäder, Altenheime, Alten- und Pflegeheime, Genesungshäuser, Rehabilitationszentren und Präventionszentren.

IN-VITRO-FERTILISATION: medizinisch unterstützte Fortpflanzungsbehandlung, die aus der Entnahme von Eizellen, der anschließenden Befruchtung der Eizelle im Labor und der anschließenden Reimplantation des Embryos in die Gebärmutter besteht, nachdem er einige Tage in einem Inkubator verbracht hat.

SELBSTBEHALT: der Teil der Kosten, den der Leistungsempfänger selbst zu tragen hat, bevor er eine Kostenerstattung erhält. Der Selbstbehalt gilt für jede stationäre Aufnahme (außer Wiederaufnahme innerhalb von 3 Tagen).

KRANKENHAUSAUFNAHME: ein medizinisch notwendiger Aufenthalt von mindestens einer Nacht in einem Krankenhaus.

AUFENTHALT IN DER TAGESKLINIK: medizinischer Aufenthalt in einem Krankenhaus für Eingriffe, die im Leistungsverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt sind.

- Tagesklinikaufenthalt für chirurgische Eingriffe, wie in Artikel 2 definiert;
- Maxipauschale, wie in Artikel 4, § 4^o definiert;
- Tagesklinikpauschale, wie in Artikel 4, § 5 definiert;
- Festbetrag für die Behandlung chronischer Schmerzen, wie in Artikel 4, § 8 der nationalen Vereinbarung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, gültig seit 1. Juli 2007, definiert.

PARTNERKRANKENHAUS: Krankenhaus, das eine Vereinbarung mit der Krankenkasse abgeschlossen hat.

SCHWERE UND/ODER KOSTSPIELIGE KRANKHEIT: Zustand, der erhebliche Kosten für den Patienten und/oder seine Familie mit sich bringt. Die Erkrankung kann langfristig oder sogar sehr langfristig (chronisch) sein.

KRANKENHAUSUNTERKUNFT FÜR GÄSTE: manche Krankenhauseinrichtungen verfügen über eine Infrastruktur zur Aufnahme von Personen, die den Patienten begleiten.

AH: Altenheim für Senioren

APH: Alten- und Pflegeheim

KRANKENKASSENWECHSEL: laut Gesetz haben die Mitglieder einer Krankenkasse das Recht, die Krankenkasse zu wechseln. Dies ist nur einmal jährlich zu Beginn eines Quartals möglich.

ANGRENZENDE LÄNDER: Länder mit einer Landgrenze zu Belgien, nämlich Deutschland, Frankreich, das Großherzogtum Luxemburg und die Niederlande.

INDIVIDUELLER HÖCHSTBETRAG: der Höchstbetrag, der von einem Leistungsempfänger für alle seine Krankenhausaufenthalte während des Kalenderjahres nach Anwendung der Kostenerstattungsregeln der Hospi-Solidar selbst zu tragen ist.

MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG: alle medizinischen Techniken, die eine In-vitro-Fertilisation (IVF), einen Embryotransfer und eine künstliche Befruchtung ermöglichen, sowie jede Technik mit gleichwertiger Wirkung, die eine Fortpflanzung außerhalb des natürlichen Prozesses ermöglicht.

PROTHESE: Vorrichtung oder Gerät, das dazu bestimmt ist, die Funktion eines Organs oder einer Gliedmaße teilweise oder ganz zu erfüllen.

ROOMING-IN (Begleitperson): Aufenthalt eines nahen Verwandten im Zimmer des Patienten. Einige Kosten werden der Begleitperson in Rechnung gestellt (Mahlzeiten).

AMBULANTE VERSORGUNG: Behandlung, die außerhalb einer gewöhnlichen oder tagesklinischen Unterbringung erbracht wird

MEDIZINISCHE UND PARAMEDIZINISCHE LEISTUNGEN: Behandlung durch einen vom LIKIV zugelassenen Leistungserbringer.

GESETZLICHER EIGENANTEIL: Differenz zu Lasten des Patienten zwischen dem im Vertrag mit den Kassen festgelegten Honorar und der Erstattung des Versicherungsträgers.

VISZEROSYNTHESE(MATERIAL): komplexes mechanisches Wundverschlussmaterial, das in der Chirurgie verwendet wird und handgefertigte Stiche oder Klammern, die einzeln mit einer Zange gesetzt werden, ersetzt.

Artikel 64. Allgemeine Obergrenzen und zuständige Gerichte

Allgemeine Obergrenze

Erstattungen, die im Rahmen des operativen Geschäfts oder sonstiger Dienstleistungen gewährt werden, dürfen zusammen mit allen anderen Erstattungen aus demselben Grund in keinem Fall den Betrag übersteigen, den der Leistungsberechtigte tatsächlich zu tragen hat.

Bei Zusammentreffen mit einem Versicherungsvertrag muss die Erstattung vollständig gewährt werden, es sei denn, in dem Versicherungsvertrag sei eine Ersteintrittsklausel oder eine pauschale Kostenbeteiligung vorgesehen (auch ohne Ersteintritt). In den letztgenannten Fällen gilt die allgemeine Obergrenze.

Die zuständigen Gerichte

Gerichtsstand ist für alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesem Kapitel das für den Wohnsitz des Leistungsempfängers zuständige Gericht.

Abschnitt 3. Die Dienstleistungen

Artikel 65. Absicherung im Krankenhaus „Hospi-Solidar“ (Code 14)

Zweck dieses operativen Geschäfts

Zweck dieses operativen Geschäfts ist es, einen finanziellen Zuschuss zu den Kosten zu gewähren, die sich aus dem Krankenhausaufenthalt eines Leistungsempfängers in einer in Belgien gelegenen Einrichtung ergeben und deren Kosten teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Diese Leistung deckt die Kosten ab, die sich aus einem Krankenhausaufenthalt ergeben und tatsächlich vom Leistungsempfänger gemäß den geltenden gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen getragen werden.

Dieser Krankenhausaufenthalt muss in einem allgemeinen Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Einrichtung in Belgien stattfinden, gemäß Artikel 136, § 1 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994. Ebenfalls berücksichtigt werden die stationären Behandlungen eines Leistungsberechtigten außerhalb des belgischen Staatsgebiets in den angrenzenden Ländern.

Pauschal vergütet werden Entbindungen zu Hause oder in einem Geburtshaus, die den stationären Entbindungen gleichgesetzt werden.

Zur Erinnerung: die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt keine Kosten:

1. für rein ästhetische Eingriffe;
2. für Berufssportunfälle;
3. für Fälle, in denen der Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hat;
4. für Aufenthalte in Militärkrankenhäusern.

Änderung der Absicherungsbedingungen

Die Bedingungen für die Absicherung der Leistungsberechtigten dürfen nur auf der Grundlage objektiver, dauerhafter Faktoren und in einer diesen Faktoren angemessenen Weise geändert werden.

Jede Änderung muss von der Generalversammlung beschlossen und in die Satzung aufgenommen werden, die auf der Website der Krankenkasse (www.mc.be) veröffentlicht werden.

Allgemeine Obergrenzen und Fälle von Ablehnung der Kostenerstattung

Eine zusätzliche Kostenerstattung wird nicht für Leistungen gewährt, die als alternative Behandlung erbracht werden müssen, wenn der stationär behandelte Patient aus nichtmedizinischen Gründen adäquate Leistungen gemäß dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand und der bewährten medizinischen Praxis ablehnt.

Für medizinische, pharmazeutische und stationäre Leistungen aus ästhetischen Gründen oder für plastische Chirurgie wird keine Kostenerstattung gewährt. Wenn jedoch der medizinische Berater (Vertrauensarzt) der Krankenkasse dies Leistungen vorab genehmigt, werden sie zu den gleichen Bedingungen erstattet, wie sie für die jeweiligen Dienstleistungen vorgesehen sind.

Wenn die in den gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen vorgesehenen Kriterien (medizinische Indikationen, Verfahren, Listen) nicht erfüllt sind, kann keine Kostenerstattung im Rahmen der Absicherung erfolgen, wenn der dem Leistungsempfänger gesetzlich in Rechnung gestellte Betrag mehr als 200 Euro beträgt.

In diesen Fällen kann der Leistungsberechtigte einen begründeten Antrag mit einem Gutachten seines behandelnden Arztes an den medizinischen Berater (Vertrauensarzt) der Krankenkasse stellen. Wenn dieser eine positive Stellungnahme abgibt, deckt die Kostenerstattung den vollen Betrag ab, der dem Leistungsberechtigten rechtmäßig in Rechnung gestellt wurde. Der medizinische Berater (Vertrauensarzt) stützt sich dabei auf die bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über den therapeutischen Nutzen des nicht erstattungsfähigen Implantats oder des verabreichten teuren Medikaments, die möglichen Alternativen sowie die Absolutheit oder Relativität der therapeutischen Indikation. Diese Entscheidung wird schriftlich bestätigt.

Übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung einen Teil der Kosten, so bezieht sich die Kostenerstattung im Rahmen der zusätzlichen Absicherung auf den Kostenanteil, den der Leistungsberechtigte selbst zu tragen hat. Die Summe der gewährten Erstattungen darf niemals den maximalen Betrag der Kostenerstattung im Rahmen dieser Absicherung betragen.

Für Zahnersatz oder Implantate, die während eines Krankenhausaufenthaltes eingesetzt werden, wird keine Leistung gewährt.

Erstattungsbedingungen

1° Zulässigkeit von Rechnungsbeträgen

Berücksichtigt werden nur die rechtmäßig in Rechnung gestellten Kosten, die nach der Operation vom Patienten gemäß einer oder mehrerer der folgenden Gesetzgebungen zu zahlen sind:

- die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, wie sie durch das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 und seine ausführenden königlichen Erlasse sowie durch den königlichen Erlass vom 30. Juni 1964 organisiert ist;
- die Gesetzgebung über die Arbeitsunfälle (Gesetz vom 10. April 1971 und der entsprechende Königliche Erlass) und die Berufskrankheiten (Gesetz vom 3. Juni 1970 und der entsprechende Königliche Erlass);
- die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 oder durch ein von Belgien abgeschlossenes multilaterales oder bilaterales Abkommen über die soziale Sicherheit;
- das Gesetz vom 5. Juni 2002 über die maximale Gesundheitsrechnung;
- der Königliche Erlass vom 26. Februar 2001 zur Einrichtung des besonderen Solidaritätsfonds.

Welche Zuzahlungen abgedeckt sind, wird unter Bezugnahme auf diese Kostenerstattungsmöglichkeiten festgelegt.

2° Ausschlüsse

Nicht erstattet werden:

- Krankenhausaufenthalte, die zum Zeitpunkt der Aufnahme des Mitglieds bereits laufen. Dies gilt nicht für unterhaltsberechtigte Angehörige, die als eigenständig Versicherte angemeldet werden und zum Zeitpunkt der Statusänderung im Krankenhaus waren.
- Gipsraum-Festbeträge, Dialyse-Festbeträge.
- Transportkosten, Aufenthalte in Altenheimen, Alten- und Pflegeheimen, in Genesungshäusern, die nicht unter 4.7 dieses Artikels „Aufenthalt in einem Genesungshaus in einer zugelassenen Einrichtung“ fallen, sowie Kosten in einer Rehabilitationseinrichtung.

3° Zusammentreffen mehrere Absicherungen

Der Leistungsanspruch im Rahmen bestimmter Gesetzgebungen kann an Bedingungen geknüpft sein. In diesen Fällen wird die Erstattung als rückzahlbarer Vorschuss gewährt. Wenn der Leistungsberechtigte oder seine Familie über das Recht auf Kostenerstattung im Rahmen der betreffenden Gesetzgebung in Kenntnis gesetzt wird, fordert die Krankenkasse alle Beträge zurück, die durch die genannte Gesetzgebung gedeckt sein können.

Diese Rückforderung erfolgt entweder durch eine an den Leistungsberechtigten adressierte Lastschriftanzeige oder auf der Grundlage einer vom Leistungsberechtigten unterzeichneten Abtretungsvereinbarung.

4° Berechnung der Erstattung

4.1 Stationäre Behandlung im Mehrbett- oder Zweibettzimmer

Die „Hospi-Solidar“ übernimmt einen Teil der tatsächlich vom Leistungsberechtigten zu tragenden Kosten wie folgt:

- a) Erstattung der vom Patienten zu tragenden Kosten, ausgenommen Telefonkosten;
- b) Erstattung der Honorare bis zu 100% des in der amtlichen Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Honorars;
- c) Erstattung der Kosten für die Begleitung durch einen Elternteil eines stationär behandelten Kindes unter 18 Jahren. Die Erstattung dieser Kosten ist auf 15 Euro pro Tag begrenzt. Für andere Fälle der Begleitung ist die Erstattung auf 6,20 Euro pro Tag begrenzt.
- d) Erstattung der Unterbringungskosten in einer Krankenhausaufnahme für Begleitpersonen und/oder für den stationär behandelten Patienten, der bei der Christlichen Krankenkasse versichert ist, bis zu 6,20 Euro pro Nacht.

Erstattung der Unterbringungskosten in einem Krankenhaushotel bis zu 6,20 Euro pro Nacht für einen Patienten, der bei der Christlichen Krankenkasse versichert ist. Diese Kostenerstattung wird auch bei Behandlung in der Tagesklinik gewährt und ist auf zwei Nächte begrenzt, d.h. den Tag vor und den Tag nach der tagesklinischen Behandlung.

Die obengenannten Erstattungen sind auf 60 Nächte pro Kalenderjahr und auf maximal zwei Begleitpersonen je stationär behandeltem Patienten begrenzt

- e) Für die Erstattung der unter a, b, c genannten Kosten wird ein Selbstbehalt von 275 Euro pro Aufnahme angewandt, wenn der stationär aufgenommene Leistungsberechtigte über 18 Jahre alt ist.

4.2. Tagesklinikaufenthalt im Mehrbett- oder Zweibettzimmer

Die „Hospi-Solidar“ übernimmt einen Teil der tatsächlich vom Leistungsberechtigten zu tragenden Kosten für einen Aufenthalt in der Tagesklinik gemäß der Definition des Tagesklinikaufenthalt im Artikel 63 der Satzung wie folgt:

- Allgemeines:
- Erstattung der vom Patienten zu tragenden Kosten, ausgenommen Telefonkosten;
- Erstattung der Honorare bis zu 100% des in der amtlichen Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Honorars;
- Erstattung der Kosten für die Begleitung durch einen Elternteil eines stationär behandelten Kindes unter 18 Jahren. Die Erstattung dieser Kosten ist auf 15 Euro pro Tag begrenzt.

Für andere Fälle der Begleitung ist die Erstattung auf 6,20 Euro pro Tag begrenzt.

- Für die Erstattung der hier oben genannten Kosten wird ein Selbstbehalt von 150 Euro pro Aufnahme angewandt, wenn das stationär aufgenommene Mitglied über 18 Jahre alt ist.
- Für medizinische Behandlungen werden die tatsächlich vom Leistungsberechtigten getragenen Kosten, einschließlich - abweichend von den Ausschlüssen laut Punkt 2 (oben) - der Minipauschalen, am Ende der Behandlung addiert, um einen einzigen Selbstbehalt von 275 Euro anzuwenden.
- Für medizinische Behandlungen eines Leistungsberechtigten unter 18 Jahren wird kein Selbstbehalt angewandt.
- Für die medizinisch unterstützte Fortpflanzung, Erstattung von Behandlungen, die in zugelassenen medizinischen Einrichtungen durchgeführt werden, und zwar ausschließlich dann, wenn die Behandlung die Bedingungen des Artikels 74 bis des Königlichen Erlasses vom 25. April 2002 über die Festlegung und Liquidierung des Budgets der finanziellen Mittel der Krankenhäuser erfüllt.

Es wird ein Festbetrag von 200 Euro je Zyklus oder Behandlung gewährt. Diese Kostenerstattung ist auf 6 Festbeträge begrenzt. Die Leistung wird auf der Grundlage der Krankenhausrechnung gewährt, der ein Antrag auf Kostenerstattung, wie unter 5° beschrieben, beigefügt sein muss. Sie wird auch auf der Grundlage einer Kopie der vom Vertrauensarzt für medizinisch unterstützte Fortpflanzung 1/m.u.F. 2 oder für m.u.F. 3 ausgestellten Genehmigung gewährt, die vom behandelnden Arzt bei der Durchführung eines Zyklus/einer Behandlung ausgefüllt wird, und die zusammen mit einem Antrag auf Kostenerstattung wie unter 5° beschrieben vorzulegen ist.

- Erstattung der Kosten für den Aufenthalt eines Patienten in einem Krankenhaushotel bis zu 6,20 Euro pro Nacht. Diese Kostenerstattung wird auch bei einer Behandlung in der Tagesklinik gewährt und ist auf zwei Nächte begrenzt, nämlich den Tag vor und den Tag nach der Behandlung in der Tagesklinik.

Die obengenannten Erstattungen sind auf 60 Übernachtungen pro Kalenderjahr und auf maximal zwei Begleitpersonen je stationärem Patienten begrenzt.

4.3. Stationäre Behandlung im Einzelzimmer

Die Hospi-Solidar übernimmt einen Teil der Kosten wie in den Punkten 4.1 und 4.2 dieses Artikels beschrieben. Zimmerzuschläge und übertarifliche Honorare sind von der Berechnung der Erstattung ausgeschlossen.

4.4. Stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung

Die Hospi-Solidar deckt, sofern dies nicht gesetzlich untersagt ist, die Kosten, die sich aus der stationären Behandlung eines Leistungsberechtigten in eine psychiatrische Einrichtung ergeben, für die die gesetzliche Krankenversicherung aufkommt. Die Kostenerstattung ist identisch mit der in Punkt 4.1. dieses Artikels beschriebenen. Für diese Erstattungen gilt eine Obergrenze von 450 Euro pro Kalenderjahr und Leistungsberechtigtem.

4.5. Entbindung in einem Geburtshaus und Zuhause

Für eine Geburt in einem Geburtshaus oder für eine Hausgeburt wird gegen Vorlage eines Zahlungsbelegs der Hebamme ein Festbetrag von 150 Euro gewährt.

4.6. Maximaler jährlicher Selbstbehalt

Bei mehreren Krankenhausaufenthalten im selben Kalenderjahr ist der kumulative Betrag der Selbstbehalte auf 550 Euro je Leistungsberechtigtem begrenzt.

4.7. Genesungsaufenthalt in einer zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtung

Bei einem Genesungsaufenthalt in einer zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtung übernimmt die Hospi-Solidar einen Teil der persönlichen Kosten, die dem Patienten von der Einrichtung in Rechnung gestellt werden, und zwar bis zu 45% des Tarifs je Übernachtung.

Diese Kostenerstattung wird dem Leistungsberechtigten gewährt, wenn er die Erstattungskriterien erfüllt, die im Artikel 66, §1 und 2 der Satzung des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen über die „Genesungsaufenthalte“ vorgesehen sind.

Der Aufenthalt muss vom medizinischen Betreuungsteam der jeweiligen Genesungseinrichtung genehmigt werden.

Die Erstattung ist auf 30 Übernachtungen je Kalenderjahr begrenzt.

Die Liste der als solche zugelassenen Genesungseinrichtungen sind dieser Satzung als Anhang 24 beigelegt.

5° Erstattungsverfahren

Die Erstattung erfolgt an den Leistungsberechtigten oder an eine von ihm benannte Person nach Erhalt der Originalbelege für die entstandenen Kosten und des ordnungsgemäß ausgefüllten und unterzeichneten Formulars „Antrag auf Teilerstattung der Kosten“. Im Todesfall werden die Leistungen an die Erben ausgezahlt.

Der Antrag auf Erstattung muss vor Ablauf einer Zweijahresfrist gestellt werden, die mit dem Ende des Monats beginnt, in dem der Leistungsberechtigte die Krankenhausrechnung erhält. Als Datum des Rechnungseingangs gilt der dritte Arbeitstag nach dem Datum, das auf der von der betreffenden Versorgungseinrichtung ausgestellten Rechnung als Versanddatum angegeben ist.

6° Forderungsabtretung

Bei einem Unfall, für den eine andere Person ganz oder teilweise haftbar gemacht werden kann, tritt die Krankenkasse im Umfang ihrer Aufwendungen in die Rechte des Leistungsberechtigten oder seiner Anspruchsberechtigten hinsichtlich der Regressansprüche ein. Die Krankenkasse übt dieses Recht jedoch nicht gegenüber Familienangehörigen des Leistungsempfängers aus, die den Unfall unabsichtlich verursacht haben, es sei denn, diese Personen können effektiv auf eine Haftpflichtversicherung zurückgreifen.

Beitrag

Der Beitragssatz für diese Dienstleistung ist im Anhang zu dieser Satzung in der ETAC-Beitragsübersicht festgelegt.

Änderung der Beitragssätze

Abgesehen von ihrer Anpassung an den Gesundheitsindex dürfen die Beitragssätze zu dieser Dienstleistung nur erhöht werden,

1. wenn die tatsächliche und erhebliche Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen oder die Entwicklung der zu deckenden Risiken dies erfordert
2. oder bei Vorliegen erheblicher und außergewöhnlicher Umstände.

Jede Änderung muss von der Generalversammlung beschlossen und in der Presse der Christlichen Krankenkasse veröffentlicht werden.

Der Beitrag ist an den Gesundheitsindex gekoppelt und wird jedes Jahr auf der Grundlage der Entwicklung dieses Indexes angepasst.

Der Startindex ist der vom September 2003 (Basis=1996), d.h. 112,47.

Die Berechnung wird wie folgt durchgeführt:

Beitrag des Vorjahres x Index des laufenden Jahres / Index des Vorjahres.

Unterstützung

Die Krankenkasse stellt allen Leistungsberechtigten einen kostenlosen telefonischen Informations- und Beratungsdienst zur Verfügung, um alle Anfragen zu administrativen und finanziellen Aspekten sowie zu den praktischen Aspekten eines Krankenhausaufenthalts zu beantworten. Dieser Dienst wird auch in der Lage sein, dem Patienten alle nützlichen Informationen zur Verfügung zu stellen, um seine Entlassung aus dem Krankenhaus und seine Rückkehr nach Hause oder in eine andere Versorgungseinrichtung vorzubereiten.

Der Beitragssatz für diese Dienstleistung ist im Anhang zu dieser Satzung in der ETAC-Beitragsübersicht festgelegt.

Artikel 66. Dringender Krankentransport (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Dringender Transport: Transport mit dem Hubschrauber im Rahmen einer dringenden medizinischen Hilfeleistung gemäß der gesetzlichen Definition, nach einem Anruf über das einheitliche Notrufsystem, das Hilfe, Transport und Aufnahme in einer geeigneten stationären Versorgungseinrichtung gewährleistet.

- Einem dringenden Transport gleichgestellt sind: vom Hausarzt angeforderte Transporte mit dem Krankenwagen zu einer stationären Versorgungseinrichtung mit Einweisung in die Notaufnahme, eine Verlegung mit dem Krankenwagen unter Aufsicht eines Arztes und/oder einer Krankenpflegefachkraft und eine sofortige Verlegung mit dem Krankenwagen (max. 48 Stunden).

Beschreibung der Leistung

Finanzielle Beteiligung an den Kosten, die durch einen dringenden Transport eines Leistungsberechtigten oder einen Transport, der einem dringenden Transport gleichgestellt ist entstehen.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Bei einem Transport mit dem Hubschrauber wird der Transport nach einem Anruf bei der Notrufnummer 112 durchgeführt.

Für den Transport mit einem Krankenwagen, der dem dringenden Transport gleichkommt:

- Aufnahme in der Notaufnahme nach einem vom Hausarzt angeforderten Transport.
- Verlegung (innerhalb von 48 Stunden) in eine andere Einrichtung, wenn die Aufnahme in die erste Einrichtung über die Notaufnahme erfolgt ist, unabhängig vom verwendeten Transportmittel.
- Medizinischer Transport zwischen Krankenhäusern (Wiederbelebung).

Ausschlüsse

Die Leistung deckt nicht die Fahrtkosten des medizinischen Teams.

Transporte mit dem Krankenwagen, die einem dringenden Transport gleichgestellt sind und sich bei der Preisgestaltung nach dem Königlichen Erlass vom 28. November 2018 über die Rechnungsstellung im Rahmen eines Einsatzes dringender medizinischer Hilfe durch einen Ambulanzdienst richten, sind von der in diesem Artikel vorgesehenen Kostenerstattung ausgeschlossen.

Höhe der Kostenerstattung

Bei dringenden Transporten mit dem Hubschrauber übernimmt die Krankenkasse nach Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung und nach Anwendung eines Selbstbehalts von 450 Euro Restbetrag der Kosten für den Leistungsberechtigten.

Der erstattete Betrag darf niemals 1100 Euro je Einsatzstrecke übersteigen und darf nicht höher sein als das, was der Leistungsberechtigte zu zahlen hatte.

Ausnahmen:

- o Wenn die transportierte Person während des Hubschrauberflugs oder bei der Ankunft stirbt, erstattet die Krankenkasse einen Festbetrag von 375 Euro.
- o Wenn die Person am Ende nicht transportiert wird, erstattet die Krankenkasse einen Festbetrag von 375 Euro.

Für Krankentransporte, die den dringenden Transporten gleichgestellt sind, übernimmt die Krankenkasse nur die in der Rechnung genannten Transportkosten nach Anwendung eines Selbstbehalts von 75 Euro, der vom Leistungsberechtigten zu tragen ist.

Belege

Die Kostenerstattung erfolgt direkt an den Leistungserbringer oder auf Vorlage einer vom Krankentransportunternehmen ausgesellten Originalrechnung.

Außerdem wird für den Transport in einem Krankenwagen, der einem dringenden Transport gleichgestellt ist, ein zusätzlicher Nachweis verlangt. Dieser Nachweis hängt von der Art des Transports ab:

- bei Aufnahme durch die Notaufnahme nach einem vom Hausarzt angeforderten Transport, ist der Rechnung für den Transport eine von der Notaufnahme des Krankenhauses ausgestellte Bescheinigung beizufügen;
- bei einer Verlegung (innerhalb von 48 Stunden) in eine andere Einrichtung, wenn die Aufnahme in die erste Einrichtung über den Notdienst erfolgte, unabhängig vom verwendeten Transportmittel, ist der Rechnung für den Transport eine vom Krankenhaus ausgestellte ärztliche Bescheinigung beizufügen;
- bei einem medizinischen Transport zwischen Krankenhäusern (Wiederbelebung) ist die Rechnung mit dem Hinweis auf die Anwesenheit eines Arztes und/oder einer Krankenschwester einzureichen.

Die Belege sind Originale oder Kopien.

Geografischer Geltungsbereich

Der Ort, an dem der Leistungsberechtigte für den Transport abgeholt wird, muss sich in Belgien befinden und der Bestimmungsort muss sich in Belgien oder in einem angrenzenden Land befinden.

Bei einem Transport mit dem Krankenwagen, der als dringender Transport gilt, müssen der Ort der Abholung des Leistungsempfängers und der Zielort in Belgien liegen.

Artikel 67. Information und Werbung (Code 37)

Die Dienstleistung Information und Werbung hat die Aufgabe, die Sichtbarkeit der Arbeit der Christlichen Krankenkasse zu entwickeln, zu fördern und zu verstärken, indem sie Informationsmittel einsetzt, Kommunikationskampagnen startet oder gleich welche andere Maßnahme ergreift, um dieses Ziel zu erreichen, und zwar gegenüber den Leistungsberechtigten, der Presse, den Medien oder allen Personen, die sich für die Christliche Krankenkasse und ihre Aktivitäten interessieren könnten.

Der Beitragssatz für diese Dienstleistung ist im Anhang zu dieser Satzung in der ETAC-Beitragsübersicht festgelegt.

Artikel 68. Absicherung bei schweren und/oder kostspieligen Krankheiten (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Die folgenden Krankheiten sind als schwere oder kostspielige Krankheiten anerkannt:

<u>Liste der „schweren und kostspieligen Krankheiten“</u>	<u>Schwerekriterien, die durch einen ärztlichen Bericht dokumentiert werden müssen, um die in diesem Artikel beschriebene Kostenerstattung zu erhalten.</u>
Schlaganfall, der zu einer Behinderung führt	Ausgeprägte motorische Behinderung
Rückenmarksaplasie	
Chronische und progressive obliterative Arteriopathie (koronar oder peripher) mit ischämischen klinischen Manifestationen	
Dekompensierte Leberzirrhose	
Schwere primäre Immunschwäche, die eine längere Behandlung erfordert, und schwere erworbene Immunschwäche (Acquired Immunodeficiency Syndrome).	
Insulinabhängiger oder nicht insulinabhängiger Diabetes, der nicht allein durch die Ernährung ausgeglichen werden kann.	
Epilepsie	Medikamentenresistenz bei Krampfanfällen
Schwere Form einer neuromuskulären Störung (einschließlich Myopathie)	Ausgeprägte motorische Behinderung
Homozygote Hämoglobinopathie	
Hämophilie	
Schwere Herzinsuffizienz	NYHA-Klasse III
Niereninsuffizienz	GFR < 45 bei zwei Bluttests oder Proteinurie > 1 gr/Tag bei zwei Urintests
Schwere chronische respiratorische Insuffizienz	FEV1 bei 30% oder weniger
Parkinson-Krankheit	
Erbliche Stoffwechselerkrankungen, die eine spezielle Langzeitbehandlung erfordern.	
Mukoviszidose	
Querschnittslähmung	
Polyarthrititis nodosa, systemischer akuter Lupus erythematodes, progressive generalisierte Sklerodermie	
Schwere aktive rheumatoide Arthritis	HAQ > 0,5 (Health Assessment Questionnaire) oder Vorhandensein von systemischen Erscheinungen oder DAS28 >= 3,7

Psychose, schwere Persönlichkeitsstörung, mentale Retardierung	Dauer der Erkrankung von mehr als einem Jahr mit erheblichen funktionellen Auswirkungen im täglichen Leben
Progressive hämorrhagische Rektokolitis und Morbus Crohn	Anlässlich eines fortschreitenden Anfalls und/oder wenn eine Grundbehandlung erforderlich ist
Multiple Sklerose, die zu einer Behinderung führt	Grundbehandlung erforderlich und/oder eine dauerhafte Beeinträchtigung nach sich ziehend
Schwere ankylosierende Spondylitis	BASDAI > 4 trotz maximaler NSAR-Therapie oder Vorhandensein von systemischen Erscheinungen.
Folgen einer Organtransplantation	
Aktive Tuberkulose	
Bösartiger Tumor, bösartige Erkrankung des lymphatischen oder hämatopoetischen Gewebes	
Die folgenden medizinischen Zustände gelten ebenfalls als schwere und/oder kostspielige Krankheiten:	
<u>Medizinische Zustände</u>	<u>Dokumente, die vorzulegen sind, um die in diesem Artikel beschriebene Kostenerstattung zu erhalten</u>
Schwere, nicht in der Liste aufgeführte Krankheiten, die eine längere Behandlung über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten erfordern, besonders kostspielig und chronischer Art sind.	Arztbericht und Kostenschätzung
Polypathologien: mehrere charakterisierte Krankheiten, die zu einem pathologischen Zustand führen, der über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten eine kostspielige Pflege erfordert.	Arztbericht und Kostenschätzung

Beschreibung

Zweck dieser Dienstleistung ist die Förderung der medizinischen Versorgung und des Wohlergehens von Menschen mit schweren und/oder kostspieligen Erkrankungen durch die Gewährung eines pauschalen finanziellen Zuschusses zur Deckung von ambulanten Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und die kostenintensiv sind.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Der Festbetrag wird gewährt bei:

- einem Krankenhausaufenthalt (gewöhnlicher Aufenthalt, Tagesklinik oder Minipauschale) für das in den beiden Kalenderjahren vor dem Antrag auf Eröffnung der Akte angegebene Krankheitsbild oder
- der Durchführung eines technischen Verfahrens durch einen Facharzt im Zusammenhang mit dem in den beiden Kalenderjahren vor dem Antrag auf Eröffnung der Akte angegebenen Krankheitsbild.

Für medizinische Zustände, die ebenfalls als schwere und/oder kostspielige Krankheiten gelten (Tabelle 2 oben), unterliegt die Gewährung des Festbetrags außerdem der vorherigen Genehmigung des medizinischen Beraters (Vertrauensarztes), und der Leistungsberechtigte muss zum Zeitpunkt der Eröffnung der Akte den Status eines „chronisch kranken Patienten“ besitzen, gemäß Königlichem Erlass vom 15. Dezember 2013 (veröffentlicht am 23. Dezember 2013) zur Umsetzung des Artikels 37vicies/1 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994.

Ausschlüsse

Wenn das Krankheitsbild nicht im Abschnitt Definitionen/Terminologie (Tabellen 1 und 2) aufgeführt ist, wird der Festbetrag nicht gewährt.

Höhe der Kostenerstattung

Dieser Festbetrag beträgt 150 Euro.

Der Leistungsberechtigte hat in seinem Leben nur Anspruch auf einen einzigen Festbetrag für jede schwere und/oder kostspielige Krankheit.

Stellt der Leistungsberechtigte aufgrund der im ersten Absatz des Abschnitts „Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung“ genannten Ereignisse, die im selben Kalenderjahr eingetreten sind, mehrere Anträge auf Beihilfe für verschiedene Krankheitsbilder, so wird für eines der Krankheitsbilder nur eine Jahrespauschale gewährt.

Belege

Um eine Akte zu eröffnen, sind folgende Dokumente erforderlich:

- Antragsformular, das vom Leistungsberechtigten und einem Hausarzt oder Facharzt ausgefüllt wird;
- bei bestimmten Krankheitsbildern ist ein ärztlicher Bericht vorzulegen, aus dem die Schwere der Erkrankung ersichtlich ist (siehe zweite Spalte der Tabellen im Abschnitt Begriffsbestimmungen/Terminologie);
- für die im Abschnitt Begriffsbestimmungen/Terminologie beschriebenen medizinischen Zustände ist ein ausführlicher ärztlicher Bericht und ein Kostenschätzungsformular beizufügen.

Dieses Antragsformular muss innerhalb der beiden Kalenderjahre nach Beginn des Krankenhausaufenthaltes oder der Durchführung des technischen Verfahrens durch einen Facharzt im Zusammenhang mit dem angegebenen Krankheitsbild eingereicht werden.

Die Belege müssen im Original oder in Kopie vorliegen.

Geografischer Geltungsbereich

Das Antragsformular muss von einem Hausarzt oder Facharzt ausgefüllt werden, der in Belgien oder einem angrenzenden Land praktiziert.

Artikel 69. Subventionierung der sozialen und gesundheitlichen Strukturen (Code 38)

Die Krankenkasse unterstützt die folgenden Rechtspersonen, die Sozial- und Gesundheitsstrukturen im Sinne von Art. 1, 5° des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung von Artikel 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 sind. Diese Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht führen keine operativen Geschäfte durch, die einen Anspruch auf Kostenerstattung für ein zukünftiges und ungewisses Ereignis eröffnen würden.

Die diesen Strukturen gewährte Subvention dient nicht der Finanzierung besonderer individueller Vorteile für die Leistungsberechtigten im Verhältnis zu den anderen Personen, die sich an die subventionierte Einrichtung wenden können.

Die Zuschüsse werden jährlich von der Generalversammlung festgelegt.

Der Verwaltungsrat darf die vorgeschlagenen Beträge ändern, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- o Die Entscheidung des Verwaltungsrats wird unverzüglich per Einschreiben an das KAK mitgeteilt;
- o das Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens des Beschlusses enthalten;
- o Änderungen mit rückwirkender Kraft werden bei der nächsten Generalversammlung zur Aufnahme in die Satzung genehmigt.

1. L'ASBL « OCARINA », Unternehmensnummer (ZDU): 0411.971.074.

Der in Artikel 5 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« Ocarina prend une place active dans la société et a pour but désintéressé de promouvoir par ses actions le développement de la jeunesse et de ses aptitudes avec une attention particulière à son bien-être et à son épanouissement. »

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

2. L'ASBL « Altéo », Unternehmensnummer (ZDU): 0410.383.442.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« L'objet social de l'association est de promouvoir, soutenir toute initiative ayant pour but de favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale de toutes les personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles sur la base de l'égalité entre les personnes.

L'association visera à permettre, encourager et favoriser toute forme d'activité de loisir, de sport, de répit, de culture, de militance et de rencontres permettant l'atteinte de ces objectifs

dans son sens le plus large et s'exerce particulièrement en veillant à l'inclusion de ces personnes dans le circuit économique et social ainsi que par la représentation et la défense de leurs intérêts.

L'association a également pour objet, dans un esprit de solidarité de lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes handicapées, invalides ou malades et ce, conformément à la déclaration universelle des droits de l'homme. »

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

3. L'ASBL SOLIVAL WALLONIE-BRUXELLES, Unternehmensnummer (ZDU): 460 2135 30

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« L'association est un service qui s'adresse à toute personne atteinte d'un handicap physique, mental ou sensoriel ainsi qu'à tout autre service d'aide ou d'accompagnement de ces personnes.

L'association vise à aider les personnes handicapées à conserver leur autonomie, à l'acquérir ou à le recouvrer en leur fournissant l'information, l'aide et le soutien nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et démarches de la vie courante.

L'association se propose de faciliter et de favoriser directement ou indirectement l'utilisation par les handicapés, les malades et les invalides de tous appareils et moyens techniques d'assistance.

Elle effectue des recherches, rassemble et distribue les informations de nature à contribuer à l'intégration de tous les handicapés et à la prise de conscience des personnes valides et invalides (...). »

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

4. L'ASBL Fédération des services maternels et infantiles, Unternehmensnummer (ZDU): 421.218.045

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« L'association a pour but de coordonner les actions des services liés à l'enfance en Fédération Wallonie Bruxelles et en Communauté germanophone. Dans ce but, l'association a pour objet, à l'exclusion de tout but lucratif :

1. de fournir aux associations représentées un ensemble de services leur permettant de gérer leur activité de manière efficiente
2. de développer des modes de fonctionnement qui favorisent des réponses adaptées aux besoins réels des femmes et des familles quel que soit le milieu culturel, social ou économique et qui donnent une place à chaque partenaire selon son rôle et ses compétences avec une attention particulière aux parents
3. d'assurer la promotion et le développement de services relatifs à l'enfance ainsi que toutes missions de recherche
4. De coordonner l'action et assurer la formation des responsables et des équipes dans les services
5. d'assurer la représentation des services liés à l'enfance auprès des pouvoirs publics »

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

5. L'ASBL « énéo », Unternehmensnummer (ZDU): 0414.474.169

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« S'inspirant des valeurs chrétiennes, l'association a pour buts ...

- d'encourager la participation et l'engagement des aînés dans la vie sociale, culturelle, économique et politique,
- de promouvoir la prise de responsabilité des aînés par le biais de l'action collective dans le but de les associer à la construction d'un monde plus juste,
- de développer et d'animer un réseau associatif démocratique et participatif porteur de solidarité et générateur d'une meilleure qualité de vie,
- de représenter ses membres et de les accompagner dans la défense de leurs droits dans un esprit de dialogue intergénérationnel,
- de lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes âgées,
- de prendre et d'appuyer toute initiative visant une véritable promotion de l'autonomie et du bien-être physique, mental et social des aînés, et en particulier la dispensation de prestations de services et la livraison de biens étroitement liés à l'assistance sociale, à la sécurité sociale et au bien-être des personnes âgées, telles que définies dans le règlement d'ordre intérieur.

L'association inscrit prioritairement son action dans le champ de l'éducation permanente. Elle se déploie principalement sur le territoire de la Communauté française. Son programme d'actions peut viser ses membres, les aînés fragilisés, un large public, les décideurs politiques et le monde associatif. »

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

6. L'ASBL Centre d'éducation du patient (en abrégé CEP), Unternehmensnummer (ZDU): 0424 320 164.

Der in Artikel 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but de

- proposer des formations, des sensibilisations, des informations et des outils aux institutions de soins tels que les hôpitaux, les maisons de repos et de soins...,
- proposer des formations, des sensibilisations, des informations et des outils aux futurs acteurs des soins de santé (médecin, infirmier, ...),
- sensibiliser et informer le tout public sur base de campagnes de communication (délai de réaction face aux premiers signes de problèmes cardio-vasculaires, ...),
- développer une expertise dans l'évaluation qualitative et quantitative de projets,

- développer une expertise dans la mise en place de programmes d'interventions sur le terrain pour les publics vulnérables (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, handicap, ...).

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

7. L'ASBL eneosport, Unternehmensnummer (ZDU): 0418.415.834

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but la promotion et l'organisation de la pratique sportive des aînés sous toutes ses formes en Communauté française.

L'association a pour objet :

- d'encourager et d'organiser, dans les meilleures conditions de sécurité, la pratique sportive des aînés de manière à contribuer, par l'intermédiaire de ses activités, à l'épanouissement et au bien-être physique, psychique et social des membres de ses cercles
- d'assurer la formation de moniteurs et de cadres sportifs spécialisés dans le domaine de l'activité sportive des aînés
- de garantir aux aînés l'accès à des activités sportives adaptées à leurs potentialités
- de coordonner l'activité de cercles et de clubs.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

8. L'ASBL Senoah, Unternehmensnummer (ZDU): 0421.461.434.

Der in Artikel 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but social de favoriser le bien-être des aînés, dans une logique d'autodétermination et de respect du libre choix de la personne.

§1. Pour atteindre son but, elle développe les missions suivantes :

1. Observatoire des lieux de vie pour seniors

- Observer les attentes et besoins des seniors en matière de lieu de vie, dans le cadre de travaux de recherche et de l'accompagnement des seniors dans les visites d'établissements
- Mettre à disposition des citoyens, des professionnels et des décideurs politiques des données et observations concernant les lieux d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées
- Réaliser des recherches exploratoires sur des thématiques en lien avec les lieux de vie des seniors

2. Accompagnement

- Soutien individualisé des seniors et/ou de leur famille dans la recherche d'un lieu de vie adapté, notamment par l'accompagnement dans la visite d'établissements
- Soutien à la prise de conscience et à l'anticipation du vieillissement en termes de lieux de vie
- Service d'appui juridique
- Sensibilisation aux pratiques visant le bien-être dans les lieux de vie à l'attention du grand public et des professionnels du secteur

§2. L'association peut, en outre, développer ou soutenir toute action ou initiative en lien direct avec son objet social. L'association pourra conclure toute convention avec les pouvoirs publics ou avec des partenaires privés.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

9. L'ASBL Fédération Aide et Soins à Domicile (en abrégé FASD), Unternehmensnummer (ZDU): 449.690.614.

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Elle (l'asbl) a pour but, à l'exclusion de tout but lucratif :

1° de fournir aux associations affiliées un ensemble de services leur permettant de gérer leur activité de manière efficiente et de répondre aux besoins des personnes qui souhaitent être aidées et soignées à domicile, notamment en matière de soins infirmiers et palliatifs ; aide familiale ; aide-ménagère ; garde à domicile de jour et de nuit ; garde d'enfants malades ; service social ; autres services complémentaires tels que: bénévolat ; prêt de matériel ; biotélégilance ; logopédie ; kinésithérapie ; ergothérapie ; soins dentaires à domicile ; pédicurie ; aménagement de locaux ; distribution des repas à domicile.

2° de soutenir ces associations en favorisant en liaison avec le médecin généraliste une offre d'aide et de soins coordonnés centrés sur le bénéficiaire en facilitant la systématisation des collaborations entre tous les intervenants du maintien à domicile et en permettant la détermination des orientations politiques d'ensemble.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

10. L'ASBL FCPC Fédération des Centres de planning et de consultations (en abrégé FCPC), Unternehmensnummer (ZDU): 409.548.252.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour buts prioritaires :

La représentation des centres affiliés auprès des instances politiques et administratives.

L'information des centres sur les enjeux politiques et sectoriels

La coordination des centres. La FCPC est un lieu de coordination, de formation, d'échange, de parole et de partage d'expérience pour les travailleurs et les responsables des centres.

La promotion du secteur en général et des centres affiliés en particulier.

Dans une perspective d'éducation permanente, la FCPC vise à mener avec ses centres affiliés, une réflexion et des actions visant à questionner et à faciliter l'exercice des droits relatifs à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

La FCPC veut susciter une prise de conscience de chaque citoyen.ne et professionnel.le pour qu'il devienne acteur.trice d'émancipation individuelle et collective. La démarche s'ancre dans le travail effectué par les Centres de planning affiliés à la FCPC au sein d'un large réseau de partenaires.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

11. La scrlfs Creagora, Unternehmensnummer (ZDU): 847.167.217

Der in Artikel 3 Abs. 1 und 2 der Satzung dieser SCRLFS festgelegte Zweck lautet:

1. La société a pour objet, pour compte propre, pour compte de tiers ou en participation, sur le territoire desservi par huit (8) Mutualités Chrétiennes Francophones et Germanophone, sans que cette énonciation soit limitative et à titre exemplatif :

- d'acquérir des bâtiments, ou des terrains, afin de les mettre à la disposition de mutualités chrétiennes et toutes entités juridiques mutualistes partenaires de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, d'associations et de collectifs impliqués dans l'action sociale, sanitaire et éducative ainsi que dans l'insertion professionnelle ou l'économie sociale. La société coopérative pourra également occuper ces locaux dans le même objectif,
- de construire, restaurer et rénover ces bâtiments, ou d'aménager ces terrains, avec le souci de mettre en œuvre les techniques et les matériaux les plus respectueux de l'environnement,
- de favoriser les entreprises de formations professionnelles et/ou travail adapté dans le cadre de la restauration, la rénovation et l'entretien de ces bâtiments, ou de l'aménagement de ces terrains.
- d'affecter tout ou partie des bâtiments ou terrains qui ne seraient pas occupés par ce type de projets, à du logement ou autre, à loyer modéré ou normal, destiné à assurer une mixité d'occupation intergénérationnelle ; familles, handicapés, personnes âgées ...
- de valoriser, d'encourager et d'initier des dynamiques de propriété collective,
- d'initier de soutenir et de mettre en œuvre des projets de type social, d'insertion professionnelle, d'économie sociale ou d'éducation permanente, L'objet de la société est extensible, dans les limites de la cohérence et le respect de la finalité sociale.
- de favoriser les réseaux et échanges avec des projets similaires ou proches au niveau de l'objet social,
- d'inciter et collaborer activement aux initiatives de recherche et développement visant à améliorer la politique socio-sanitaire des mutualités Chrétiennes et le bien-être physique, psychique et social des bénéficiaires des services dans leurs espaces de vie (maison, appartement, familles, ...)
- de mettre ses infrastructures à disposition pour favoriser les échanges et collaborations avec les universités et autres centres de recherche et entrepreneurs sociaux poursuivant la même finalité.
- de faciliter, en tant qu'incubateur social, la naissance d'initiatives poursuivant un même objectif.

2. L'objet social peut être étendu à d'autres activités par décision de l'assemblée générale des associés en conformité avec les dispositions légales afférentes à la modification de l'objet social.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

12. L'association de fait Mouvement Ouvrier Chrétien (en abrégé MOC)

Der in den Artikeln 1 und 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 1

Le Mouvement Ouvrier chrétien (MOC) est le mouvement de coordination, d'action commune et d'expression politique de ses organisations constitutives.

Ses valeurs de référence sont précisées dans ses options fondamentales.

Il se définit prioritairement comme mouvement social dont les objectifs principaux sont l'émancipation du monde du travail, notamment par l'approfondissement de la démocratie économique, culturelle, sociale et politique.

Le MOC n'est pas un parti politique. Il n'adhère en tant que tel à aucun parti politique.

Article 3

Assurer la collaboration, la coordination et l'unité au sein du Mouvement Ouvrier Chrétien

Pour assurer cette mission, le MOC doit :

1/Garantir le débat démocratique et la recherche de compromis dans l'élaboration des programmes communs et

globaux du Mouvement et dans la définition de ses positions.

2/Veiller à l'unité de direction et d'action de l'ensemble du Mouvement sur son programme global et ses positions communes, en garantissant le respect et la loyauté des composantes par rapport aux décisions adoptées démocratiquement.

3/Assurer la planification et la coordination des programmes communs d'actions collectives en favorisant au maximum la démarche d'action commune de l'ensemble du Mouvement.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

13. Ocarina VoG, Unternehmensnummer (ZDU): 0449.509.480

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

- §1. Die Vereinigung hat als Ziel, in Zusammenarbeit mit der Christlichen Krankenkasse Verviers - Eupen
- eine Ferienpolitik für Kinder und Jugendliche durch die Betreuung und Organisation von Ferienaufenthalten und Spielanimation zu betreiben;
 - eine Fortbildungspolitik mit Blick auf das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen zu betreiben durch Organisation von Bewusstseinskampagnen, durch Bereitstellung entsprechender Hilfsmittel und durch Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Zentren;
 - eine aktive Freizeitbeschäftigung und Betreuung, insbesondere für sozialschwache Kinder und Jugendliche, anzubieten;
 - auf Jugendliche und Kinder abgestimmte Dienstleistungen anzubieten.

§2. Zur Verwirklichung ihrer Ziele darf die Vereinigung jeden Dienst organisieren und jede Tätigkeit ausüben. Sie darf, ohne jede Einschränkung, unentgeltlich oder gegen Entgelt, jedes Recht auf unbewegliche, bewegliche und geistige Güter, erwerben, ausüben oder veräußern.

Sie darf jede Form von Gesellschaft, Niederlassung oder rechtliche bzw. faktische Vereinigung fördern oder einsetzen.

Sie darf Mitglied solcher Organisationen werden und kann diesen, unentgeltlich oder gegen Entgelt, jede Hilfe oder Dienstleistung wirtschaftlicher, finanzieller, sozialer oder moralischer Art vermitteln, um ihnen die Verwirklichung ihres sozialen Zieles zu erleichtern. (vormals Artikel 5).

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

14. Alteo VoG, Unternehmensnummer (ZDU): 422 463 803

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

§1. Zweck der Vereinigung ist es, hauptsächlich auf Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft und im Auftrag der Christlichen Krankenkasse Verviers - Eupen sämtliche Initiativen zu ergreifen, zu fördern und zu unterstützen, mit dem Ziel, das gesellschaftliche Leben aller Menschen mit- und ohne Beeinträchtigung, im weitesten Sinne mit zu gestalten, ihre Eingliederung in das normale gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben zu fördern und stellvertretend ihre Interessen wahrzunehmen.

§2. Die Vereinigung setzt sich außerdem zum Ziel, im solidarischen Sinne gegen jede Form von Diskriminierung gegenüber behinderten, invaliden oder kranken Menschen zu kämpfen und dies entsprechend der „UN Konvention zum Schutz der Rechte und Würde von Menschen mit Behinderung“, sowie der universellen Menschenrechtserklärung.

§3. Mit Blick auf den Zweck der Vereinigung und in Übereinstimmung mit deren Zielen können die durch die Mitglieder in die jeweiligen Gremien gewählten Vertreter/innen auch behinderte, kranke oder invalide Menschen sein.

§4. Die Vereinigung übt ihre Tätigkeit vorrangig im Gebiet der Deutschsprachigen Gemeinschaft aus. Um ihre Ziele zu verwirklichen, darf sie jede Dienstleistung und jede Tätigkeit gleich welcher Art ausüben. Sie kann Mitglied anderer Organisationen werden. Sie kann diesen kostenlos oder gegen Entgelt jede Dienstleistung oder wirtschaftliche, finanzielle, soziale oder moralische Unterstützung gewähren, die diesen die Verwirklichung von Zielen erleichtert, die den gleichen Zweck verfolgen.

§5. Ihr Aufbau entspricht den in diesen Satzungen vorgesehenen Bestimmungen sowie den Bestimmungen der Geschäftsordnung. Die Vereinigung teilt sich auf in Basisgruppen und ein Regionalbüro, deren Arbeitsweisen und Befugnisse dort definiert werden.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

15. Die Eiche VoG, Unternehmensnummer (ZDU): 449 175 623

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

- die Interessen der Frühpensionierten und Pensionierten sowie der Senioren im Allgemeinen, besonders aber die seiner Mitglieder zu vertreten;
- alle Initiativen zu ergreifen und zu fördern die das Pensionsalter aus christlicher Sicht in irgendeiner Form aufwerten;
- unter den Mitgliedern einen Geist der Solidarität auf moralischem und finanziellem Gebiet zu wecken;
- die Tätigkeiten der einzelnen Sektionen zu koordinieren;
- die Öffentlichkeit auf die Probleme von Senioren hinzuweisen;
- die ständige Weiterbildung auch im hohen Alter zu gewährleisten und das lebenslange Lernen zu fördern;
- lokale regionale nationale und internationale Kontakte und Projekte aufzubauen;
- die Zielsetzungen der christlichen Krankenkasse im Bereich der Betreuung der Senioren zu fördern und zu konkretisieren

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

Artikel 70. Subventionierung, die über die ASBL Holding organisiert wird (Code 95)

Die Krankenkasse unterstützt die folgenden Rechtskörperschaften, die keine operativen Geschäfte durchführen, die einen Anspruch auf Kostenerstattung für ein zukünftiges und ungewisses Ereignis eröffnen würden.

Daher können die Mitglieder der Krankenkasse nicht in den Genuss von Vorteilen gelangen, die nicht auch anderen Personen gewährt werden, die sich an die subventionierten dritten Rechtskörperschaften wenden können.

Auf einfache Anfrage erhält jedes Mitglied alle möglichen Informationen über die finanzierten kollektiven Maßnahmen oder die Subventionierung von Sozial- und Gesundheitsstrukturen im Rahmen der mit der ASBL-Holding geschlossenen Zusammenarbeitsvereinbarung, den Haushalt und den Jahresabschluss der ASBL-Holding sowie den Bericht des für die ASBL-Holding zuständigen Wirtschaftsprüfers.

§ 1. Die Vereinigungen ASBL Holding

1. InterMedSo Luxembourg ASBL, Unternehmensnummer 766.915-355

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de:

- Développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional. Encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale à l'échelon régional.
- L'association peut aussi développer ou participer à des projets médico-sociaux au-delà des frontières dans une dynamique transfrontalière.
- Gérer et développer le réseau médico-social régional :
 - o définir le périmètre du réseau
 - o participer de façon dynamique aux instances et au développement des activités des partenaires du réseau
 - o veiller au respect des valeurs mutualistes au sein du réseau,
 - o rechercher des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC
 - o encourager les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou MC
- Gérer les mandats médico-sociaux au sein du réseau
- Gérer les bâtiments
- Soutenir financièrement le développement du réseau et des partenaires (octroyer des prêts/subsides/aides financières aux partenaires du réseau via notamment des conventions de partenariat)
- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

L'objet social de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment : Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en

jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux. Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but et son objet. Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sien ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement. Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sien ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sien peut lui permette de réaliser son propre objet. Pour réaliser ses objectifs, l'association peut recevoir toute aide ou contribution matérielle ou financière, d'institutions et personnes publiques ou privées. Les fonds ainsi récoltés doivent servir exclusivement aux objectifs non lucratifs de l'association.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

2. MCK MEdiSO VoG, Unternehmensnummer 0447.455.456

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Die Vereinigung hat folgenden uneigennütigen Zweck:

- Entwicklung der sozialunternehmerischen Dimension der CKK auf der Ebene des Einzugsgebiets. Förderung von medizinisch-sozialen und sozialpädagogischen Projekten sowie der zwischenstaatlichen Zusammenarbeit.
- Verwaltung und Entwicklung des medizinisch-sozialen Netzwerks im Einzugsgebiet:
 - o den Geltungsbereich des Netzwerks definieren;
 - o sich dynamisch an den Gremien und der Entwicklung der Aktivitäten der Partner des Netzwerks beteiligen;
 - o sicherstellen, dass die Werte der Krankenkasse innerhalb des Netzwerks Beachtung finden;
 - o Suche nach Partnern zur Erweiterung des Netzwerks, Förderung von Initiativen/Projekten im Einklang mit der CKK-Strategie;
 - o Förderung von Kooperationen/Synergien innerhalb des Netzwerks, mit anderen Krankenkassen- oder CKK-Netzwerken des Einzugsgebiets.
- Verwaltung von medizinisch-sozialen Mandaten innerhalb des Netzwerks;
- Verwaltung von Gebäuden;
- finanzielle Unterstützung der Entwicklung des Netzwerks und der Partner (Gewährung von Darlehen/Zuschüssen/Finanzhilfen an die Netzwerkpartner);
- Netzwerkpartnern, denen die Mittel für die Sicherstellung ihres Betriebs fehlen oder die sich in Schwierigkeiten befinden, verschiedene Arten von Unterstützung anbieten.

Der Zweck der Vereinigung kann von der Generalversammlung unter den vom Gesetz vorgesehenen Mehrheitsverhältnissen geändert werden.

Sie verfolgt ihr Ziel mit allen Mitteln, insbesondere mit :

- Sie darf jede Infrastruktur verwalten, jeden Dienst organisieren oder jede Tätigkeit ausüben. Sie darf alle für ihren Zweck erforderlichen beweglichen oder unbeweglichen Güter besitzen oder nutzen und alle mit diesem Zweck unmittelbar oder mittelbar zusammenhängenden beweglichen oder unbeweglichen Geschäfte tätigen. Sie darf auch Personal als Subunternehmer beschäftigen, Verträge und andere Verpflichtungen eingehen, Geldmittel beschaffen und kommerzielle Handlungen vornehmen.

- Sie darf sich auf jede Weise, einschließlich des Erwerbs von Anteilen, an jeder belgischen oder ausländischen Vereinigung oder Gesellschaft, gleich welcher Form, beteiligen, die einen gleichen, ähnlichen oder verwandten Zweck verfolgt oder die Verwirklichung ihres eigenen Zwecks ermöglicht, sowie an allen Geschäften, die für ihre eigene Entwicklung nützlich sind.
- Sie darf Partnerschaftsvereinbarungen schließen und juristischen Personen, die gleiche oder ähnliche Ziele verfolgen oder deren Tätigkeit, ohne ein ähnliches Ziel zu verfolgen, es ihr ermöglichen kann, ihren eigenen Zweck zu erreichen, jede Form von finanzieller Unterstützung gewähren, sei es in Form von Darlehen, Bürgschaften oder in anderer Form.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

3. Rémésio province du Brabant wallon ASBL, Unternehmensnummer 728.670.730

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de:

- Développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional. Encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale à l'échelon régional.
- Gérer et développer le réseau médico-social régional :
 - o définir le périmètre du réseau
 - o participer de façon dynamique aux instances et au développement des activités des partenaires du réseau
 - o veiller au respect des valeurs mutualistes au sein du réseau,
 - o rechercher des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC
 - o encourager les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou MC
- Gérer les mandats médico-sociaux au sein du réseau
- Gérer les bâtiments
- Soutenir financièrement le développement du réseau et des partenaires (octroyer des prêts/subsides/aides financières aux partenaires du réseau)
- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

L'objet social de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.
- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sein ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sein ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sein peut lui permettre de réaliser son propre objet.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

4. Entreprenariat et Innovation Sociale à Bruxelles, abgekürzt EISB ASBL Unternehmensnummer 410 271 990.

Der in den Artikeln 3 und 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Dans le respect des valeurs mutualistes, l'association a pour but désintéressé de développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional et d'encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale.

L'ASBL poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle recherche des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC et les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou de la MC.
- Elle gère les mandats au sein du réseau.
- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.
- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sien ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par des subventions, prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sien ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sien, peut lui permettre de réaliser son propre objet.
- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

5. Développement médico-social régional, abgekürzt DMSR ASBL, Unternehmensnummer: 869.879.271

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de :

- Développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional.
- Prendre, promouvoir et soutenir toutes initiatives d'ordre médical, paramédical, socio-éducatif ou social ainsi que la coopération internationale à l'échelon régional, essentiellement sur le territoire du pôle.
- Gérer et développer le réseau médico-social régional :
 - o définir le périmètre du réseau
 - o participer de façon dynamique aux instances et au développement des activités des partenaires du réseau
 - o veiller au respect des valeurs mutualistes au sein du réseau
 - o rechercher des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC encourager les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou MC

- Gérer les mandats médico-sociaux au sein du réseau en alimentant l'assemblée générale de chaque organisme ou institution qu'elle soutient en lui proposant des candidats bénévoles pour ses instances statutaires parmi les membres élus au sein de l'assemblée générale de l'ASBL IES (Incubateur d'Entreprise Santé)
- Gérer les bâtiments
- Soutenir financièrement, humainement, matériellement ou moralement le développement du réseau et des partenaires (octroyer des prêts/subsides/aides financières aux partenaires du réseau)
- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

L'objet social de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.
- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sein ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sein ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sein peut lui permettre de réaliser son propre objet.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

6. Entraide et Santé ASBL, *Unternehmensnummer* 401.447.762

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de:

- Développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional. Encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale à l'échelon régional.
- Gérer et développer le réseau médico-social régional :
 - définir le périmètre du réseau
 - participer de façon dynamique aux instances et au développement des activités des partenaires du réseau
 - veiller au respect des valeurs mutualistes au sein du réseau,
 - rechercher des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC encourager les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou MC
- Gérer les mandats médico-sociaux au sein du réseau
- Gérer les bâtiments
- Soutenir financièrement le développement du réseau et des partenaires (octroyer des prêts/subsides/aides financières aux partenaires du réseau)

- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

L'objet social de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.
- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sein ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sein ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sein peut lui permettre de réaliser son propre objet.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

7. Connexion Santé ASBL, Unternehmensnummer 0508.800.335

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de :

- Développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional. Encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale à l'échelon régional.
- Gérer et développer le réseau médico-social régional :
 - définir le périmètre du réseau
 - participer de façon dynamique aux instances et au développement des activités des partenaires du réseau
 - veiller au respect des valeurs mutualistes au sein du réseau,
 - rechercher des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC
- Encourager les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou MC.
- Gérer les mandats médico-sociaux au sein du réseau.
- Gérer les bâtiments.
- Soutenir financièrement le développement du réseau et des partenaires (octroyer des prêts/subsides/aides financières aux partenaires du réseau).
- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

L'objet social de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles

nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.

- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sien ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sien ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sien peut lui permette de réaliser son propre objet.

8. Rémésó Province de Namur, abgekürzt « Rémésó ASBL, Unternehmensnummer 644.654.179

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de:

- Développer la dimension entrepreneuriat social de la MC à l'échelon régional. Encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale à l'échelon régional.
- Gérer et développer le réseau médico-social régional :
 - définir le périmètre du réseau
 - participer de façon dynamique aux instances et au développement des activités des partenaires du réseau
 - veiller au respect des valeurs mutualistes au sein du réseau,
 - rechercher des partenaires pour élargir le réseau, encourager des initiatives/projets en cohérence avec la stratégie MC encourager les collaborations/synergies au sein du réseau, avec d'autres réseaux mutualistes régionaux ou MC
- Gérer les mandats médico-sociaux au sein du réseau
- Gérer les bâtiments
- Soutenir financièrement le développement du réseau et des partenaires (octroyer des prêts/subsides/aides financières aux partenaires du réseau)
- Offrir différents types de support aux partenaires du réseau qui n'ont pas les moyens ou sont en difficultés pour assumer leur fonctionnement.

L'objet ou but de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel en sous-traitance, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.
- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sien ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sien ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sien peut lui permette de réaliser son propre objet.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

9. Fonds d'Entraide Solimut, abgekürzt FESOL ASBL, Unternehmensnummer 476.160.627

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de:

- Développer la dimension entrepreneuriat social et innovation sociale de la mutualité chrétienne à l'échelon, francophone et germanophone. Encourager les projets médico-sociaux, socio-éducatifs ainsi que la coopération internationale
- Appuyer le développement des réseaux médico-sociaux régionaux en collaboration avec les asbl médico-sociales des pôles de la mutualité chrétienne.

L'objet social de l'association peut être modifié par l'assemblée générale statuant aux conditions de majorité prévues par la loi.

Elle poursuit son but par tous les moyens et notamment :

- Elle peut gérer toute infrastructure, organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet. Elle peut également occuper du personnel, conclure des contrats et toute autre forme d'engagements, récolter des fonds et poser des actes commerciaux.
- Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sein ou lui permettant de réaliser son propre objet, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.
- Elle peut conclure toute convention de partenariat et accorder toute forme de soutien financier, que ce soit par prêts, garanties ou toute autre voie, à des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires au sein ou dont l'activité, sans poursuivre un but similaire au sein peut lui permettre de réaliser son propre objet.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist im Anhang 6 der Satzung festgelegt.

§ 2. Körperschaften, die für eine Subventionierung über die ASBL Holding infrage kommen

1. Durch die InterMedSo Luxembourg ASBL

- **L'Eglantine ASBL – Unternehmensnummer 474 557 157**

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but la qualité de la vie, tant psychologique que sociale, l'accueil et les loisirs des personnes âgées, malades ou moins valides.

En vue d'offrir à ces personnes, des activités conviviales et valorisantes, l'association peut, notamment, créer et organiser des centres d'accueil, de loisirs et offrir des services aux personnes visées au paragraphe précédent.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but, et prendre toute initiative et utiliser tout moyen qui concourent à sa réalisation.

En exécution de ce qui est stipulé dans son but, l'association peut, entre autres, acquérir, louer ou donner en location toute propriété ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, recevoir legs et dons ; en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son but. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut même poser des actes commerciaux.

- **Intégration sociale et travail ASBL – Unternehmensnummer 407 845 012**

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but la promotion, l'animation et la défense, dans tous leurs aspects, des personnes handicapées, invalides ou malades.

A cet effet, l'association peut, notamment, développer tout service ou toute initiative en rapport avec le public cible.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but, et prendre toute initiative et/ou utiliser tout moyen qui concourent à sa réalisation.

En exécution de ce qui est stipulé dans son but, l'association peut, entre autres, acquérir, louer ou donner en location toute propriété ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, recevoir legs et dons ; en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son but. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut même poser des actes commerciaux.

- Aide et Soins à Domicile en province de Luxembourg ASBL – Unternehmensnummer 449 977 357

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« L'association a pour but de contribuer, notamment dans le cadre du domicile, à l'autonomie et au bien-être physique et moral, des personnes malades, blessées, accidentées, âgées ou rentrées d'hospitalisation, mais aussi de celles qui éprouvent des difficultés passagères ou de longue durée et qui vivent des circonstances sociales ou familiales particulières.

Pour atteindre son but, l'association peut, entre autres,

- organiser et mettre à la disposition de la population de la province de Luxembourg des services infirmiers de soins à domicile dans son sens le plus large.
- organiser un service d'aide aux familles et aux personnes âgées c'est-à-dire mettre à disposition des personnes ou des familles de la province, du personnel qualifié pour les aider, les seconder et les remplacer dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou de tout acte de la vie journalière mais aussi pour le soutien et l'accompagnement des personnes concernées
- coordonner, en collaboration avec le médecin traitant, l'ensemble des services et des soins nécessaires au maintien à domicile.
- assurer la préparation de la coordination et du suivi, notamment avec le bénéficiaire.

Elle peut aussi

- créer des services nouveaux pour mieux rencontrer le but qu'elle se fixe et les besoins du public concerné.
- faciliter les collaborations entre tous les intervenants du maintien à domicile
- organiser la défense, notamment au plan politique, des orientations d'ensemble de ce genre de services à la population en Région Wallonne et en Communauté Française de Belgique.

Les services dispensés à la population sont prestés :

- en respectant les convictions politiques, philosophiques et religieuses des patients ou des usagers.
- en s'inscrivant dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile et dans la coopération organisée structurellement, de manière interrégionale, avec l'ASBL «Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile»(FASD)
- en se conformant à la réglementation en vigueur, imposée, e.a. par l'INAMI ou la Région Wallonne, mais aussi aux critères définis pour le fonctionnement interne.

L'association peut utiliser tout moyen, accomplir tout acte, prendre toute initiative qui contribue directement ou indirectement à la réalisation du but et s'intéresser à toute initiative proche ou connexe aux siennes.

En exécution de ce qui est stipulé dans le but, l'association peut, notamment acquérir, louer ou donner en location toute propriété ou droits réels, recruter du personnel, conclure valablement des contrats, récolter des fonds, accepter legs et dons, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son but. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut accessoirement poser des actes commerciaux et mettre en œuvre des initiatives dans le cadre des « Titres Services »ou autres. »

- **Baby service du Luxembourg ASBL** – Unternehmensnummer 417 930 735

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'Association a pour but : l'organisation, la création, la coordination et la gestion, soit par l'organisation elle-même, soit par des tiers, de toute forme d'institutions et de services chargés de l'accueil et des soins aux jeunes enfants dont les parents, pour des raisons professionnelles, ou pour toute autre raison jugée valable par le Conseil d'administration, ne peuvent assurer eux-mêmes la garde et l'éducation.

L'activité principale est notamment l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans au domicile des accueillantes conventionnées du service.

L'association doit veiller à la formation de ses accueillantes en organisant des cours de formation à leur intention, en stimulant ou en accordant sa collaboration à de telles initiatives

L'association peut acquérir et posséder tous les biens meubles et immeubles, tant en pleine propriété qu'en usufruit, qui lui seraient nécessaires pour la réalisation de son but.

- **Forum de la Mobilité ASBL** – Unternehmensnummer 471 537 190

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but la mise en œuvre et la réalisation de tous projets facilitant le déplacement et l'intégration des personnes à mobilité réduite dans la Ville de Durbuy ou sa région ainsi que la sensibilisation de l'opinion publique à ce problème

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son but. L'Association peut posséder soit en pleine propriété soit en jouissance des biens meubles ou immeubles nécessaires ou utiles à la réalisation de son but. Elle peut accepter tous dons ou legs, agir en justice tant en demandant qu'en défendant.

- **Promemploi ASBL** - Unternehmensnummer 431 173 908

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Instaurée par les partenaires sociaux de la province de Luxembourg, l'Association a pour but d'être un outil de développement économique et social au service des travailleurs et des entreprises de cette province.

Pour atteindre cet objectif, elle pourra :

- Initier, susciter, développer ou mettre en œuvre tout projet à caractère social favorisant ce développement.

Dans ce cadre, elle assure notamment la gestion d'un service de coordination et de développement des services d'accueil de l'enfance dans la province de Luxembourg.

- Réaliser d'initiative ou à la demande d'opérateurs extérieurs des études, recherches-actions ou démarches promotionnelles favorisant ce développement.

A ces fins, l'Association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but; elle peut notamment prêter son concours ou s'intéresser à toute activité similaire ou susceptible de favoriser son but social.

- **APROSOC BENIN** - 2013/356/DEP-ATL-LIT/SG/SAG-ASSOC

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Développer et promouvoir les mécanismes de protection sociale pour les acteurs de l'économie informelle et agricole ;

Œuvrer pour la protection sociale inclusive ;

Promouvoir les mutuelles de santé de façon générale et la mutualité en milieu scolaire en particulier ;

Promouvoir la santé des populations à travers les actions d'éducation et les sensibilisations ;

Œuvrer à l'amélioration et au renforcement de la collaboration des prestataires de soins et les usagers des centres de santé ;

Accompagner les autorités dans la mise en œuvre et le suivi évaluation des politiques et stratégies de protection sociale.

2. Durch die MCK MEdiSO VoG

- **Santé et Solidarité ASBL** – Unternehmensnummer 405 946 285

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Elle a pour but le soutien et le développement de la Mutualité Chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen (en abrégé, Mutualité Chrétienne de Verviers Eupen).

Particulièrement, elle a pour objet l'organisation de services de type médico-social (notamment de soins médicaux et paramédicaux, en polyclinique ou cabinet, laboratoire, service infirmiers) destinés à procurer des soins et des services aux mutuellistes et à tout autre personne qui en ferait la demande.

Elle ne peut acquérir de biens autres que ceux nécessaires ou utiles à l'accomplissement de son but.

Pour la réalisation de son but, l'association peut organiser tout service ou exercer toute activité généralement quelconque.

- **QUALIAS Province de Liège SCRLFS** – Unternehmensnummer 417 114 351

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

1. La société a pour objet, le commerce au sens le plus large, de tous les articles et accessoires médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, de rééducation et d'éducation physique, l'importation, l'acquisition intracommunautaire, l'exportation et la livraison intracommunautaire de ces articles. La vente à la commission, le courtage et la location de tous ces articles et accessoires, ainsi que la réparation et l'entretien. Elle pourra également procéder à la sous-traitance des activités décrites ci-avant.

En particulier, la société développe les activités relevant de l'objet social défini ci-avant en vue d'assister, directement ou indirectement, les associés fondateurs dans la réalisation de leur objet social chaque fois que leurs activités statutaires nécessitent d'y faire appel.

En général, la société pourra réaliser son objet social, soit par exploitation directe, soit en prenant des intérêts dans des entreprises ayant un objet social identique, analogue, similaire, ou connexe en tout ou en partie, soit par voie de fusion avec semblables entreprises.

Elle pourra faire toutes transactions ou opérations commerciales, industrielles, financières, mobilières ou immobilières se rapportant directement ou indirectement en tout ou en partie à son objet social ou qui seraient de nature à en faciliter la réalisation ou en permettre l'extension et le développement.

2. L'assemblée générale peut modifier l'objet social dans les conditions fixées par le code des sociétés.

L'objet social peut être étendu à d'autres activités par décision de l'assemblée générale des associés en conformité avec les dispositions légales afférentes à la modification de l'objet social.

3. La société peut également accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment acquérir dans le cadre de la réalisation de son objet tous biens immeubles et droits réels immobiliers, tous droits incorporels et corporels, tous titres de placement, prendre et donner en location immobilière ou mobilière, engager du personnel, conclure des contrats civils et commerciaux, rassembler des fonds par tout moyen même par émission d'obligations privées, s'associer à d'autres personnes morales sans but de lucre ou à finalité sociale, prendre toutes participations dans d'autres sociétés, fusionner avec d'autres sociétés, prêter son concours ou s'intéresser à toute activité similaire à la sienne et mener toute autre activité justifiée dans le cadre de sa finalité sociale en vue de financer la réalisation de son objet social.

4. En vue de soutenir ou de développer leurs activités sociales désintéressées, la société peut allouer des subsides, avec ou sans condition de restitution, et effectuer des apports gratuits à des personnes morales sans but lucratif poursuivant un but social analogue ou similaire à sa propre finalité sociale.

- Häusliche Hilfe und Pflege VoG – Unternehmensnummer 832 269 403

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Der Zweck der Vereinigung besteht in der Förderung und Systematisierung der koordinierten Antwort auf die unterschiedlichen Bedürfnisse. Die Vereinigung wird demnach zum Motor eines gemeinsamen Prozesses zur Analyse der Lage und zur Beschlussfassung und erlaubt auf diese Weise den in diesem Bereich berufsmäßig tätigen Fachleuten, ihre Kenntnisse, ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen zu vereinen und zu teilen, um sie in den Dienst der Leistungsempfänger zu stellen, um gemeinsam ein häusliches Begleitungs-, Hilfs- und Pflegekonzept zu planen und umzusetzen.

Die Vereinigung darf sämtliche Handlungen durchführen, die sich direkt oder indirekt auf ihren Zweck beziehen. Insbesondere darf sie zu allen Tätigkeiten, die ihrem eigenen Ziel ähneln, einen Beitrag leisten oder für diese Interesse bekunden.

So darf die Vereinigung alle Geschäfte gleich welcher Art durchführen sowie die erforderlichen oder ihrem Zweck dienenden Güter besitzen, stiften, verwalten oder unentgeltlich oder entgeltlich erwerben.

- Aide et Soins à Domicile de Verviers ASBL – Unternehmensnummer 449 513 143

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but social :

-d'intervenir à domicile afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité, et stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie.

oL'association met des aides familiales, des gardes à domicile, des gardes d'enfants malades, des aides ménagères à la disposition des personnes et des familles citées ci-avant qui en font la demande ;

oL'association organise également des activités dans le dispositif sui generis des « titres services » ;

-de mettre à la disposition de toute la population des services de soins infirmiers et palliatifs à domicile ;

-de favoriser et de systématiser, dans le cadre des centres de coordination de soins et de services à domicile, la réponse coordonnée aux différents besoins. L'association devient donc le moteur d'un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile. Les coordinateurs assistent les bénéficiaires qui souhaitent rester dans leur lieu de vie ou réintégrer celui-ci avec pour objectif la continuité et la qualité du maintien au sein du lieu de vie.

-D'offrir, en son sein, des emplois aux demandeurs d'emplois ayant des difficultés de réinsertion professionnelle – chômeurs(euses) de longue durée ou personnes peu qualifiées- pour assurer une aide auprès des personnes âgées ou vivant un handicap, ou tout autre personne nécessitant un service de ou pour le domicile

Les services dispensés à la population sont prestés :

-en respectant les convictions politiques, philosophiques et religieuses des patients ou des usagers ;

-en s'inscrivant dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile et dans la coopération organisée structurellement, de manière interrégionale, avec l'ASBL « Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile – F.A.S.D. » ;

-en se conformant aux réglementations fédérales, régionales ou de tout autre niveau de pouvoir.

L'association peut accomplir tous les actes qui se rapportent directement ou indirectement à son but. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet. Elle peut également entreprendre certaines activités économiques à la condition que le produit soit affecté exclusivement au but social. Ces services peuvent être rendus aux associations sans but lucratif et aux personnes morales.

Ainsi, l'association pourra accomplir tous les actes généralement quelconques et posséder, fonder, administrer, acquérir à titre gratuit ou onéreux les biens nécessaires ou utiles à la réalisation de ses buts sociaux.

- **ADAPTA ETA/BAA Kelmis (Asbl / VoG)** – Unternehmensnummer 412 832 394

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour objet la gestion d'un ou de plusieurs ateliers protégés organisés conformément aux dispositions de l'article 23 de la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés

L'association exerce son activité dans l'arrondissement de Verviers. Pour la réalisation de son objet, l'association peut organiser tout service, exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut acquérir, exercer et aliéner, à titre gratuit ou onéreux, tout droit immobilier, mobilier ou intellectuel, sans aucune restriction. Elle peut promouvoir ou instituer toute société, établissement ou association de droit ou de fait. Elle peut devenir membre de tels organismes.

Elle peut leur procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale, destinée à faciliter la réalisation de leur objet social.

- **Behindertenstätten Kelmis und Umgebung VoG** – Unternehmensnummer 439 831 256

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Der Zweck der Vereinigung ist es, innerhalb der vom Gesetz festgelegten Bestimmungen, die Leitung oder Verwaltung eines oder mehrerer Zentren, Heimen, Institute oder Stätten zu Gunsten von Behinderten zu übernehmen, zu erstellen und zu betreiben und jede Initiative zu ergreifen, die der Zielsetzung zweckdienlich, beziehungsweise der Tätigkeit von Nutzen ist. Dazu gehört auch die Möglichkeit Handelstätigkeiten als Nebentätigkeit auszuführen.

- **Centre Régional de la Petite Enfance (CRPE) ASBL** – Unternehmensnummer 415 608 673

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association a pour but d'apporter une aide matérielle et/ou morale aux familles de l'arrondissement de Verviers par des réalisations pratiques répondant à des besoins concrets. Dans cette optique, l'association pourra notamment créer et gérer, elle-même ou en collaboration avec d'autres institutions ou organismes, des crèches, des mini crèches, des services de placement familial en externat ou en internat, des garderies d'avant et d'après classe, des haltes garderies, des baby-sittings, des consultations prénatales ou de nourrissons, etc

- **Centre Verviétois de promotion de la santé (CVPS) ASBL** – Unternehmensnummer 464 175 484

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but l'organisation d'un partenariat pluraliste, entre les pouvoirs organisateurs membres de l'association, pour la mise en œuvre, sur le plan local, de la promotion de la santé, conformément au Programme quinquennal et aux Plans communautaires de promotion de la santé arrêtés par le Gouvernement de la Communauté française. Elle exerce ses activités dans les communes de l'arrondissement de Verviers sises en Communauté française.

A cet effet, l'association demandera à être agréée comme Centre local de promotion de la santé, et aura pour missions .

1.d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, respectant les directives du Programme quinquennal de la Communauté française ;

2.de coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics-cible, sans distinction de tendances philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du Plan communautaire de promotion de la santé ;

3.de mettre à la disposition de ces organismes ou personnes la documentation disponible en matière de promotion de la santé et plus généralement de prévention ;

4.d'initier au niveau de son ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé

L'association peut accomplir tout acte se rapportant directement ou indirectement à son but. Elle peut, notamment assurer la représentation de ses membres vis à vis des pouvoirs publics, en ce qui concerne toute démarche à caractère collectif.

De plus, l'association réalisera ses objectifs en concertation étroite avec les acteurs de terrain ainsi qu'avec les populations concernées en tant qu'usagers des différents services de santé, tant au niveau préventif que curatif.

- **Clinique psychiatrique des Frères Alexiens (CPFA) ASBL** – Unternehmensnummer 414 801 001

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 2 L'association a pour but à l'exclusion de tout but de lucre . l'érection, l'acquisition et l'exploitation, au plus large sens du mot, d'établissements de soins, ainsi que l'exercice de toutes les activités contribuant aux soins de santé, particulièrement de santé mentale, y compris l'enseignement et l'initiation du personnel indispensable à ces établissements. Elle peut accorder sa collaboration à toute activité de ce type , même hors de son sein.

Elle agit dans les perspectives de l'Ethique chrétienne et du charisme de la Congrégation des Frères Alexiens.

- **Croc'Espace ASBL** – Unternehmensnummer 861 284 675

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but de développer et d'assurer des formations pour des publics défavorisés en recourant à une pédagogie spécifique. Celle-ci repose sur l'accomplissement d'un travail productif, assorti d'une formation théorique adaptée aux besoins individuels et sur l'accompagnement psychosocial des stagiaires

Elle pourra commercialiser des biens et prester des services rémunérés, dans les limites nécessaires à la réalisation de son objet social.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment acquérir dans le cadre de la réalisation de son objet toutes propriétés et droits matériels, louer, engager du personnel, conclure des contrats, rassembler des fonds, soit toute autre activité justifiée dans le cadre de sa mission.

- **Familienhilfe VoG** – Unternehmensnummer 430 305 757

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Zielsetzung der VoG ist

1. Personen vorübergehend eine qualifizierte Hilfe (Familien- und SeniorenhelferIn – Putzhilfe – Krankenwache) zur Unterstützung in den häuslichen Aufgaben sowie in der täglichen Lebensführung zur Verfügung zu stellen. Dies mit der Zielsetzung den Menschen eine angemessene Lebensqualität für den Verbleib zu Hause zu verschaffen, wobei darauf geachtet wird, dass die Selbständigkeit der Person maximal zu fördern ist.

2. Diese Hilfe richtet sich an alle Personen, gleich welcher politischen, ideologischen und philosophischen Weltanschauung.

3. Ein Ausbildungszentrum für Familien- und SeniorenhelferInnen zu organisieren.

4. Die Vereinigung bietet außerdem Dienstleistungen im Rahmen des Dienstleistungsschecksystems (Vertrag sul generis) an.

Außerdem kann die Vereinigung alle Dienste organisieren und alles das unternehmen, was einen direkten oder indirekten Bezug auf Ihre Aufgabe hat.

- **Patienten Rat- und Treff VoG** – Unternehmensnummer 429 868 465

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Die Zielsetzung der VoG besteht darin, einen Patienten Rat & Treff zu gründen, wo im Bereich des Gesundheitswesens folgendes organisiert wird:

1. Eine gesundheitspolitische und emanzipatorische Animation und Information
2. Eine Animation und Information zur Gesundheitsvorsorge und zur Gesundheitserziehung
3. Treffen von Patienten mit spezifischen Krankheitsbildern, zum Beispiel Krebskranke, an Multiple Sklerose Erkrankte, Rheumatiker, usw.
4. Treff- und Kontaktstelle für alle Partner im Gesundheitswesen
5. Außerdem kann die VoG alle Dienste organisieren und alles unternehmen, was einen direkten oder indirekten Bezug auf Ihre Aufgabe hat
6. Der Patientenrat-Treff ist ein Dienst an der Bevölkerung, gleich welcher politischer, ideologischer und philosophischer Weltanschauung

- **RAIDS ASBL** - Unternehmensnummer 451 253 106

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but social :

- D'assurer la promotion, la création, la gestion et le développement d'actions et de services d'aide dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse ;
- D'assurer l'information et l'accompagnement pédagogique et psychologique des familles à but préventif dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse ;
- De coordonner l'action et d'assurer la formation permanente et professionnelle des personnes qui assurent des responsabilités dans les domaines susmentionnés ;
- De mener une réflexion sur les enjeux actuels et futurs en particulier de la politique de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et des politiques d'insertion

- **KINDER-BETREUUNGS-ZENTRUM HAUSET VoG** – Unternehmensnummer 849 107 316

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Die Zielsetzung der Vereinigung ist die Betreuung von Kindergartenkinder und Schulkinder (u.a. Hausaufgabenbetreuung), die die Gemeindeschule Hauset besuchen, sowie die Betreuung von Kleinkindern.

- **Réseau d'appui aux Mutuelles santé à Thiès au Sénégal**

Dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

- GRAIM : Groupe de Recherche et d'Appui aux initiatives Mutualistes

L'enjeu pour le GRAIM est de promouvoir une GOUVERNANCE COLLECTIVE incluant toutes les familles d'acteurs.

Vision du GRAIM : De l'émergence de sociétés de solidarité et de démocratie qui promeuvent et garantissent l'épanouissement des personnes dans leur environnement.

Mission : Accompagner les personnes et les groupes à l'instauration de sociétés de solidarité et de démocratie.

Moyens – mutualisation :

- Une démarche de recherche-action : s'appuie sur les principes de la mutualité afin de faciliter la reconstruction des sociétés locales
- Les principes : équité, solidarité (justice sociale), responsabilité, autonomie et gestion démocratique
- La mutualisation est un modèle de gouvernance pour les sociétés

- *Solidarité Mondiale ASBL* - Unternehmensnummer 413 986 102

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Solidarité Mondiale a pour objet la promotion de la solidarité et de la coopération internationales en réponse à l'exclusion sociale et à la pauvreté dans le monde. Pour cette raison toutes ses actions sont axées sur l'amélioration des conditions de travail et de vie, sur la lutte intégrale contre la pauvreté et sur la défense de la protection sociale et des droits du travail. Comme levier à cet effet Solidarité Mondiale utilise le droit fondamental de s'organiser et elle appuie des réseaux sociaux et des organisations partenaires dans le Nord et dans le Sud.

La sensibilisation et l'action (inter)nationale d'une part et la solidarité internationale d'autre part sont à la base de la stratégie de Solidarité Mondiale au Nord comme au Sud.

Ainsi, Solidarité Mondiale forme un réseau international qui de par le monde contribue au respect de la justice sociale. Le mouvement ouvrier chrétien belge concrétise la coopération au développement, à travers ce réseau de solidarité mondiale.

L'association peut utiliser tous les moyens qui contribuent, directement ou indirectement, à la réalisation de l'objet. En exécution de ce qui est stipulé ci-dessus, l'association peut, notamment, acquérir, louer ou donner

en location toutes propriétés ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, contracter des emprunts et octroyer des appuis financiers, demander des subsides et exécuter des projets subventionnés, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son objet. Dans le cadre de la réalisation de son objet, l'association peut même poser des actes commerciaux.

3. **Durch die REMESO province du Brabant Wallon ASBL**

- **AXEDIS ASBL** - Unternehmensnummer 465 786 674

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but l'organisation et la gestion dans la province de Brabant wallon, de toutes institutions tendant à l'aide aux handicapés et à leur intégration socioprofessionnelle et notamment des entreprises de travail adapté organisées conformément aux dispositions du décret de la région wallonne du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées et à ses arrêtés d'application et services valorisant leur promotion et notamment la reprise entière des activités, droits et obligations des anciens Ateliers Brainois, Atelier de la Sarte et de l'asbl Kennedy & Amitié. Pour la réalisation de son but, l'association peut organiser tout service, exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut acquérir, exercer et aliéner, à titre gratuit ou onéreux, tout droit immobilier, mobilier ou intellectuel, sans aucune restriction. Elle peut promouvoir ou instituer toute société, établissement ou association de droit ou de fait. Elle peut devenir membre de tels organismes. Elle peut procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale, destinée à faciliter la réalisation de leur objet social.

- **EXCEPTION ASBL** - Unternehmensnummer 458 197 217

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'Association a pour but l'aide sous toutes ses formes aux personnes handicapées, en vue de faciliter leur intégration et d'acquérir ou de conserver leur autonomie dans toutes les sphères de la vie courante : logement, insertion socioprofessionnelle, loisirs, etc.

A cet effet, elle met en place un service d'accompagnement qui assure un accompagnement individualisé, développe un travail communautaire et met en œuvre des actions collectives selon les modalités prévues dans la réglementation AWIPH relative aux services d'accompagnement.

- **Mobilité en Brabant Wallon ASBL** – Unternehmensnummer 867 868 007

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but la mise en œuvre et la réalisation de tous projets facilitant le déplacement des personnes à mobilité réduite ou en perte d'autonomie dans l'ensemble de la province de Brabant wallon, ainsi que la sensibilisation de l'opinion publique à ce problème.

De manière générale, l'association peut utiliser tous les moyens qui contribuent, directement ou indirectement, à la réalisation de l'objet. En exécution de ce qui est stipulé ci-dessus, l'association peut, notamment, acquérir, louer ou donner en location toutes propriétés ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son objet. Dans le cadre de la réalisation de son objet, l'association peut même poser des actes commerciaux.

- **Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon** – Unternehmensnummer 449 674 974

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

« L'association a pour but social :

-d'intervenir à domicile afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité et stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie.

«L'association met des aides familiales, des gardes à domicile, des gardes d'enfants malades, des aides ménagères, des ouvriers polyvalents à la disposition des personnes et des familles citées ci-avant qui en font la demande ;

«L'association organise également des activités dans le dispositif sui generis des « titres services » ;

-de mettre à la disposition de toute la population des services de soins infirmiers et palliatifs à domicile et de médecine sociale dans son sens le plus large;

-de favoriser et de systématiser, dans le cadre des centres de coordination de soins et de services à domicile, la réponse coordonnée aux différents besoins. L'association devient donc le moteur d'un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile. Les coordinateurs assistent les bénéficiaires qui souhaitent rester dans leur lieu de vie ou réintégrer celui-ci avec pour objectif la continuité et la qualité du maintien au sein du lieu de vie.

Les services dispensés à la population sont prestés :

-en respectant les convictions politiques, philosophiques et religieuses des patients ou des usagers ;

-on s'inscrivant dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile et dans la coopération organisée structurellement, de manière interrégionale, avec l'ASBL « Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile – F.A.S.D. » ;

-en se conformant aux réglementations fédérales, régionales ou de tout autre niveau de pouvoir.

L'association peut accomplir tous les actes qui se rapportent directement ou indirectement à son but. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet. Elle peut également entreprendre certaines activités économiques à la condition que le produit soit affecté exclusivement au but social.

Ainsi, l'association pourra accomplir tous les actes généralement quelconques et posséder, fonder, administrer, accueillir à titre gratuit ou onéreux les biens nécessaires ou utiles à la réalisation de ses buts sociaux. »

- **APROSOC ONG, COTONOU au Bénin** - 2013/356/DEP-ATL-LIT/SG/SAG-ASSOC

Der in der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

- Promouvoir les mutuelles de santé ;
- Promouvoir la santé des populations à travers les sensibilisations ;
- Œuvrer à l'amélioration et au renforcement de la collaboration des prestataires de soins et des usagers des centres de santé ;
- Accompagner les autorités sanitaires dans les campagnes d'éducation à la santé.

4. Durch die Entrepreneuriat et Innovation Sociale à Bruxelles ASBL

- **CJB-WGK ASBL** - Unternehmensnummer 458 549 484

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but de mettre à la disposition de la population des services de soins à domicile intégrés dans une logique de coordination pluridisciplinaire des soins au niveau du premier échelon.

L'association peut collaborer avec des services existants en particulier la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) et Bruxelles Assistance.

Dans la réalisation de ses projets, l'association se veut fidèle à l'inspiration chrétienne. Toutefois, elle s'adresse à l'ensemble de la population sans distinction. Tous les patients peuvent faire appel à ses services. L'association peut accomplir tous les actes qui se rapportent directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son sujet

- **SAF ASBL** - Unternehmensnummer 415 862 952

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour objet la mise en œuvre, la gestion et le développement de toute initiative de santé ou sociale visant à répondre aux besoins socio-santaires de la population de Bruxelles sans discrimination *aucune*

Plus particulièrement .

- Organiser un Service d'aide pour l'accomplissement des actes de la vie journalière à destination des familles, des personnes âgées et plus généralement des personnes en perte d'autonomie. Ce service permet d'une part le maintien à domicile en évitant l'hébergement en institution et, d'autre part, il permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation.
- Organiser dans ce cadre, on propre ou en partenariat, tous les services, actes et prestations plus spécialisées, préventions et (in)formations, utiles à ce motif.
- Organiser un centre de formation d'aides familiales

Pour qualifier cet objet l'attention portera sur .

- La garantie d'accès aux aides, soins et services organisés dans un cadre de compétence et de qualité en portant une attention particulière aux personnes en situation d'exclusion.
- La prévention, l'accompagnement, la souplesse et le développement.
- Le rétablissement de l'autonomie et la défense de la dignité de vie des personnes âgées et/ou dépendantes
- La promotion du modèle de communauté sociale, solidaire, intergénérationnelle et participative

En outre, l'association peut organiser tous services et entreprendre tout ce qui présente un rapport direct ou indirect avec son objet, de manière à favoriser les réponses coordonnées dans le cadre de l'aide et soins à domicile.

- **Bruxelles-Assistance ASBL** - Unternehmensnummer 424 080 733

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association poursuit un but désintéressé dans le cadre de l'exercice des activités qui constituent son objet social. Elle ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé déterminé par les statuts.

Article 2.2 : Objet social

L'association a une finalité sociale et a pour but le maintien de la vie à domicile, le développement de services de proximité et d'utilité publique ainsi que les relations intergénérationnelles.

L'activité principale est l'insertion socioprofessionnelle de demandeurs d'emploi éloigné du marché du travail.

Pour ce faire, l'association exerce une activité continue d'offre de services accessible financièrement notamment :

- en développant toutes initiatives sociosanitaires favorables à la santé à domicile et à l'accompagnement des personnes à domicile
- en développant un service de transport pour les personnes à mobilité réduite et plus précisément pour les personnes handicapées.
- en apportant des conseils sur du matériel socio-sanitaire, et le cas échéant le proposant en location ou à la vente
- en proposant des petits travaux à domicile
- en développant des services logistiques
- dans ce même esprit, en s'inscrivant dans le cadre des titres services

Les services proposés par l'association sont prioritairement destinés aux personnes fragilisées, isolées, handicapées, âgées, à mobilité réduite, malades, aux aidants proches, habitant à Bruxelles et sa périphérie.

- **Proximité Santé ASBL** - Unternehmensnummer 461 136 911

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Pour ce faire, l'association entreprendra toutes actions utiles à son objet et développera tout partenariat utile à cet effet. Elle pourra notamment prendre, promouvoir et soutenir toutes initiatives, acquérir, fonder, gérer et équiper tous établissements ou services socio-sanitaires, visant à sauvegarder, maintenir, rendre accessible ou promouvoir la santé et le bien-être social. Elle peut avoir des intérêts dans tout établissements ou service poursuivant un but similaire. Elle peut posséder, soit en propriété, soit d'une autre manière, tous biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation de son but.

- **CIEP de Bruxelles ASBL** - Unternehmensnummer 479 841 677

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art 2 . L'association a pour but de contribuer, par l'action dans le champ de l'éducation permanente au sens du décret du 17 juillet 2003, à la construction d'une société plus juste, plus démocratique et plus solidaire qui favorise la rencontre entre les cultures par le développement d'une citoyenneté critique et de la démocratie culturelle. Elle s'inspire des idéaux et des valeurs du Mouvement Ouvrier Chrétien pour l'émancipation du monde du travail et l'approfondissement de la démocratie économique, culturelle, sociale et politique.

Dans ce but, elle aura pour objectifs de susciter

- une prise de conscience et une connaissance critique des réalités sociales
- des capacités d'analyse, de choix et d'évaluation
- des attitudes de responsabilité et de participation active des milieux populaires à la vie sociale, économique, culturelle et politique

L'association organise et développe les actions et services nécessaires à la réalisation de son but et de ses objectifs. Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment acquérir dans le cadre de la réalisation de son but et de ses objectifs toutes propriétés et tous droits matériels, louer, donner à louer, engager du personnel, conclure des contrats, rassembler des fonds, soit toute autre activité justifiée dans le cadre de sa mission. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut poser des actes commerciaux.

- **Grandir en santé ASBL** - Unternehmensnummer 679 653 561

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but de promouvoir et soutenir les dispositifs d'accompagnement de la parentalité en vue de réduire les inégalités sociales, en Région de Bruxelles Capitale et sa périphérie et en particulier :

- de soutenir l'organisation de consultations post ou pré-natales et de l'enfance,
- d'entreprendre et mener toute démarche de prévention, d'information et d'accompagnement

Elle poursuit la réalisation de ce but par tous moyens et notamment, sans que cette énumération soit limitative, en:

- Menant, promotionnant et/ou soutenant toute initiative ou opération se rattachant directement ou indirectement à son but.
- Organisant ou participant à toute activité en rapport avec son but social en général et autour des thèmes de l'enfance et de la parentalité en particulier.
- Jouant un rôle de pouvoir organisateur pour des consultations natales ou prénatales, notamment celles organisées à l'initiative de l'ONE en Région de Bruxelles Capitale.
- Organisant et effectuant le suivi de la gestion centralisée de ces consultations.
- Organisant des formations pour les volontaires rattachés à la structure de l'ASBL.
- Construisant des supports pédagogiques et informatifs à destination des travailleurs sociaux, des volontaires et des familles.
- Organisant des activités d'éducation permanente en référence avec le décret y étant relatif.
- En entreprenant toute action visant à renforcer l'ensemble de ses missions

Pour réaliser ses objectifs, l'association peut recevoir toute aide ou contribution matérielle ou financière, d'institutions et personnes publiques ou privées. Les fonds et matériels ainsi récoltés doivent servir exclusivement aux objectifs non lucratifs de l'association.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but. Elle peut prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son but.

- **La Court'Echelle ASBL** - Unternehmensnummer 806 478 586

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 3. L'association a pour but la création et le gestion d'un milieu d'accueil pour enfants de 0 à 6 ans dans la Région bruxelloise, avec attention particulière portée à l'intégration sociale et à l'inclusion d'enfants en situation handicap.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut prêter son concours et s'intéresser à tout activité similaire à son objet.

- **La Mutuelle de la solidarité pour la Santé, MUSOSA, Bénin-Butembo, Nord-Kivu, RD Congo**

Der in der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

La MUSOSA Butembo Beni a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de santé de qualité à ses membres grâce à des cotisations solidaires et régulières.

5. **Durch die Développement médico-social régional ASBL**

- **Coordination ASD Hainaut Oriental ASBL** - Unternehmensnummer 442 514 889

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour objet la coordination nécessaire à la dispensation structurée de soins et services à domicile en faveur des personnes résidant dans les communes des zones 2 Centre Soignies, 8 Charleroi et 11 Philippeville selon l'agrément et les zones définis par la Région Wallonne.

Elle vise également :

- à développer des conventions de collaboration avec différents services et prestataires pour réaliser cette coordination ;

- à mener une action de prévention et d'éducation à la santé par la sensibilisation et la prise de conscience des besoins de santé personnels et collectifs ;

- à recréer des solidarités locales pour promouvoir l'entraide sociale.

Elle prend toutes initiatives utiles à cet objet social et suscite la rencontre de partenaires et la création de services nouveaux favorisant le maintien des personnes dans leur cadre de vie familial.

.....Son objet pourra s'étendre à toutes activités médico-sociales.....

Elle pourra posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tous les biens meubles et immeubles nécessaires à la réalisation de son objet, faire toutes les opérations financières indispensables à l'accomplissement de cet objet et même à titre accessoire et à l'effet de se procurer les ressources nécessaires, se livrer ou participer à toutes activités ou exploitations rémunératrices, même commerciales.

Elle pourra acquérir, exercer ou aliéner, tant à titre gratuit qu'à titre onéreux, tout droit immobilier, mobilier ou intellectuel, sans restriction.

Elle pourra :

- a) promouvoir ou instituer toute société, établissement ou association de droit ou de fait ;

- b) devenir membre de ces organismes ;

- c) leur procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, sociale ou morale, destiné à faciliter la réalisation de leur objet social.

- d) solliciter et recevoir, aux fins de réaliser son objet social, toutes contributions et tous subsides des associations constitutives et des pouvoirs publics.

- **Centre régional de santé de la Thudinie ASBL** – Unternehmensnummer 408 644 964

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art 3 L'association a pour but, à l'exclusion de tout but de lucre, tout ce qui concerne directement ou indirectement la création, l'organisation, la gestion des services de médecine préventive, la promotion de la santé à l'école, et plus généralement de toutes activités relevant de la médecine sociale et de l'éducation à la santé

- **Le Rouveroy ASBL** – Unternehmensnummer 430 684 453

Der in Artikel 1 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but l'inclusion des personnes adultes et des personnes âgées, en situation de dépendance physique et/ou mentale.

Pour atteindre ce but, l'association gère des structures d'accueil et d'hébergement agréées par l'AVIQ.

- **Autonomie ASBL** – Unternehmensnummer 447 571 757

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association a pour objet l'accompagnement en milieu ouvert des personnes adultes présentant un handicap physique ou mental, en vue de leur insertion sociale et/ou professionnelle la meilleure possible et de l'acquisition et/ou la prévention de leur autonomie dans les actes de la vie courante et notamment ceux qui touchent le logement, le travail, la gestion budgétaire, les loisirs, etc.

Elle vise également l'aide aux familles d'enfants et de jeunes handicapés.

Elle peut aussi mener des actions de conscientisation du grand public sur les problèmes d'intégration des personnes handicapées. Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

Elle peut participer à la mise en place d'un processus global d'intégration sociale et professionnelle de la personne en situation de handicap par le biais de toutes initiatives favorisant celle-ci telle que le transport de personnes à mobilité réduite, l'accompagnement dans l'emploi, la transition des jeunes pour leur vie adulte, l'organisation d'activités citoyennes, ...

- **Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental ASBL** - Unternehmensnummer 465 077 485

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

•de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinions politiques philosophiques ou religieuses, des professionnels qualifiés dans le domaine de l'aide à domicile - notamment des aides familiales, des aides seniors, des gardes-malades, des aides ménagères - à la disposition des familles des personnes âgées ou des personnes gravement malades et/ou handicapées ou des familles avec petits enfants, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales et de tout acte de la vie quotidienne, et de leur proposer une réponse adaptée à leur perte d'autonomie en termes de transport adapté notamment pour se rendre à des rendez-vous médicaux, à caractère social, récréatifs.

•de favoriser et de systématiser, dans le cadre des centres de coordination de soins et de services à domicile, la réponse coordonnée aux différents besoins.

•de mettre à la disposition de toute la population des services de soins infirmiers et palliatifs à domicile, et de médecine sociale dans son sens le plus large

•l'organisation de tous services collectifs destinés à la petite enfance et à l'enfance (crèche, accueil extrascolaire, halte garderie, maison d'enfants, cette liste n'étant pas limitative).

A cette fin, elle pourra accomplir tous les actes généralement quelconques et posséder, fonder, administrer, acquérir (à titre gratuit ou onéreux) les biens nécessaires ou utiles à la réalisation de son objet social. Elle pourra même, à titre accessoire et à l'effet de se procurer les ressources nécessaires, participer à toute activité ou exploitation rémunératrice même commerciale, sans préjudice à tout autre pouvoir dérivant de la loi ou des statuts. Elle pourra passer tous les actes et tous les contrats : transiger, compromettre, acquérir, échanger, vendre, construire, aménager tous les biens meubles et immeubles, hypothéquer des immeubles ou des droits réels immobiliers, emprunter, émettre des obligations, garantir par hypothèque ou autrement, stipuler la cause de voie parée, donner mainlevée de toute inscription d'office et autre avec ou sans paiement ou en donner dispense, conclure des baux de toute durée excepté des legs, subsides, donation et transfert, renoncer à tous les droits réels et à toutes les actions résolutoires, conférer tous pouvoirs spéciaux à des mandataires de son choix membres ou non.

- **Centre planning La Bulle ASBL** - Unternehmensnummer 414 439 626

Der in Artikel 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 4. L'association « centre de planning et de consultation familiale et conjugale LA BULLE » a pour objet :

1. La préparation des jeunes à la vie affective, sexuelle, conjugale et parentale ;

2. L'adaptation réciproque des époux ;

3. La prise de conscience par les parents de leur rôle à l'égard de leurs enfants ;

4. La guidance des familles dont les membres ont des problèmes relationnels ;

5. L'information concernant la régulation des naissances et les moyens contraceptifs, ainsi que, le cas échéant, la mise à disposition de ces moyens ;

6. L'accueil et la guidance des femmes qui, à cause de leur grossesse, se trouvent dans une situation critique ;

7. Les informations relatives aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA

et tout ce qui s'y rapporte directement, indirectement ou accessoirement.

L'association pourra posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tous immeubles nécessaires à la réalisation de son objet.

- **La petite Marmaille ASBL** - Unternehmensnummer 456 822 488

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association a pour but d'organiser une garderie pour enfants de 0 à 12 ans ; maison d'enfants, garde extra-scolaire, crèche, ...

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son objet.

- **Cuisine et Santé ASBL** - Unternehmensnummer 667 498 867

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 3. L'association a pour objet la préparation et la vente de boissons, de repas et de petites restaurations ainsi que la promotion de toute pratique santé en rapport direct ou indirect avec l'alimentation.

Pour ce faire, l'association dispose d'une capacité juridique pleine et entière. Elle peut poser tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

- **I.E.S. ASBL** – Unternehmensnummer 744 467 575

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but désintéressé de d'organiser, de prendre en charge et de gérer des projets portés par des entreprises santé ou qui aboutissent à la création d'entreprises santé. Ces entreprises sont sans buts lucratifs et visent à contribuer à l'amélioration directe ou indirecte de l'état de santé et de bien-être des personnes. L'asbl peut pérenniser en son sein des services ayant les mêmes visées.

Les activités concrètes avec lesquelles l'association atteint ce but désintéressé constituent son objet et comprennent, sans que cette énumération soit limitative ou exhaustive :

- Informations sur les prestataires et les applications santé
- Coaching santé
- Consultance auprès des structures développant des projets dans le domaine de la santé
- Promotion et développement de méthodologies de conduite de projets et de création d'entreprises
- Formations

En outre, l'association peut entreprendre toutes les activités qui contribuent directement ou indirectement à la réalisation de son objectif, y compris via la vente de services, dont le produit sera toujours intégralement affecté à la réalisation de son objet.

- **Union Technique de la Mutualité MALI**

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

- Assurer le développement de la mutualité sur toute l'étendue du territoire à travers la sensibilisation et l'appui aux initiatives des communautés,
- Assurer la représentation et la défense des intérêts de la Mutualité Malienne auprès :
 - des pouvoirs publics et/ ou privé nationaux,
 - des instances et institutions internationales,
 - des professionnels de santé et autres prestataires.
- Assurer des services communs de gestion des garanties pour ses groupements membres
- Réaliser des actions d'étude et de recherche devant permettre le développement des groupements membres
- Veiller à leur bon fonctionnement en apportant :
 - un appui technique, des conseils,
 - des prestations de services pour toutes les actions de communication, de gestion, d'administration, financières ou de commercialisation,
 - une cellule de formation pour former leurs administrateurs et leurs personnels.
- Favoriser tant la définition que l'évolution de la doctrine et de la politique mutualiste, grâce en particulier à la tenue de congrès nationaux ou assemblées générales nationales.
- Gérer les activités ci après dans les conditions déterminées par des règlements spéciaux approuvés par l'autorité administrative
 - des caisses de réassurance mutualiste,
 - un fonds de garantie,
 - un fonds de formation des administrateurs, militants et personnel salarié,
 - un centre de formation

L'UTM mène toutes activités compatibles avec la législation en vigueur

6. Durch die Entraide et Santé ASBL

- **Accueil des Tout petits ASBL** - Unternehmensnummer 416 540 170

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art.3 L'association a pour but l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

L'activité principale est l'accueil des enfants de 0 à 6 ans au domicile des accueillantes conventionnées du service.

L'association peut organiser toute activité lui permettant de réaliser son objet dans une perspective de service et de promotion des familles.

Elle entend exercer son activité en conformité avec les options fondamentales du Mouvement « Vie Féminine ».

L'association peut aussi prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

- **ASD Liège-Huy-Waremme ASBL** - Unternehmensnummer 462 309 126

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but .

1° de répondre, directement ou par le biais de l'a.s.b.l. Aide Familiale Liège-Huy-Waremme, de l'a.s.b.l. Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme-Coordination ou de l'a.s.b.l. Croix Jaune et Blanche Liège-Huy-Waremme ou par le biais d'associations avec lesquelles une convention aura été conclue, aux besoins des personnes qui souhaitent être aidées et soignées à domicile, notamment en matières de soins infirmiers et palliatifs, aide familiale, aide ménagère, garde à domicile, de jour et de nuit, garde d'enfants malades, service social, prêt de matériel, biotélévigilance, logopédie, kinésithérapie, ergothérapie, soins dentaires à domicile, pédicure, aménagements de locaux, distribution de repas à domicile, bénévolat, etc ;

2° de soutenir et de représenter l'a.s.b.l. Aide Familiale Liège-Huy-Waremme, l'a.s.b.l. Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme-Coordination et l'a.s.b.l. Croix Jaune et Blanche Liège-Huy-Waremme ainsi que les associations avec lesquelles une convention aura été conclue. Ce soutien peut se traduire notamment en favorisant une offre d'aide et de soins coordonnés centrés sur le bénéficiaire, en facilitant la systématisation des collaborations entre tous les intervenants du maintien à domicile et en permettant la détermination d'orientations politiques et de gestion d'ensemble ;

3° de soutenir par quelque initiative ou projet que ce soit toute action dans le domaine des soins et aides à domicile ; en ce compris par des dons, des subsides ou des prêts ;

4° d'organiser tous services nécessaires à l'activité des associations avec lesquelles une convention aura été conclue ;

5° de prendre toute initiative ou de mettre en œuvre tout projet dans le domaine des soins et aides à domicile et de la coordination des soins et des aides.

: Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son but.

Son activité est animée de valeurs chrétiennes.

- **C.E.S.A.H.M. ASBL** - Unternehmensnummer 439 648 936

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art 3 L'association a pour but la création, la gestion et le développement de tous services en faveur de personnes handicapées et plus généralement de personnes nécessitant une aide socio-éducative appropriée

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son but. L'exclusion de tout esprit de lucre n'empêchera pas l'association de pouvoir chercher, dans des limites autorisées par la loi, les avantages matériels accessoires indispensables pour lui permettre de vivre et d'atteindre un objectif plus élevé en rapport avec son but

- **CENTRE ESTELLE MAZY ASBL** Unternehmensnummer 414 083 694

Der in den Artikeln 4, 5, 6 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 4. Historiquement, le Centre Estelle Mazy était d'inspiration chrétienne et exerçait ses activités dans un esprit pluraliste. Il avait pour but d'organiser des formes d'aide aux personnes, couples et familles, qui visent, dans le respect des personnes, à favoriser leur évolution personnelle, leur autonomie et leur capacité de vivre en relation avec les autres.

Art. 5. Depuis 1997, l'association est agréée et subventionnée par la Région Wallonne en tant que Centre de Planning Familial et de Consultation Familiale et Conjugale qui a pour finalité de contribuer à l'optimisation de la santé et à l'épanouissement social en abordant les aspects de la vie affective, relationnelle et sexuelle dans une approche pluridisciplinaire, positive et respectueuse de la possibilité pour les personnes :

- 1° de vivre une sexualité consciente, responsable, épanouissante et sûre;
- 2° d'avoir des pratiques sexuelles en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence;
- 3° de bénéficier de soutien à la préparation à et durant la vie de couple et à la parentalité responsable;
- 4° de disposer de choix de méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables;
- 5° de disposer de la liberté de choix quant à l'opportunité ou la continuité d'une grossesse.

Art. 6. Pour répondre à ses missions, le Centre Estelle Mazy organise de manière obligatoire une permanence d'accueil, des consultations psychologiques, médicales, sociales et juridiques, des animations d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle et des actions de sensibilisation et de manière facultative, des consultations sexologiques et de conseil conjugal.

- **Centre de Planning familial Ourthe-Amblève ASBL** - Unternehmensnummer 424 247 712

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Le but est d'aider à l'épanouissement de la vie affective, relationnelle et sexuelle

Elle poursuit la réalisation de ce but par tous les moyens et notamment, sans que cette énumération soit limitative, par une action individualisée ou collective.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but. Elle peut prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son but.

- **Centre de Santé ASBL** - Unternehmensnummer 409 121 551

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'objet social repris à l'article 3 de ses statuts est le suivant :

Le but de l'association consiste en la gestion d'un service de promotion santé à l'école, un service de santé mentale, et des crèches pour enfants.

L'association peut par ailleurs accomplir toute opération civile, mobilière ou immobilière, développer toute activité qui contribue directement ou indirectement à la réalisation de ses buts précités, de nature économique dont le produit sera de tout temps affecté intégralement à la réalisation desdits buts, poser tous les actes se rapportant directement ou indirectement à ses buts par voie de cession, d'apport, de participation, d'intervention financière ou par tous autres moyens, dans toutes entreprises associatives et autres, s'intéresser à toute activité similaire, créer et gérer tout service ou toute institution poursuivant les buts ou objets similaires ou connexes aux siens.

Celui-ci est réalisé dans un but désintéressé.

- **Centre familial de la Région wallonne ASBL** - Unternehmensnummer 410 078 683

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. Le but social de l'association est de prendre toute initiative pouvant se révéler nécessaire en vue de mettre à la disposition de familles, personnes âgées et/ou handicapés, des aides familiales ou toute autre personne en capacité d'apporter une aide aux précités

En vue de la réalisation de son objet social, l'association pourra faire toutes les opérations tant immobilières que mobilières s'y rattachant directement ou indirectement, à cet effet, elle pourra notamment acheter ou prendre en location, avec ou sans droit d'option, tous immeubles ou meubles généralement quelconques, vendre, sous-louer ceux-ci en tout ou en partie, émettre des obligations, éventuellement garanties par hypothèques. Elle pourra d'une manière générale, soit indirectement, soit par voie de cession, d'apport, de fusion, de participation, d'intervention financière ou par tout autre moyen, s'intéresser dans toute association ayant un objet analogue au sien, créer des revues, journaux, brochures ou publications relatives à son objet

- **Fondation privée pour l'innovation sociale** - Unternehmensnummer 652 965 101

Der in Artikel 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

La Fondation a pour but, à l'exclusion de tout but de lucre, de soutenir, encourager, promouvoir, mettre en relation et conseiller différentes institutions dans le secteur médico-social, visant à promouvoir le bien-être physique, psychique et social de la population, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité. Les initiatives soutenues peuvent entre autres viser l'inclusion sociale à travers l'accès à un logement et à un emploi décents.

Une attention particulière sera accordée aux institutions qui soutiennent les personnes fragilisées, que cette fragilité soit due à leur âge, à leur état de santé, à leur situation familiale, économique, culturelle ou sociale.

La Fondation s'interdit de développer elle-même des activités d'intérêt général identiques ou similaires à celles des institutions précitées.

Le but social ne peut être modifié qu'en respectant les dispositions légales énoncées sub « Modifications des statuts ».

- **La Récré du Cœur ASBL** - Unternehmensnummer 474 381 963

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art 3 L'association a pour but principal d'apporter l'aide et soins à domicile au bénéfice des familles et des personnes âgées, de rechercher, de promouvoir et réaliser des projets, des initiatives, des activités, des aides et de l'accueil au bénéfice de toute personne. Une priorité sera accordée aux personnes âgées, isolées, malades handicapées, accidentées ou tout autre personne requérant un soutien moral, psychologique ou physique ainsi qu'aux plus démunis, tant au niveau financier, économique, culturel et socio-médical, de l'autonomie des mouvements et des gestes, de l'entourage familial, social ou de voisinage.

Pour remplir sa mission, l'association prendra notamment en charge la création, l'organisation et le fonctionnement de centres occupationnels de jour qui auront par principe les mêmes buts généraux. Elle s'occupera et prendra en charge la formation des personnes désireuses de s'engager dans des initiatives, projets ou actions favorables aux personnes décentes ci-avant.

Elle pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but, elle pourra notamment prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son but.

Pour exécuter sa mission, l'association pourra engager des personnes compétentes. Elle collaborera avec l'asbl « L'Alternative Liège » pour réaliser ses buts, l'association ne poursuivra aucun but lucratif.

- **L'Alternative - Liège ASBL** - Unternehmensnummer 430 543 210

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but, à l'exclusion de tout but de lucre, de promouvoir, maintenir et développer le bien-être physique, psychique et social des personnes isolées, malades, handicapées, âgées ou fragilisées. Cette fragilité peut être causée par leur situation familiale, économique, culturelle ou sociale.

Elle peut notamment acquérir, entretenir, gérer et mettre en location des immeubles qui seront mis à la disposition d'associations, d'entreprises, de services ou de personnes s'occupant ou travaillant au bénéfice des personnes précitées. Ces intervenants peuvent entre autre promouvoir l'inclusion sociale à travers l'accès à un logement ou à un emploi décent.

- **Le 37, Centre de planning et de consultation familiale et conjugale ASBL** - Unternehmensnummer 417 471 073

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour objet la gestion et le développement d'un centre de planning et de consultation familiale et conjugale c'est-à-dire un centre extra-hospitalier ayant pour objet l'accueil, l'information, l'éducation et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles ainsi que l'animation des groupes, notamment des femmes et des jeunes dans le cadre de la vie affective, sexuelle et relationnelle.

Les missions du centre sont celles qui sont reprises dans le Décret wallon relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet social. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet social.

- **L'Oasis familiale ASBL** - Unternehmensnummer 432 229 921

Der in den Artikeln 3, 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association l'Oasis Familiale met en place un système d'aide et d'accompagnement des personnes en difficultés sociales, financières ou morales avec une attention particulière pour les familles, quelles que soient leurs opinions religieuses, politiques ou philosophiques.

L'association a également pour but de sensibiliser le public entre autres par l'organisation de conférences, réunions thématiques, groupes de parole, liés à sa sphère d'activités.

Objet social

Art. 4. L'association propose notamment des activités telles qu'un service d'accueil pour les tout-petits et leurs parents démunis, une école de devoirs, un rattrapage scolaire, des animations durant les vacances, un centre de planning et de consultation familiale et conjugale, un accompagnement périnatal gratuit pour personnes défavorisées.

L'association peut accomplir toutes actions se rapportant directement ou indirectement à son but. Elle peut prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à celui-ci.

- **Promotion des Aînés ASBL** – Unternehmensnummer 402 344 617

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 2. L'Association a pour but l'étude et la promotion du logement des personnes âgées. Pour la réalisation de ce but, l'association peut organiser tout service, exercer toute activité généralement quelconque, et posséder, soit en propriété, soit en jouissance tous biens meubles ou immeubles nécessaires Elle peut aussi s'intéresser à toutes affaires poursuivant un but semblable au sien.

- **Qualias Province de Liège SCRLFS** – Unternehmensnummer 417 114 351

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

1. La société a pour objet, le commerce au sens le plus large, de tous les articles et accessoires médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, de rééducation et d'éducation physique, l'importation, l'acquisition intracommunautaire, l'exportation et la livraison intracommunautaire de ces articles. La vente à la commission, le courtage et la location de tous ces articles et accessoires, ainsi que la réparation et l'entretien. Elle pourra également procéder à la sous-traitance des activités décrites ci-avant.

En particulier, la société développe les activités relevant de l'objet social défini ci-avant en vue d'assister, directement ou indirectement, les associés fondateurs dans la réalisation de leur objet social chaque fois que leurs activités statutaires nécessitent d'y faire appel.

En général, la société pourra réaliser son objet social, soit par exploitation directe, soit en prenant des intérêts dans des entreprises ayant un objet social identique, analogue, similaire, ou connexe en tout ou en partie, soit par voie de fusion avec semblables entreprises.

Elle pourra faire toutes transactions ou opérations commerciales, industrielles, financières, mobilières ou immobilières se rapportant directement ou indirectement en tout ou en partie à son objet social ou qui seraient de nature à en faciliter la réalisation ou en permettre l'extension et le développement.

2. L'assemblée générale peut modifier l'objet social dans les conditions fixées par le code des sociétés.

L'objet social peut être étendu à d'autres activités par décision de l'assemblée générale des associés en conformité avec les dispositions légales afférentes à la modification de l'objet social.

3. La société peut également accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment acquérir dans le cadre de la réalisation de son objet tous biens immeubles et droits réels immobiliers, tous droits incorporels et corporels, tous titres de placement, prendre et donner en location immobilière ou mobilière, engager du personnel, conclure des contrats civils et commerciaux, rassembler des fonds par tout moyen même par émission d'obligations privées, s'associer à d'autres personnes morales sans but de lucre ou à finalité sociale, prendre toutes participations dans d'autres sociétés, fusionner avec d'autres sociétés, prêter son concours ou s'intéresser à toute activité similaire à la sienne et mener toute autre activité justifiée dans le cadre de sa finalité sociale en vue de financer la réalisation de son objet social.

4. En vue de soutenir ou de développer leurs activités sociales désintéressées, la société peut allouer des subsides, avec ou sans condition de restitution, et effectuer des apports gratuits à des personnes morales sans but lucratif poursuivant un but social analogue ou similaire à sa propre finalité sociale.

- **Saparlipapote ASBL** – Unternehmensnummer 898 968 482

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association a pour but de favoriser la communication chez les jeunes enfants dans un souci de bien-être physique et mental, d'intégration socioculturelle et d'égalité des chances.

L'association propose des activités d'expression verbale, non verbale et créatives à des publics d'enfants de 0 à en principe 6 ans en milieux scolaire, extra-scolaire, en milieux de la petite enfance et en milieu hospitalier où la limite d'âge peut être portée à 12 ans. Ces activités sont réalisées dans un cadre intergénérationnel.

Les principales activités proposées par l'association consistent en animations, formations, rencontres, informations, diffusions, recherches, publications et peuvent à cette occasion s'ouvrir à tout public, principalement aux parents et aux professionnels de la petite enfance.

- **Solidarité Confort ASBL** – Unternehmensnummer 548 646 648

Der in den Artikeln 4, 5 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 4 - L'association a pour but d'organiser un ensemble d'activités et de partenariats pour répondre aux besoins d'autonomie et de bien-être exprimés par les usagers afin d'améliorer leur état de santé global et leur qualité de vie, de promouvoir leur indépendance à domicile et de garantir leur confort et leur mobilité.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son but. Elle peut récolter des fonds et poser des actes commerciaux.

Article 5 - L'association a pour objet la mise à disposition, par le biais d'une location ou d'une vente de matériel sanitaire, paramédical, de puériculture, de sécurité ou de bien-être et accessoires, de conseils ou d'encadrement et/ou de prestations pour une utilisation optimale du matériel concerné.

- **Télé-Service Liège ASBL** – Unternehmensnummer 410 466 980

Der in Artikel 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but l'aide aux personnes démunies et défavorisés, en dehors de toute considération d'appartenance religieuse, philosophique ou politique.

L'association a pour objet de créer, d'organiser et de favoriser des activités d'entraide sociale sous toutes ses formes, dans le respect de toute personne, en faisant appel à l'engagement bénévole et citoyen.

L'association peut aussi créer et gérer tout service ou toute institution poursuivant le but de l'association.

Dans cette optique, l'association développe notamment les activités suivantes :

- Accueil téléphonique, aide sociale et service social polyvalent ;
- Animation d'une école de devoirs ;
- Animation socio-culturelle, interculturelle et alphabétisation ;
- Cours de français langue étrangère (FLE) et de citoyenneté ;
- Permanences sociales et juridiques pour personnes étrangères ;
- Transports de personnes à mobilité réduite ;

Elle peut prêter son concours et s'intéresser à toute activité semblable à son objet.

L'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé déterminé par les présents statuts. Toute opération violant cette interdiction est nulle.

L'association peut rendre gratuitement à ses membres des services qui relèvent de son objet et qui s'inscrivent dans le cadre de son but.

- ***Les groupes professionnels féminins ASBL – n° entreprise 409 730 968***

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 3. L'association a pour but l'organisation et le soutien des associations destinées à promouvoir la formation et la promotion sociale et culturelle des femmes des milieux populaires. Dans ce but elle a notamment pour objet l'achat, la location, l'entretien et l'exploitation des locaux servant aux réunions des différentes associations destinées à promouvoir la formation et la promotion sociale et culturelle des femmes des milieux populaires.

- **SOLIDARITE MONDIALE, WSM ASBL** – ONG MOC - Unternehmensnummer 413 986 102

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Solidarité Mondiale a pour objet la promotion de la solidarité et de la coopération internationales en réponse à l'exclusion sociale et à la pauvreté dans le monde. Pour cette raison toutes ses actions sont axées sur l'amélioration des conditions de travail et de vie, sur la lutte intégrale contre la pauvreté et sur la défense de la protection sociale et des droits du travail. Comme levier à cet effet Solidarité Mondiale utilise le droit fondamental de s'organiser et elle appuie des réseaux sociaux et des organisations partenaires dans le Nord et dans le Sud.

La sensibilisation et l'action (inter)nationale d'une part et la solidarité internationale d'autre part sont à la base de la stratégie de Solidarité Mondiale au Nord comme au Sud.

Ainsi, Solidarité Mondiale forme un réseau international qui de par le monde contribue au respect de la justice sociale. Le mouvement ouvrier chrétien belge concrétise la coopération au développement, à travers ce réseau de solidarité mondiale.

L'association peut utiliser tous les moyens qui contribuent, directement ou indirectement, à la réalisation de l'objet. En exécution de ce qui est stipulé ci-dessus, l'association peut, notamment, acquérir, louer ou donner

en location toutes propriétés ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, contracter des emprunts et octroyer des appuis financiers, demander des subsides et exécuter des projets subventionnés, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son objet. Dans le cadre de la réalisation de son objet, l'association peut même poser des actes commerciaux.

- **Réseau d'appui aux Mutuelles santé au Burkina Fasso (RAMS/BF)**

Der in den Artikeln 5, 6 und 7 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 5 : Objectif général

L'objectif général du réseau est de contribuer à la promotion et au développement des mutuelles de santé au Burkina Faso afin de favoriser l'accès de la population à des soins de santé de qualité.

Article 6 : Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du Réseau sont :

- Œuvrer à faire connaître la mutuelle de santé comme un acteur important du système de soins de santé et du système de protection sociale et développer des partenariats avec les autres acteurs du secteur.
- Créer, animer et dynamiser un cadre technique de concertation avec tous les intervenants dans le domaine des mutuelles de santé pour favoriser les échanges d'expériences mutualistes.
- Elaborer et diffuser une méthodologie de création et d'extension des mutuelles de santé au Burkina Faso.
- Capitaliser les expériences en cours dans le pays en organisant différentes activités.
- Apporter un appui technique à la mise en place et à la gestion des mutuelles de santé.
- Renforcer les compétences et capacités des membres du Réseau et d'autres promoteurs de mutuelles de santé.

Article 7 : Missions

Les missions du Réseau sont les suivantes :

- promouvoir et développer la mutuelle de santé en tant que système de financement solidaire des soins de santé et développer l'esprit mutualiste au niveau des communautés, des organisations et associations professionnelles ;
- œuvrer à la structuration du mouvement mutualiste burkinabé pour une meilleure représentation des mutuelles de santé auprès des tiers et une bonne participation à l'élaboration des politiques nationales de santé et de protection sociale ;
- contribuer à la création d'un environnement juridique, socio-économique et culturel incitatif et favorable au développement, à la protection et au fonctionnement des mutuelles de santé en vue de devenir un interlocuteur privilégié des acteurs du développement socio-économique, en particulier ceux du secteur de la santé et de la protection sociale.

7. Durch die Connexion Santé ASBL

- **Les jardins de la Vertefeuille ASBL** – Unternehmensnummer 774.483.632

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'ASBL a pour but de produire des fruits et légumes en agroécologie biologique, leur transformation et conditionnement afin de promouvoir un mode de culture durable et respectueux de l'environnement et des producteurs.

L'ASBL a pour objets de proposer un lieu de vie, d'échanges et de formations sur les thématiques liées au jardinage, à la culture maraîchère, à la biodiversité, etc. Des paniers de produits issus de la culture sont proposés à la vente et alimentent notamment les cuisines des maisons de repos et de soins du réseau Médico-Social du pôle Hainaut Picardie de la Mutualité chrétienne. Des événements fédérateurs sont organisés et des actions de promotion du modèle sont orientées vers les politiques.

Pour réaliser ses objectifs, l'association peut recevoir toute aide ou contribution matérielle ou financière, d'institutions et personnes publiques ou privées. Les fonds et matériels ainsi récoltés doivent servir exclusivement à la réalisation du but social. L'association peut prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son but.

L'association peut également entreprendre certaines activités lucratives à condition que le produit soit affecté exclusivement à son but.

- **Le lien ASBL** – Unternehmensnummer 428 794 339

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but l'organisation et la gestion des services et institutions qui réalisent la réinsertion sociale dans son sens le plus large, des personnes ayant un handicap, ainsi que l'accompagnement socio-culturel de ces personnes et de leurs familles.

Pour atteindre ce but, l'association peut acheter ou louer tout bien immeuble et faire, en général, tout ce qui est nécessaire ou utile à la réalisation de son but social.

Elle peut également faire appel à toute collaboration afin d'atteindre son objectif.

- **La Ruche ASBL** – Unternehmensnummer 474 965 547

Der in den Artikeln 3, 4 und 5 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 3 : L'association a pour but, à l'exclusion de tout but de lucre, de favoriser le développement d'une citoyenneté critique, active et responsable, principalement chez les jeunes.

Article 4 : L'association peut faire tous les actes nécessaires ou utiles à la réalisation de son objet social. A cet effet, elle peut acquérir ou posséder en propriété ou autrement tous les biens meubles ou immeubles.

Elle peut utiliser ces biens, les gérer ou les mettre à disposition.

Elle peut faire appel à toute collaboration afin d'atteindre son objectif.

Article 5 : L'association peut également entreprendre certaines activités économiques à condition que le produit soit affecté exclusivement à l'objet social.

- **Entraide par le Travail Enghien ASBL** – Unternehmensnummer 407 598 255

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 3. L'Association a pour but la direction, la diffusion, le développement et le soutien à la réadaptation et au reclassement des personnes handicapées en général.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but. Elle peut notamment s'intéresser à toute activité similaire ou complémentaire à son but.

- **L'Echelle ASBL** – Unternehmensnummer 448 610 152

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour objet d'aider les personnes atteintes d'un handicap physique, mental ou sensoriel à acquérir ou à conserver leur autonomie, en leur fournissant l'aide, l'information et le soutien afin de répondre à leurs besoins dans tous les actes de la vie courante.

Pour cela, elle peut intervenir, à la demande des personnes, dans tous les domaines, et notamment en matière de logement, de travail, de gestion budgétaire, de protection du patrimoine, de loisirs, etc.

Pour atteindre ce but, l'association peut acheter ou louer tous biens meubles et immeubles et faire, en général, tout ce qui est nécessaire ou utile à la réalisation de son objet social.

Elle peut également faire appel à toute collaboration afin d'atteindre son objectif.

- **La Moisson ASBL** – Unternehmensnummer 434 384 014

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3 : L'association a pour but, en se référant aux options fondamentales des mutualités chrétiennes, d'offrir un ensemble de services aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes qui ne peuvent plus assumer complètement leur autonomie, notamment par la mise en place de structures tant pour l'hébergement de ces personnes que pour la dispensation de soins et services sous des formes alternatives à la prise en charge hospitalière ou non hospitalière.

- **Solidarité Mondiale ASBL** – Unternehmensnummer 413 986 102

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Solidarité Mondiale a pour objet la promotion de la solidarité et de la coopération internationales en réponse à l'exclusion sociale et à la pauvreté dans le monde. Pour cette raison toutes ses actions sont axées sur l'amélioration des conditions de travail et de vie, sur la lutte intégrale contre la pauvreté et sur la défense de la protection sociale et des droits du travail. Comme levier à cet effet Solidarité Mondiale utilise le droit fondamental de s'organiser et elle appuie des réseaux sociaux et des organisations partenaires dans le Nord et dans le Sud.

La sensibilisation et l'action (inter)nationale d'une part et la solidarité internationale d'autre part sont à la base de la stratégie de Solidarité Mondiale au Nord comme au Sud.

Ainsi, Solidarité Mondiale forme un réseau international qui de par le monde contribue au respect de la justice sociale. Le mouvement ouvrier chrétien belge concrétise la coopération au développement, à travers ce réseau de solidarité mondiale.

L'association peut utiliser tous les moyens qui contribuent, directement ou indirectement, à la réalisation de l'objet. En exécution de ce qui est stipulé ci-dessus, l'association peut, notamment, acquérir, louer ou donner

en location toutes propriétés ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, contracter des emprunts et octroyer des appuis financiers, demander des subsides et exécuter des projets subventionnés, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son objet. Dans le cadre de la réalisation de son objet, l'association peut même poser des actes commerciaux.

- **REMUSACO – BKV en République Démocratique du Congo**

Le REMUSACO-BKV est une ASBL autonome de l'Archidiocèse de Bukavu, fondée en novembre 2015. Le REMUSACO-BKV accompagne les communautés du Sud-Kivu à mettre en place les mutuelles de santé et en assure la saine gestion. Il peut par ailleurs mettre son expertise à la disposition d'autres communautés qui en expriment le besoin. De ce point de vue, le Secrétariat Exécutif du REMUSACO-BKV se positionne comme accompagnateur technique et financier des mutuelles de santé de l'Archidiocèse de Bukavu.

- **Association Providence au Liban**

1- Aider les pauvres et servir les personnes âgées et créer des clubs pour eux.

2- Travailler avec les autorités compétentes pour la réhabilitation des personnes à besoins spéciaux et créer des centres disponibles pour leur service.

3- Organiser des conférences éducatives et sociales.

- **Rayon d'espoir ASBL au LIBAN**

Son objectif:

1- Chercher auprès des autorités compétentes à ouvrir une école privée et à établir un centre spécialisé pour les personnes à besoins spéciaux qui souffrent de handicaps de toutes sortes qui les empêchent de participer normalement à la vie.

2- Fournir des services pour améliorer les conditions sanitaires, psychologiques et sociales et sécuriser les lieux d'hébergement et de soins pour les personnes ayant des besoins spéciaux.

3- Mettre en place un centre de formation pour les professionnels, les parents et les jeunes.

8. Durch die REMESO province de Namur ASBL

- **ASD en province de Namur ASBL** – Unternehmensnummer 0410 333 160

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art.3 L'association couvre trois domaines d'activité, appelés départements, à savoir, l'aide à la vie journalière, la coordination, les soins infirmiers.

• L'aide à la vie journalière vise l'accompagnement et l'aide dans les actes de la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté. Par priorité, les aides sont accordées à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les moins favorisés sur le plan financier. Cette aide est apportée par des aides familiales, des gardes à domicile, et par tout autre intervenant correspondant au but social de l'association.

• La coordination vise à assister tout bénéficiaire souhaitant vivre à domicile ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien à domicile, notamment en élaborant un plan d'intervention pour le bénéficiaire et en coordonnant les interventions des services et prestataires.

• Les soins infirmiers sont ceux visés par l'AR n° 78 qui régit l'art infirmier. Ils visent le maintien ou le rétablissement de l'autonomie de la personne. Ils intègrent une dimension préventive et palliative.

Ces activités sont fournies eu égard aux demandes et besoins des personnes, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses.

Elles s'inscrivent dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile.

De manière générale, l'association peut organiser tout service et entreprendre tout ce qui présente un rapport direct ou indirect avec son but social. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

Elle peut accomplir tous les actes qui se rapportent directement ou indirectement à son but.

- **Le Blé en Herbe centre de planning et de consultation familiale et conjugale ASBL** – Unternehmensnummer 0413 262 263

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art 2 L'association a pour but social de promouvoir le bien-être de l'individu dans ses relations personnelles, conjugales et familiales, notamment

- en organisant des permanences d'accueil,
- en offrant des consultations assurées par une équipe pluridisciplinaire et des consultations médicales avec accueil psychosocial dans le cadre du Planning pour jeunes,
- en proposant des animations, espaces de paroles en groupe autour de thématiques de la vie affective et sexuelle

- **Sambrilou ASBL** – Unternehmensnummer 445 054 311

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art 3 L'association a pour but l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent

L'activité principale est notamment l'accueil familial des enfants de 0 à 6 ans au domicile des accueillantes conventionnées du service.

Elle peut organiser toute activité lui permettant de réaliser son objet dans une perspective de service et de promotion des familles.

L'association entend exercer son activité en conformité avec les options fondamentales du Mouvement « Vie Féminine ».

L'association peut aussi prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

- **SELINA / PSE ASBL** – Unternehmensnummer 862 402 749

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but la gestion des activités de la crèche DOREMI et du Service PSE Libre qui font partie de l'association.

Elle peut prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son but et, dans le respect de son autonomie, elle pourra participer à l'action de tout organisme ou institution constitué dans des buts similaires.

Elle peut accomplir tout acte en rapport direct ou indirect avec son but social. Elle peut notamment acquérir ou gérer tout bien, à titre gratuit ou onéreux, comme propriétaire, gérante, locataire, commanditaire, et emphytéote. Elle peut accepter et recevoir tout subside, toute donation et conclure tout contrat, marché et entreprise, plaider et transiger, la présente liste n'étant pas limitative.

Les modalités pratiques de la gestion de ces activités sont définies dans une convention de collaboration signée par tous les membres de l'association.

- **CARPE DIEM ASBL** – Unternehmensnummer 460 053 083

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association a pour objet l'aide effective par l'occupation, l'apprentissage et la réadaptation dans le sens le plus large et sous toutes ses formes des personnes adultes atteintes d'un handicap mental auquel se trouvent associées ou non d'autres déficiences.

Elle a aussi pour objet la gestion d'institutions organisées conformément à la réglementation de l'Agence wallonne pour l'intégration des Personnes handicapées (A.W.I.P.H.), remplacée à partir du 1er janvier 2016 par l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ).

L'association exerce son activité en Belgique et pays limitrophes.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet.

Pour la réalisation de son objet, l'association peut organiser tout service, exercer toute activité généralement quelconque.

Sous les réserves légales, elle peut acquérir, exercer ou aliéner, à titre gratuit ou onéreux, tout droit immobilier, mobilier ou intellectuel.

Elle peut promouvoir ou instituer toute société, établissement ou association de droit ou de fait ayant un objet similaire ou connexe.

Elle peut devenir membre de tels organismes.

Elle peut procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale, destinés à faciliter la réalisation de son objet social.

- ACCUEIL ET SOLIDARITE ASBL – Unternehmensnummer 890 259 070

Der in Artikel 2 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association a pour but d'apporter toute aide morale corporelle et matérielle, dans le cadre de l'accueil, de l'hébergement, des soins, de l'animation, de l'occupation et de l'intégration sociale réalisés à l'égard de personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées.

Elle peut posséder, soit en jouissance, soit en propriété, et peut être chargée de gérer tous les immeubles nécessaires à la réalisation de son but.

L'association peut organiser tout service et exercer toute activité généralement quelconque ; elle peut acquérir ou aliéner, à titre gratuit ou onéreux, tout bien ou tout droit immobilier, mobilier ou intellectuel, sans aucune restriction.

Elle peut promouvoir ou instituer toute société, établissement ou association, soit de droit, soit de fait : elle peut devenir membre de tels organismes.

Elle peut leur procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale destinée à leur faciliter la réalisation de leur but.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but.

Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son but.

b) - Activités :

Parmi les activités permettant de réaliser les buts de l'association, figurent notamment l'acquisition, la construction, l'exploitation et la gestion de toute maison de repos et de toute maison de repos et de soins, de tout centre d'accueil et de soins de jour, de toute résidence-services et de toute autre formule alternative de prise en charge des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées.

- Centre d'éducation du patient ASBL – Unternehmensnummer 424 320 164

Der in Artikel 4 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Article 4. L'association a pour but de :

•Promouvoir l'éducation du patient auprès des professionnels de santé, de l'entourage des patients et des patients eux-mêmes dans le but d'améliorer la prise en charge des pathologies par les différents acteurs concernés et d'améliorer le bien-être des patients.

Pour y parvenir, l'association a pour objet de :

•Proposer des formations, des sensibilisations, des informations et des outils aux institutions de soin tels que les hôpitaux, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, ...

•Proposer des formations, des sensibilisations, des informations et des outils aux futurs acteurs des soins de santé (médecin, infirmier, ...)

•Sensibiliser et informer le tout public sur base de campagnes de communication (délai de réaction face aux premiers signes de problèmes cardiovasculaires, ...)

•Développer une expertise dans l'évaluation qualitative et quantitative de projets.

•Développer une expertise dans la mise en place de programme d'intervention sur le terrain pour les publics vulnérables (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, handicap, ...)

- SOLIVAL Wallonie – Bruxelles ASBL – Unternehmensnummer 460 213 530

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'association est un service qui s'adresse à toute personne atteinte d'un handicap physique, mental ou sensoriel ainsi qu'à tout autre service d'aide ou d'accompagnement de ces personnes.

L'association vise à aider les personnes handicapées à conserver leur autonomie, à l'acquérir ou à le recouvrir en leur fournissant l'information, l'aide et le soutien nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et démarches de la vie courante.

L'association se propose de faciliter et de favoriser directement ou indirectement l'utilisation par les handicapés, les malades et les invalides de tous appareils et moyens techniques d'assistance.

Elle effectue des recherches, rassemble et distribue les informations de nature à contribuer à l'intégration de tous les handicapés et à la prise de conscience des personnes valides et invalides.

Elle peut posséder, en usufruit ou en pleine propriété, tous biens meubles et immeubles nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

Elle peut promouvoir ou instituer toute société, tout établissement ou toute association de droit ou de fait. Elle peut devenir membre de ces organismes.

Elle peut leur procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale destinée à faciliter la réalisation de leur objet social.

- L'Economie Populaire, S.C. agréée – Unternehmensnummer 401 388 176

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Objet :

La société a pour objet, tant en Belgique qu'à l'étranger l'approvisionnement des officines pharmaceutiques ou toutes institutions de soins établies, l'importation, l'exportation, le commerce en gros et en détail de produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques et d'articles d'optique médicale, de bandagisterie, de prothèse, de droguerie et tout ce qui se rattache à la pharmacie, même indirectement, l'exploitation de laboratoires, le financement de la recherche appliquée et fondamentale; l'achat ou la prise en location, la vente, l'exploitation ou la location d'officines pharmaceutiques.

De même que :

- l'exploitation pour son compte propre ou pour le compte d'autrui, par ou avec autrui, en gros ou en détail, de toutes formes d'établissements dans le secteur de la "Distribution";

- l'exportation, l'importation, la fabrication, le conditionnement, l'entreposage, la transformation, le traitement, le transport, la vente et l'expédition, pour son compte propre ou pour le compte d'autrui, par ou avec autrui, de toutes denrées alimentaires, produits, articles et autres marchandises diverses susceptibles d'être vendues dans les établissements précités,

- d'une manière générale, la prestation de tous services et notamment tous transports, se rapportant directement ou indirectement à la distribution ou à son objet social,

- l'importation, l'exportation, le commerce en gros et en détail de tous les produits et articles de consommation nécessaires ou utiles à l'habillement, à l'équipement, à l'établissement ménager ou professionnel.

De même que la société peut, pour la réalisation de son objet, obtenir, acquérir, reprendre, exploiter, céder, construire, louer, vendre et échanger toutes propriétés mobilières et immobilières, ainsi que tous établissements, matériels et installations.

Elle peut s'intéresser, par voie d'apport, de fusion, de souscription ou de toute autre manière, dans toutes affaires, entreprises, associations ou sociétés dont l'objet serait identique, similaire, analogue, connexe ou simplement utile à la réalisation de tout ou partie de son objet social ou qui seraient de nature à favoriser le développement de son entreprise, à lui procurer des matières premières ou à faciliter l'écoulement de ses produits.

De façon générale, elle peut faire toutes opérations commerciales, financières, mobilières ou immobilières, se rapportant directement ou indirectement, en tout ou en partie à son objet social, qui seraient de nature à faciliter ou développer la réalisation, de nature à favoriser ou étendre directement son industrie et/ou son commerce.

Elle peut enfin faire appel aux Fédérations du Mouvement Ouvrier Chrétien de son champ d'action pour assurer l'éducation et la propagande coopérative.

Les énumérations ci-dessus ne sont pas limitatives et doivent être entendues dans le sens large.

La société réalisera cet objet en respectant les buts, finalités et valeurs suivants :

Buts : La société a pour but principal la satisfaction des besoins et/ou le développement des activités économiques et/ou sociales de ses actionnaires ou bien de tiers intéressés notamment par la conclusion d'accords avec ceux-ci en vue de la fourniture de biens ou de services ou de l'exécution de travaux dans le cadre de l'activité que la société coopérative exerce ou fait exercer.

Elle a également pour but de répondre aux besoins de ses actionnaires ou de ses sociétés mères et leurs actionnaires ou des tiers intéressés que ce soit ou non par l'intervention de filiales.

- Association de Recherche et d'action en faveur des personnes Handicapées physiques, ASBL – Unternehmensnummer 890 657 364

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

L'Association , qui est dénuée de tout esprit de lucre , a pour objet :

1. De promouvoir, de réaliser et de diffuser des études, recherches et actions en matière de handicap physique ;

2. D'encourager toute collaboration entre chercheurs, praticiens, personnes valides et personnes concernées par le handicap physique ,

3. De développer des collaborations internationales et d'évoluer vers une association internationale de recherche et d'action en faveur des personnes handicapées physiques ;

4. La réalisation d'actions de sensibilisation et d'information à la problématique du handicap physique ;

5. Sensibiliser, former et encadrer des co-animateurs (valides et non-valides) de groupes de formation, prises de paroles, sensibilisation, éducation permanente, promotion de la santé...

- CHU – UCL – Namur ASBL, Unternehmensnummer 641 733 885

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

§1 – A l'exclusion de tout but de lucre, l'Association a pour but les prestations de soins de santé, et tout ce qui regarde directement ou indirectement la gestion de tous hôpitaux et de tous les établissements médico-sociaux, l'assistance à toute la population de toute condition sociale sans distinction aucune, notamment d'opinions philosophiques, religieuses ou politiques.

Elle a également pour but l'assistance spirituelle, morale et médico-hospitalière, laquelle s'exercera dans un esprit chrétien, tout en respectant strictement les opinions des personnes prises en charge.

Les trois missions universitaires, à savoir l'excellence des soins, la recherche et l'enseignement font aussi partie intégrante du but de l'association.

§2 – L'activité sociale s'exercera partout où l'association le jugera opportun. Cette activité s'exercera en toute indépendance, notamment vis-à-vis de toutes personnes physiques ou morales, publiques ou privées ayant directement ou indirectement, en toute ou en partie, un but identique ou similaire.

§3 – L'Association peut prendre, promouvoir, soutenir toute initiative, défendre devant toute juridiction et administration toute mesure ayant pour but le maintien, le recouvrement et le développement de la santé.

§4 – Néanmoins, elle peut s'intéresser à toute institution, association ou affaire poursuivant un but semblable, elle peut faire toutes opérations accessoires se rattachant à son objet principal et notamment :

- Acquérir ou prendre en location tous les biens meubles et immeubles nécessaires à son objet ;
- Acquérir et posséder tous terrains qu'elle jugerait nécessaires à son objet et y ériger tous établissements médico-sociaux ;
- Prendre des participations dans des sociétés commerciales ou des associations présentant des interactions avec son but désintéressé ;
- Exercer à titre accessoire certaines activités économiques à condition que les profits générés par ces activités soient exclusivement affectés à la réalisation de son but désintéressé ;
- S'associer avec d'autres institutions poursuivant un but social identique ou similaire au sien.

- Association Saint-François ASBL, Unternehmensnummer 474 136 889

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3. L'association, d'obédience chrétienne, a pour but d'exercer, dans le respect des convictions philosophiques de chacun, toutes les activités qui touchent directement ou indirectement les soins palliatifs.

Elle pourra réaliser notamment les activités suivantes

1. L'administration des soins palliatifs, l'accompagnement et la prise en charge globale des patients, entre autres au sein de l'unité hospitalière du Foyer Saint-François.
2. L'accueil et l'hébergement de patients ambulatoires
3. L'accompagnement psychologique, social et spirituel des personnes endeuillées
4. La promotion de la culture palliative auprès des professionnels de la santé et du public.
5. La formation des intervenants, professionnels ou bénévoles
6. L'organisation de rencontres professionnelles interdisciplinaires
7. La participation à la recherche et au développement de la qualité des soins palliatifs
8. Le développement de référentiels éthiques et de recommandations professionnelles.

Ces activités s'exerceront, dans le respect du libre choix du patient, partout où l'association le jugera utile avec une attention particulière aux patients et familles les plus démunies.

L'association se veut attentive à favoriser la collaboration avec le corps médical, le milieu hospitalier et les diverses associations du domicile.

L'association pourra notamment posséder, prendre en location ou en jouissance tous biens immeubles ou meubles nécessaires, emprunter, conclure tout contrat, entre autres de travail ou d'emploi, ainsi qu'avec des personnes physiques ou juridiques poursuivant directement ou indirectement les mêmes objectifs

- Les Arsouilles ASBL – Unternehmensnummer 418 415 042

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art.3 L'association a pour but l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 12 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

L'activité principale est notamment l'accueil des enfants de 0 à 6 ans au domicile des accueillantes conventionnées du service.

L'association peut organiser toute activité lui permettant de réaliser son objet dans une perspective de service et de promotion des familles.

Elle entend exercer son activité en conformité avec les options fondamentales du Mouvement « Vie Féminine ».

L'association peut aussi prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

- **CAP Mobilité Namur (CAPN) ASBL – Unternehmensnummer 432 622 275**

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Art. 3 – L'association a pour but la mise en œuvre de projets facilitant le déplacement des personnes à mobilité réduite et/ou malades et la sensibilisation de l'opinion à ce type de problème. L'association peut accomplir toute opération civile, mobilière ou immobilière et accorder son aide ou sa collaboration et participation, par tout moyen, à des entreprises ou organismes poursuivant les mêmes buts ou dont l'activité contribuerait ou pourrait contribuer à la réalisation de ceux-ci.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant indirectement ou directement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

L'association pourra recevoir tous les dons et subsides, toutes les libéralités entre vifs ou tous les legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques, des personnes morales ou des organismes quelconques sous réserve d'approbation par le conseil d'administration.

- **Centre de gestion des risques et d'accompagnement technique des Mutuelles de santé ASBL, République Démocratique du Congo.**

Der in Artikel 1 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

- l'appui technique et le renforcement de capacités des mutuelles de santé ;
- la mise en réseau de ces mutuelles de santé ;
- servir de centre de documentation sur la micro assurance mutualiste et de capitalisation des initiatives existantes en République Démocratique du Congo ;
- collaborer comme agence de financement pour appuyer les prestations des soins, les régulateurs et les autres partenaires impliqués dans les activités sanitaires;
- faciliter la collaboration entre les prestataires des soins et les mutuelles de santé.

- **Solidarité Mondiale ASBL, Unternehmensnummer 413 986 102**

Der in Artikel 3 der Satzung dieser Vereinigung festgelegte Zweck lautet:

Solidarité Mondiale a pour objet la promotion de la solidarité et de la coopération internationales en réponse à l'exclusion sociale et à la pauvreté dans le monde. Pour cette raison toutes ses actions sont axées sur l'amélioration des conditions de travail et de vie, sur la lutte intégrale contre la pauvreté et sur la défense de la protection sociale et des droits du travail. Comme levier à cet effet Solidarité Mondiale utilise le droit fondamental de s'organiser et elle appuie des réseaux sociaux et des organisations partenaires dans le Nord et dans le Sud.

La sensibilisation et l'action (inter)nationale d'une part et la solidarité internationale d'autre part sont à la base de la stratégie de Solidarité Mondiale au Nord comme au Sud.

Ainsi, Solidarité Mondiale forme un réseau international qui de par le monde contribue au respect de la justice sociale. Le mouvement ouvrier chrétien belge concrétise la coopération au développement, à travers ce réseau de solidarité mondiale.

L'association peut utiliser tous les moyens qui contribuent, directement ou indirectement, à la réalisation de l'objet. En exécution de ce qui est stipulé ci-dessus, l'association peut, notamment, acquérir, louer ou donner

en location toutes propriétés ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, contracter des emprunts et octroyer des appuis financiers, demander des subsides et exécuter des projets subventionnés, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son objet. Dans le cadre de la réalisation de son objet, l'association peut même poser des actes commerciaux.

9. Durch die Fonds d'Entraide Solimut ASBL

Entfällt

Artikel 71. Finanzierung kollektiver Maßnahmen (Code 38)

Zweck

Finanzierung von kollektiven Maßnahmen gemäß Artikel 1, 5° des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung von Artikel 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Die gewährte Finanzierung darf in keinem Fall dazu verwendet werden, einen besonderen individuellen Vorteil für die Leistungsberechtigten im Vergleich zu den anderen Personen zu finanzieren, die sich an die Einrichtung wenden können, deren kollektive Maßnahmen finanziert werden.

Vorgehensweise

Um dieses Ziel zu erreichen, gewährt die Krankenkasse der Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht VIE FEMININE mit der Unternehmensnummer ZUD 041.905.856 eine finanzielle Unterstützung, um eine paritätische Gesellschaft aufzubauen, in der Männer und Frauen ein soziales Projekt auf der Grundlage von Solidarität und Demokratie verwirklichen, und zwar durch eine permanente Bildungsarbeit in der Wallonie und in Brüssel, durch die Ausarbeitung von Studien- und Aktionsprogrammen zur Verringerung der Ungleichheiten, von denen Frauen und Familien aus dem Arbeitermilieu betroffen sind, und auch durch die Vertretung der Interessen der Frauen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene.

Die jährliche Höhe der finanziellen Unterstützung für diese Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht ist in Anhang 5 der Satzung festgelegt.

Artikel 72. Sozialpädagogische Dienstleistungen (Code 37)

Zweck

Der sozialpädagogische Dienst koordiniert die sozialpädagogischen Bewegungen der Krankenkasse. Er sorgt für die Weitergabe von Informationen über die Aktivitäten dieser Bewegungen an die Leistungsberechtigten, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsprävention, persönliche Betreuung, sozialer Zusammenhalt und Stärkung der Eigenständigkeit.

Seine Aufgabe ist es, die sozialpädagogische Politik der Krankenkasse durch diese Koordination und durch Vorschläge, Studien oder gemeinsame Projekte der Bewegungen der Krankenkasse zu unterstützen.

Dieser Dienst gewährt keine Leistungen, die einen individuellen Anspruch auf eine Kostenerstattung für ein ungewisses zukünftiges Ereignis begründen würden.

Der Beitragssatz für diese Dienstleistung ist im Anhang 2 zu dieser Satzung in der ETAC-Beitragsübersicht festgelegt.

Artikel 73. Medizinisch-soziale Dienstleistungen (Code 37)

Zweck

Der medizinisch-soziale Dienst hat die Aufgabe, die medizinisch-soziale Politik der Krankenkasse zu unterstützen. Zu diesem Zweck erstellt sie Studien, Vorschläge und Projekte zur Unterstützung der medizinisch-sozialen Aktivitäten der Krankenkasse und der medizinisch-sozialen Initiativen der Christlichen Krankenkasse. Sie sorgt für den Austausch und die Koordination in medizinisch-sozialen Fragen zwischen den medizinisch-sozialen Akteuren der Krankenkasse. Sie sorgt auch für die Verbreitung von Informationen über die verschiedenen medizinisch-sozialen Initiativen der Krankenkasse bei ihren Mitgliedern.

Dieser Dienst gewährt keine Leistungen, die einen individuellen Anspruch auf eine Kostenerstattung für ein ungewisses zukünftiges Ereignis begründen würden.

Der Beitragssatz für diese Dienstleistung ist im Anhang 2 zu dieser Satzung in der ETAC-Beitragsübersicht festgelegt.

Artikel 74. Ambulante Versorgung für Kinder (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Die allgemeine medizinische Akte (AMA) enthält alle medizinischen Daten (Operationen, chronische Krankheiten, laufende Behandlungen usw.) eines jeden Patienten. Sie ermöglicht den Ärzten eine bessere individuelle Betreuung und erlaubt eine bessere Abstimmung zwischen den Ärzten. Die entsprechende Leistungsnummer lautet 102771.

Beschreibung der Leistung

Diese Leistung bietet eine finanzielle Unterstützung für die ambulante medizinische und paramedizinische Versorgung von Kindern unter 18 Jahren.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Um die Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können, muss die medizinische und paramedizinische Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden (Erstattung von gesetzlichen Eigenanteilen).

Diese Kostenerstattung wird Leistungsberechtigten gewährt, die über eine allgemeine medizinische Akte bei einem Arzt für die Behandlung ab der Geburt bis zum Tag vor ihrem achtzehnten Geburtstag verfügen. Die Voraussetzung, eine AMA zu besitzen, ist jedoch optional für Kinder zwischen der Geburt und dem Tag vor dem ersten Geburtstag.

Ausnahmen:

Die Übernahme der gesetzlichen Eigenanteile für regelmäßige kieferorthopädische Behandlungen kann bis zum 22. Geburtstag des Patienten verlängert werden:

- bei besonderen Krankheitsbildern,
- bei Zuständen, die eine kieferorthopädische Behandlung innerhalb der im Leistungsverzeichnis festgelegten Fristen aufgrund einer schweren psychischen Störung der leistungsberechtigten Person oder der intensiven Überwachung und Behandlung eines schweren Krankheitsbildes im Bereich der allgemeinen Gesundheit, wie z. B. einer schweren onkologischen Erkrankung oder eines schweren Traumas, verhindern, oder
- bei angeborener Agenesie von mindestens 3 bleibenden Zähnen, ausgenommen Weisheitszähne,
- bei dentoalveolar-maxillären Dismorphien, wenn die maxillo-mandibulären sagittalen ODER vertikalen Skelettverhältnisse um mehr als 2 Standardabweichungen vom Mittelwert abweichen,
- bei maxillär impaktierten Eckzähnen mit einem Komplexitätsindex (S. Pitt et al.) von mindestens 3.

Die Liste der besonderen Krankheitsbilder ist in Artikel 82 dieser Satzung enthalten, der die zusätzliche Absicherung Denta-Solidar betrifft.

Ausschlüsse:

Die folgenden Kosten gehören nicht zu den in diesem Artikel vorgesehenen Leistungen:

- übertarifliche Honorare;
- die Festbeträge für die Zahnsperre im Rahmen der Kieferorthopädie (kieferorthopädische Leistungen 305631 und 305675), die Gegenstand einer zusätzlichen pauschalen Vergütung im Rahmen der Denta-Solidar sind;
- Arzneimittel und pharmazeutische Produkte;
- Hilfsmittel der Bandagistik und der Orthopädiertechnik;
- Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden (Ernährungsberatung, Osteopathie, sanfte Heilverfahren, ...);
- Rechnungen für stationäre Behandlungen, Maxipauschalen, Tagesklinik (die Gegenstand einer Kostenübernahme durch die Hospi-Solidar sind);
- gesetzliche Eigenanteile für klinische Biologie, Radiologie und bildgebende medizinische Verfahren;
- Leistungen, die anderweitig erstattet werden:
 - durch die gesetzliche Krankenversicherung;
 - im Rahmen der Verordnungen (EG) 883/2004 und 987/2009, den Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 oder im Rahmen multilateraler oder bilateraler Sozialversicherungsabkommen mit Belgien;
 - im Rahmen der Regelung der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER).

Höhe der Kostenerstattung

Das operative Geschäft umfasst die Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile für die folgenden von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckten Leistungen, die ambulant erbracht werden, solange die MAGER-Schwelle nicht erreicht wird:

- Krankenpflege,
- kinesiotherapeutische Betreuung,
- Beratungen, Besuche und technische Leistungen bei Hausärzten,
- Beratungen, Besuche und technische Leistungen bei Fachärzten,
- kieferorthopädische Versorgung,
- logopädische Beratungen, für die der Betrag der Kostenerstattung auf den maximalen Betrag des gesetzlichen Eigenanteils begrenzt ist, der für einen vertraglich gebundenen Leistungserbringer gilt

Belege

Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der (urschriftlichen) Behandlungsbescheinigung.

Geografischer Geltungsbereich: nichtzutreffend

Artikel 75. Kostenzuschuss für Kinder, die an Ferienaktivitäten teilnehmen (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Ferienkurse und Spielanimationen während der Ferien sind Kinderbetreuungsangebote ohne Übernachtung. Die Aufnahme ist nur tagsüber vorgesehen.
- Ferienaufenthalte und Ferienlager sind Kinderbetreuungsangebote mit Übernachtung. Den Aufhalten gleichgestellt sind Ferienkurse mit mindestens einer Übernachtung.
- Ferienaktivität: spiel- oder freizeitorientierte Aktivität während der belgischen Schulferien

Beschreibung der Leistung

Kostenzuschuss für die Teilnahme an Ferienaktivitäten.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Der Kostenzuschuss wird für Kinder ab 30 Monaten bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag gewährt.

Die Ferienaktivitäten, die für den Kostenzuschuss infrage kommen sind: Ferienkurse mit und ohne Übernachtung, Lager, Spielanimationen, Aufenthalte. Die Aktivitäten müssen spiel- oder freizeitorientiert sein.

Die Aktivitäten müssen während der belgischen Schulferien stattfinden.

Gemäß Artikel 9 dieser Satzung muss der Leistungsberechtigte regelmäßig seine Beiträge zur Zusatzversicherung entrichten. Für die in diesem Artikel beschriebene Leistung, muss der Leistungsberechtigte für den gesamten Zeitraum, in dem die Tätigkeit stattfindet, seine Beiträge bezahlt haben.

Ausschlüsse

Der Kostenzuschuss wird nicht gewährt für

- Aufenthalte und Spielanimationen, die von Ocarina oder Ocarina VoG angeboten werden;
- Aufenthalte und Spielanimationen, die im Rahmen von Förder- und Hausaufgabenschulen angeboten werden.

Höhe des Kostenzuschusses

Der Kostenzuschuss beträgt bis zu 4 Euro pro Tag und bis zu 60 Euro pro Jahr. Der Kostenzuschuss darf die tatsächlichen Auslagen nicht überschreiten.

Belege

Die Auszahlung erfolgt entweder auf der Grundlage eines ausgefüllten CKK-Formulars oder auf der Grundlage einer offiziellen Bescheinigung des Veranstalters der Aktivität. Um als offiziell zu gelten, muss die Bescheinigung die folgenden Informationen enthalten: die Bezeichnung der Aktivität, das Anfangs- und Enddatum der Aktivität, den Namen des Veranstalters, den Namen des Leistungsberechtigten, den vom Leistungsberechtigten gezahlten Betrag, den Stempel und/oder die Unterschrift des Veranstalters.

Als Belege gelten Originale oder Kopien.

Geografischer Geltungsbereich

Der Sitz oder Wohnsitz des Veranstalters der Aktivität muss sich in Belgien oder in einem angrenzenden Land befinden.

Artikel 76. Von Ocarina organisierte Aufenthalte und Spielanimationen (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Im Sinne dieses Artikels bezeichnet der Begriff „Ferienzentrum“:

- Orte der Durchführung der Spielanimationen, bei denen es sich um Kinderbetreuungsangebote ohne Übernachtung handelt;
- Orte der Durchführung der Ferienaufenthalte, bei denen es sich um Kinderbetreuungsangebote mit Übernachtung handelt;
- Ein „behindertes Kind“ oder ein „Kind mit einer Behinderung“ ist definiert als Teilnehmer an Aktivitäten eines Ferienzentrums im Alter zwischen 30 Monaten und 21 Jahren (unter Bezugnahme auf die Altersgrenze für die Gewährung des erhöhten Kindergeldes), der teilweise oder vollständig Hilfe benötigt, um sich zu waschen, anzuziehen, sich fortzubewegen, zur Toilette zu gehen, zu essen, zu kommunizieren oder Gefahren wahrzunehmen.
- Als Kind, das Anspruch auf die EKE hat, gilt ein Kind, das zum Zeitpunkt seiner Einschreibung den im Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 vorgesehenen Sozialversicherungsstatus besitzt.

Beschreibung der Leistung / Terminologie

Kostenzuschuss für Aufenthalte und Spielanimationen, die von Ocarina ASBL oder Ocarina VoG durchgeführt werden.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Für die Aufenthalte gilt der Kostenzuschuss für Kinder von 7 bis 17 und, sofern es sich um Kinder mit einer Behinderung handelt, von 7 bis 21 Jahre.

Für die Spielanimationen gilt der Kostenzuschuss für Kinder von 3 bis 14 Jahre.

Für die Aufenthalte muss der Leistungsberechtigte seine Beiträge zur Zusatzversicherung zum Zeitpunkt der Anmeldung regelmäßig bezahlt haben.

Für die Spielanimationen muss der Leistungsberechtigte seine Beiträge für den gesamten Zeitraum der Aktivität bezahlt haben.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe des Kostenzuschusses

Für die Aufenthalte beträgt der Kostenzuschuss 170 Euro, gültig zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember desselben Jahres, für einen oder mehrere Aufenthalte, die von Ocarina oder Ocarina VoG organisiert werden.

Ungeachtet des obengenannten Kostenzuschusses hat der Leistungsberechtigte immer einen Mindestbetrag von 50 Euro je Kind und Aufenthalt zu zahlen. Sofern die Pauschale nach der ersten Leistungsgewährung nicht vollständig ausgeschöpft ist, kann der Restbetrag der Pauschale unter den gleichen Bedingungen auf weitere Aufenthalte angewandt werden, ohne dass die kumulierten Zuschüsse jemals die in diesem Artikel festgelegte maximale Jahrespauschale überschreiten.

Unter den gleichen Voraussetzungen erhalten Kinder, die zum Zeitpunkt der Anmeldung Anspruch auf die EKE haben, wie sie unter Begriffsbestimmungen/Terminologie beschrieben wird, Anspruch auf einen jährlichen pauschalen Kostenzuschuss von 270 Euro. Ungeachtet des obengenannten Kostenzuschusses hat der Leistungsberechtigte immer einen Mindestbetrag von 30 Euro je Kind und Aufenthalt zu zahlen.

Für die Spielanimationen beträgt der Kostenzuschuss 5 Euro je Tag und Kind. Wenn das Kind Anspruch auf die EKE hat, werden 8 Euro je Tag und Kind gewährt. Auch für Kinder mit einer Behinderung werden 8 Euro je Tag und Kind gezahlt.

Ungeachtet des obengenannten Kostenzuschusses hat der Leistungsberechtigte immer einen Mindestbetrag von 5 Euro je Kind und Woche der Teilnahme an der Spielanimation zu zahlen.

Belege

Die finanzielle Unterstützung wird entweder direkt von Ocarina ASBL oder Ocarina VoG oder von der Krankenkasse auf der Grundlage einer namentlichen Bescheinigung gewährt, die von Ocarina ASBL oder Ocarina VoG ausgestellt wird.

Geografischer Geltungsbereich

Die Aufenthalte und Spielanimationen müssen von Ocarina oder Ocarina VoG organisiert werden, ohne dass sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Artikel 77. Ferienaufenthalte mit Altéo (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Angepasste Aufenthalte: Urlaube, die speziell für Menschen mit Behinderung und Einschränkungen konzipiert sind und alle Garantien in Bezug auf Qualität, Sicherheit und Unterstützung bieten, die für ihre erfolgreiche Durchführung notwendig sind.

Beschreibung der Leistung

Kostenzuschuss für angepasste Aufenthalte, die durch Altéo organisiert werden.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Der Leistungsberechtigte muss zum Zeitpunkt der Zahlung regelmäßig seine Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe des Kostenzuschusses

Für jede Teilnahme eines Leistungsberechtigten an einem von Altéo organisierten Aufenthalt wird eine Preisermäßigung gewährt. Diese Ermäßigung liegt bei:

- 185 Euro Ermäßigung für Aufenthalte in Belgien und im Ausland
- 285 Euro Ermäßigung für Aufenthalte in Genesungshäusern.

Belege

Die Ermäßigung wird direkt von Altéo bei der Anmeldung gewährt.

Geografischer Geltungsbereich

Die Aufenthalte müssen von Altéo organisiert werden, ohne dass sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Artikel 78. Aufenthalte mit Enéo (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

EKE: Anspruch auf die erhöhte Kostenerstattung (EKE) hat der Leistungsberechtigte, der zum Zeitpunkt seiner Einschreibung den im Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 vorgesehenen Sozialversicherungsstatus besitzt.

Beschreibung der Leistung

Kostenzuschuss für Aufenthalte, die durch Enéo organisiert werden.

Voraussetzungen für die Gewährung

Dieser Kostenzuschuss in Form einer Ermäßigung gilt für Leistungsberechtigte, die an einem durch Enéo organisierten Aufenthalt teilnehmen.

Der Leistungsberechtigte muss zum Zeitpunkt der Zahlung regelmäßig seine Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe des Kostenzuschusses

Jeder Leistungsberechtigte kann eine Preisermäßigung in Anspruch nehmen:

- 50 Euro pro Aufenthalt (Belgien oder Ausland) oder
- 100 Euro pro Aufenthalt (Belgien oder Ausland) für Teilnehmer mit Anspruch auf EKE.

Die Leistung ist auf maximal 2 Aufenthalte pro Kalenderjahr begrenzt.

Belege

Die Ermäßigung wird direkt von Enéo bei der Anmeldung gewährt.

Geografischer Geltungsbereich

Die Aufenthalte müssen von Enéo organisiert werden, ohne dass sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Artikel 79. Logopädie (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Der Zweck dieser Leistung besteht darin, einen Teil der Kosten für logopädische Behandlungen zu übernehmen. Es bestehen zwei Arten der Erstattung:

- Erstattung eines Teils der Kosten einer logopädischen Behandlung, die nicht oder nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird;
- Erstattung eines Teils der Kosten für den IQ-Test, den der Patient durchführen muss, um logopädische Leistungen bei Dysphasie (Kategorie F) und Sprachstörungen (Kategorie B2) von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten.

Voraussetzungen für die Gewährung:

- Logopädische Behandlung:

Vorbemerkung: Um die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für logopädische Behandlungen zu erhalten, muss der Leistungsberechtigte eine Akte einreichen, die den vom LIKIV definierten spezifischen Anforderungen entspricht, und eine Genehmigung für die gesamte vom Logopäden vorgeschlagene Behandlung erhalten. Grundlage für die Entscheidung ist eine ausführliche logopädische Abklärung sowie eine ärztliche Verordnung eines Fach- oder Hausarztes für den Erstantrag oder die Verlängerungsanträge.

Um die in diesem Artikel beschriebene Kostenerstattung für eine logopädische Behandlung im Rahmen der Zusatzversicherung zu erhalten, müssen die folgenden Bedingungen (allesamt) erfüllt sein:

- Die Akte, die eingereicht wird, um die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für logopädische Behandlungen in Anspruch zu nehmen, muss vollständig sein und von der gesetzlichen Krankenversicherung inhaltlich abgelehnt worden sein;

- die Behandlung muss dann vorab von der Zusatzversicherung der Krankenkasse genehmigt werden;
 - die Behandlung muss von einem Logopäden mit einer aktiven LIKIV-Zulassungsnummer durchgeführt werden.
- IQ-Test:
- Um die Leistung in Anspruch nehmen zu können, müssen die folgenden Bedingungen (allesamt) erfüllt sein:
- Der IQ-Test muss im Rahmen einer logopädischen Behandlung einer Sprachstörung (Kategorie B2) oder einer Dysphasia (Kategorie F) beantragt worden sein;
 - die o.g. Behandlungsakte muss zuvor von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von der Zusatzversicherung der Krankenkasse genehmigt worden sein;
 - der IQ-Test muss von einem Psychologen (Graduat/Bachelor oder Lizentiat/Master in Psychologie) durchgeführt worden sein;
 - der IQ-Test darf nicht kostenlos durchgeführt oder nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet worden sein.

Ausschlüsse

- Logopädische Behandlung:
- Keine Kostenerstattung wird gewährt
- a) für Logopädie bei sekundären Störungen aufgrund von Demenz, wie in der ICD - 10 (International Classification of Diseases) beschrieben
- b) für Sprachtherapie in Fällen, in denen der Leistungsberechtigte
- in einer Einrichtung behandelt und/oder untergebracht wird, die von den Gemeinschaften/Regionen anerkannt und bezuschusst wird und in der die Leistung „Logopäde“ in den Zulassungsstandards enthalten ist;
 - in einer unter einem der Indizes G, T, A, Sp oder K zugelassenen Einrichtung stationär behandelt wird;
 - sich in einem psychiatrischen Pflegeheim, einem Altenheim oder einem Alten- und Pflegeheim aufhält;
 - eine Rehabilitation in einer Einrichtung erhält, die ein Abkommen mit dem LIKIV abgeschlossen hat, in dem u.a. die Behandlung durch einen Logopäden vorgesehen ist.

Höhe der Kostenerstattung

- Logopädische Behandlung:
- Die Erstattung beträgt 10 Euro je Abklärung (Bilanz) oder Behandlungssitzung (Sitzung von 30') für maximal 75 Sitzungen (inklusive Abklärung), d.h. 750 Euro.
- Die Kostenerstattung darf einmal je Krankheitsbild unter den gleichen Bedingungen erneuert werden.
- IQ-Test:
- Die Erstattung beträgt 20 Euro für die Durchführung des IQ-Tests. Diese Leistung wird jedem Leistungsberechtigten nur ein einziges Mal gewährt

Belege

- Logopädische Behandlung:
- Die Erstattung erfolgt auf Vorlage von ordnungsgemäß ausgefüllten (Daten, Honorare, Identität des Leistungsempfängers) und vom Logopäden unterschriebenen Behandlungsbescheinigungen oder Antragsformularen. Der Logopäde muss eine aktive LIKIV-Zulassungsnummer besitzen.
- IQ-Test:
- Die Erstattung erfolgt auf Vorlage des ordnungsgemäß ausgefüllten (Datum und Honorare) und vom Psychologen unterschriebenen Kostenerstattungsantrags oder auf Vorlage eines ordnungsgemäß vom Psychologen ausgestellten Belegs.
- Die Kostenerstattung erfolgt auf Vorlage eines der obengenannten Dokumente, im Original oder in Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land stattfinden.

Artikel 80. Psychomotorik (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für die Beratung durch einen Psychomotoriker.

Voraussetzungen für die Gewährung:

- Die Sitzungen müssen von einem Allgemeinmediziner, einem Kinderarzt, einem Neuropädiater oder einem Kinderpsychiater verordnet oder von einem Psychologen eines PMS-, Psychiatrie- oder Familienplanungszentrums beantragt werden.
- Die Sitzungen müssen von einem qualifizierten Psychomotoriker durchgeführt werden, der von der Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones (Belgischer Berufsverband der französischsprachigen Psychomotoriker) anerkannt ist.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

Erstattet werden 10 Euro je psychomotorische Sitzung oder Abklärung bis zu maximal 75 Sitzungen je Kalenderjahr.

Belege

Die Kostenerstattung wird auf Vorlage der ärztlichen Verordnung und entweder der Rechnungen des Psychomotorikers oder des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsformulars für die Kostenerstattung gewährt, auf dem die Daten der Sitzungen, der Name des Leistungserbringers, der Name des Patienten, der vom Patienten gezahlte Betrag, der Stempel oder die Unterschrift des Leistungserbringers stehen müssen.

Die Kostenerstattung erfolgt auf Vorlage eines der obengenannten Dokumente, im Original oder in Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land stattfinden.

Artikel 81. Subventionierung der Betreuung kranker Kinder zu Hause (Code 38)

Die Krankenkasse bezuschusst Sozial- und Gesundheitsstrukturen, die Hilfe bei der Betreuung kranker minderjähriger Kinder zu Hause organisieren. Wenn sie nicht in die Kindertagesstätte, zur Tagesmutter oder in die Schule gehen können.

Ein krankes Kind ist ein Kind, das nicht in der Lage ist, die Vorschule oder die Schule zu besuchen, was durch ein ärztliches Attest nachzuweisen ist.

Die Krankenkasse stellt insbesondere sicher, dass der Betreuungsdienst mit allen Qualitätsgarantien durch geschultes und qualifiziertes Personal und unter Einhaltung einer von ihr erstellten Qualitätsscharta erbracht wird.

Die Krankenkasse gewährt Zuschüsse an die unten aufgeführten Rechtspersonen. Die jährliche Höhe des Zuschusses wird jedes Jahr von der Generalversammlung festgelegt.

Die einem Betreuungsdienst gewährte Zuwendung darf nicht zur Finanzierung eines besonderen individuellen Vorteils für die Leistungsberechtigten gegenüber anderen Personen, die sich an die geförderte Einrichtung wenden können, verwendet werden.

Die Subvention unterstützt den Zweck dieser Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht, der darin besteht:

- die Entwicklung des Kindes durch die Achtung seiner Bedürfnisse zu fördern,
- die Entfaltung von Familien durch Unterstützung der Elternschaft, der Chancengleichheit im Beruf, der Achtung der Familienstruktur und -organisation, des Zugangs zu Freizeitaktivitäten usw.

Durch die von diesen Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht angebotenen Dienstleistungen werden Kinder ohne Diskriminierung aufgrund von Rasse, Geschlecht, kultureller Herkunft, familiärer, sozialer oder finanzieller Situation betreut.

Die maximalen jährlichen Zuschüsse sind:

- L'ourson enrhumé (ASBL Les Arsouilles) – rue E. Dinot 21 bte 5 – 5590 Ciney BCE 0418.415.042.

L'association a pour but l'éducation des enfants de 0 à 12 ans, et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Adomisil (ASBL La Babillarde) – rue de Brantignies 20 – 7800 Ath BCE 0421.346.719

L'association a pour but l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide et Soins à Domicile Hainaut Picardie. Chaussée de Renaix, 196 – 7500 Tournai BCE 0465.068.57.

L'Association a pour but :

- de mettre à la disposition de la population habitant le Hainaut Picardie des services de soins infirmiers

et palliatifs à domicile, et de médecine sociale- de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinion politique, philosophique ou religieuse, des professionnels qualifiés dans le domaine d'aide à domicile, notamment des aides familiales, des aides seniors, des gardes à domicile, des aides ménagères et des gardes d'enfants malades, à disposition des famille, des personnes âgées ou des personnes gravement malades et/ou handicapées ou des familles avec petits enfants, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales et de tout acte de la vie quotidienne ;

- de coordonner des soins et services à domicile dispensées aux personnes privées d'autonomie et de favoriser et systématiser, éventuellement en collaboration avec d'autres centres de coordination de soins et des services à domicile, la réponse aux différents besoins ;
- de développer des conventions de collaboration avec différents services et prestataires pour réaliser ses missions ;
- de mener une action d'information, de renforcement de l'autonomie, de prévention et d'éducation à la santé par la sensibilisation et la prise de conscience des besoins de santé personnels et collectifs ;
- de recréer des solidarités locales pour promouvoir l'entraide sociale

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental – Rue du Douaire 40/1 – 6150 Anderlues BCE 0465.077.485

L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des professionnels qualifiés dans le domaines de l'aide à domicile (notamment des aides familiales ou des aides seniors) à la disposition de toute famille, de personnes âgées, de personnes gravement handicapées ou de familles avec jeunes enfants, qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. En outre, afin de favoriser et de systématiser, notamment dans le cadre des centres de coordination de soins et services à domicile, elle peut organiser ou collaborer avec tous les services qui présentent un rapport direct ou indirect avec son objet.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide et Soins à Domicile Brabant Wallon – Avenue Robert Schuman, 72- 1401 Baulers, BCE 0460.481.863

L'association a pour but social d'intervenir à domicile afin de favoriser le retour et le maintien à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté en concertation avec l'environnement familial et de proximité et stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide Familiale – Région bruxelloise ASBL – rue Malibran, 53 – 1050 Bruxelles BCE 0415.862952

L'association a pour but la mise en œuvre, la gestion et le développement de toute initiative de santé ou sociale visant à répondre aux besoins socio-sanitaires de la population de Bruxelles sans discrimination aucune.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide et Soins à Domicile en province de Namur – Avenue de la Dame, 93 5100 Namur BCE 0410.333.160

L'association couvre trois domaines d'activité, à savoir, l'aide à la vie journalière, la coordination, les soins infirmiers. (...) Ces activités sont fournies eu égard aux demandes et besoins des personnes, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses. Elles s'inscrivent dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide et Soins à Domicile en province de Luxembourg – Rue de Rédange, 8 – 6700 Arlon BCE 0449.977.357

L'association a pour but de contribuer, notamment dans le cadre du domicile, à l'autonomie et au bien-être physique et moral, des personnes malades, blessées, accidentées, âgées ou rentrées d'hospitalisation, mais aussi de celles qui éprouvent des difficultés passagères ou de longue durée et qui vivent des circonstances sociales ou familiales particulières. (...)

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme – Rue d'Amercoeur, 55 – 4020 Liège BCE 0435.882.762

L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des professionnels qualifiés dans le domaines de l'aide à domicile (notamment des aides familiales ou des aides seniors) à la disposition de toute famille, de personnes âgées, de personnes gravement handicapées ou de familles avec jeunes enfants,

qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. Son activité est animée de valeurs chrétiennes.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Familienhilfe VoG - Aachener Straße 11-13 – 4700 Eupen ZUD: 0430.305.757

Zielsetzung der VoG ist:

- Personen vorübergehend eine qualifizierte Hilfe (Familien- und SeniorenhelferIn – Putzhilfe – Krankenwache) zur Unterstützung in den häuslichen Aufgaben sowie in der täglichen Lebensführung zur Verfügung zu stellen. Dies mit der Zielsetzung den Menschen eine angemessene Lebensqualität für den Verbleib zu Hause zu verschaffen, wobei darauf geachtet wird, dass die Selbständigkeit der Person maximal zu fördern ist.
- Diese Hilfe richtet sich an alle Personen, gleich welcher politischen, ideologischen und philosophischen Weltanschauung.
- Ein Ausbildungszentrum für Familien- und SeniorenhelferInnen zu organisieren.
- Die Vereinigung bietet außerdem Dienstleistungen im Rahmen Dienstleistungsschecksystems (Vertrag sui generis) an.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- Bab'Atchoum (ASBL RAIDS) – Rue Laoureux 28 – 4800 Verviers BCE 0451.253.106

L'association a pour but, en dehors de tout esprit de lucre :

- D'assurer la promotion, la création, la gestion et le développement d'actions et de services d'aide dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse.
- D'assurer l'information et l'accompagnement pédagogique et psychologique des familles à but préventif dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse.
- De coordonner l'action et d'assurer la formation permanente et professionnelle des personnes qui assurent des responsabilités dans les domaines susmentionnés
- De mener une réflexion sur les enjeux actuels et futurs en particulier de la politique de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et des politiques d'insertion.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

- ASBL PSD – Chaussée de Louvain 292- 4400 BOUGE BCE 0445.266.919

L'association a pour objet premier, à l'exclusion de tout but lucratif :

1° la création, l'organisation et l'exploitation d'une permanence téléphonique destinée notamment à répondre aux besoins suivants :

- le service de garde assurant la continuité des soins selon le prescrit du décret de la Communauté française organisant l'agrément et le subventionnement des Centres de coordination de soins et services à domicile ;
- le télé secrétariat pour l'ensemble des Associations Croix Jaune et Blanche, des Associations Aide Familiale et des Associations Aide et Soins à Domicile (A.S.D.) affiliées à la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile ;

2° la création, l'organisation et l'exploitation d'un service de biotélévigilance au bénéfice des personnes isolées et/ou à fort degré de dépendance.

§ 2. L'association peut de plus organiser, développer et soutenir toute autre initiative au bénéfice des Centres de coordination, des Associations A.S.D. ainsi qu'à tout service d'aide et de soins à domicile, aux conditions prévues au paragraphe 4.

§ 3. L'association offre ses services à tout organisme à but social et/ou d'utilité publique sollicitant une activité de centrale téléphonique aux conditions prévues au § 4.

§ 4. L'association offre ses services à tout centre de coordination de soins et services à domicile, à tout service d'aide et de soins à domicile et à tout organisme à but social et/ou d'utilité publique, sous réserve, pour chaque cas, d'une décision du Conseil d'Administration à la majorité des trois quarts de voix.

Die jährliche Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Anhang 5 der Satzung.

Artikel 82. Betreuung kranker Kinder zu Hause (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Ein krankes Kind ist ein Kind, das nicht in der Lage ist, die Vorschule oder die Schule zu besuchen.
- Ein Partnerdienst (oder Erstbetreuungsdienst) ist einer der hiernach aufgeführten Dienste:

- L'ourson enrhumé (ASBL Les Arsouilles) – rue E. Dinot 21 bte 5 – 5590 Ciney BCE 0418.415.04.
- Bab'Atchoum (ASBL RAIDS) – Rue Laoureux 28 – 4800 Verviers BCE 0451.253.106
- Adomisil (ASBL La Babillarde) – rue de Brantignies 20 – 7800 Ath BCE 0421.346.719.
- Aide et Soins à Domicile Hainaut Picardie, Chaussée de Renaix, 196 à 7500 Tournai BCE 0465.068.577.
- Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental, Rue du Douaire 40/1 à 6150 Anderlues BCE 0465.077.48557
- Aide et Soins à Domicile Brabant Wallon, Avenue Robert Schuman, 72 à 1401 Baulers BCE 0460.481.863
- Aide Familiale – Région bruxelloise ASBL, rue Malibran, 53 à 1050 Bruxelles BCE 0415.862952
- Aide et Soins à Domicile en province de Namur, Avenue de la Dame, 93 5100 Namur BCE 0410.333.160
- Aide et Soins à Domicile en province de Luxembourg, Rue de Rédange, 8 à 6700 Arlon BCE 0449.977.357
- Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, Rue d'Amercoeur, 55 à 4020 Liège BCE 0435.882.762
- Familienhilfe VoG – Aachener Straße 11-13 in 4700 Eupen ZUD: 0430.305.757

Unter Zweitbetreuungsdienst verstehen wir jede andere Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, die sich um kranke Kinder zu Hause kümmert.

Chronische Krankheiten sind die im Anhang 7 dieser Satzung aufgeführten Erkrankungen.

Beschreibung der Leistung

Gewährung einer Kostenerstattung für die Betreuung kranker Kinder zu Hause.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Um die Leistung in Anspruch nehmen zu können, muss das Kind am Tag der Betreuung zwischen 0 und 12 Jahren alt sein (bis zum Tag vor dem 13. Geburtstag). Außerdem muss die Erkrankung des Kindes von einem Arzt bescheinigt werden.

Die Krankenkasse gewährt auch eine Kostenerstattung bei chronischen Erkrankungen bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag ein. Die Entscheidung, ob eine Deckung gewährt wird oder nicht, liegt allein beim Partnerdienst bzw. dem Zweitbetreuungsdienst. Die Krankenkasse greift niemals in die Erteilung oder Verweigerung dieser Genehmigung ein.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

Für Leistungen der Partnerdienste wird der volle Betrag mit einem Maximum von 10 Tagen pro Kind und Kalenderjahr erstattet.

Die Krankenkasse erstattet dem Mitglied, das für das von ihm betreute Kind einen Zweitbetreuungsdienst in Anspruch nimmt, ebenfalls einen Betrag von maximal 70 Euro pro Tag, jedoch höchstens 10 Tage pro Kind und Kalenderjahr.

Die beiden Kostenerstattungen dürfen kombiniert werden.

Belege

Bei Leistungen der Partnerdienste erfolgt die Kostenerstattung direkt durch den Leistungserbringer auf der Grundlage eines urschriftlichen ärztlichen Attests oder einer per E-Mail übermittelten Kopie.

Bei Leistungen der Zweitbetreuungsdienste erfolgt die Erstattung auf der Grundlage des Originals oder der Kopie der Rechnung und des ärztlichen Attests.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen von den Partnerdiensten erbracht werden, ohne dass sie zwingend auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Für die Zweitbetreuungsdienste muss sich der Hauptsitz in Belgien befinden.

Artikel 83. Denta Solidar - Kieferorthopädie (code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Klassische Kieferorthopädie: die Behandlung umfasst das Einsetzen einer Zahnspange, Kontrollbesuche (+/- einmal im Monat), eine Retentionsphase am Ende der Behandlung, um sicherzustellen, dass das erzielte Ergebnis erhalten bleibt, sowie eine längerfristige Nachsorge. Sie wird teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet, sofern der Antrag auf Durchführung der Behandlung vor dem 15. Geburtstag des Kindes beim Vertrauensarzt der Krankenkasse mit einem vom Zahnarzt oder Kieferorthopäden ausgefüllten Formular gestellt wurde. Die Kostenerstattung endet mit dem Datum des 22. Geburtstages.
- Vorzeitige Kieferorthopädie (Erstbehandlung): diese Kurzzeitbehandlung, auch „Erstbehandlung“ genannt, muss vor dem 9. Geburtstag des Kindes durchgeführt werden. Diese kieferorthopädische Behandlung

ermöglicht ein früheres und effektiveres Eingreifen bei Zahnanomalien und reduziert umfangreiche kieferorthopädische Behandlungen in einem späteren Alter.

- Besondere Krankheitsbilder: kraniofaziale Wachstumsstörungen mit direkter Auswirkung auf die Position und Beziehung der Zähne, die unten aufgeführt sind:
 - Kraniofaziale Dysplasie (Verformung der Schädelknochen im Gesichtsbereich) mit Ober- oder Unterkieferpalte; mit vollständigem oder teilweisem Fehlen des Knochens (Dysostose) in der Mittellinie oder seitlich; mit abnormer Knochenfusion (Synostose); mit vollständigem oder teilweisem Fehlen des Knochens + abnormer Knochenfusion (Crouzon, Apert, Triphylozephalie);
 - Kraniofaziale Dysplasie mit Synchondrose (mit Entwicklungsstörung des Oberkiefers); eine krankhafte Störung der Knorpelentwicklung durch fehlerhaftes Bogenwachstum der Röhrenknochen (Achondroplasie).
 - Kraniofaziale Dysplasie anderen Ursprungs: Knochendysplasie (Osteopetrose, kranio-tubuläre Dysplasie, fibröse Dysplasie) ; Hautdysplasie (ektodermale Dysplasie, neuroektodermale Dysplasie, Neurofibromatose), neuromuskuläre Dysplasie (Pierre-Robin-Syndrom, Möbius-Syndrom), muskuläre Dysplasie (Zungenspalte, Aglossie, einseitige Agenesie der Gesichtsmuskeln (kardio-faziales Syndrom - Cayler), vaskuläre Dysplasie (Hämangiom, Lymphangiom, Hämolympangiom)
 - Angeborene Agenesie von mindestens drei bleibenden Zähnen, ausgenommen Weisheitszähne.

Beschreibung der Leistung

Die Leistung bezieht sich auf die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind. Im Einzelnen besteht die Leistung aus:

- der Gewährung einer Kostenerstattung bei Abrechnung des Festbetrags für die Zahnspange im Rahmen einer klassischen kieferorthopädischen Behandlung und bei Abrechnung der Festbeträge im Rahmen der vorzeitigen Kieferorthopädie auf der einen Seite

UND

- der Gewährung einer Kostenerstattung bei besonderen Krankheitsbildern auf der anderen Seite.

Die beiden Kostenerstattungen dürfen kombiniert werden.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Um diese Leistung in Anspruch zu nehmen, muss

- die Behandlung zu den Leistungen gehören, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden;
- der Leistungserbringer die im Abschnitt „Höhe der Kostenerstattung“ hiernach genannten Leistungsnummern abrechnen.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

- Ein Festbetrag von 187,50 Euro wird dem Leistungsberechtigten gewährt, wenn die gesetzliche Krankenversicherung den „Festbetrag für die Zahnspange“ erstattet, das heißt bei der Abrechnung der Leistungsnummern:
 - 305631 – 305642: Festbetrag für die Zahnspange und je Behandlung zu Beginn der Behandlung;
 - 305675 – 305686: Festbetrag für Zahnspange und je Behandlung nach den sechs ersten Festbeträgen für eine regelmäßige Behandlung, frühestens im Laufe des sechsten Kalendermonats der Behandlung.
- Ein Festbetrag von 50 Euro wird dem Leistungsberechtigten gewährt, wenn die gesetzliche Krankenversicherung den „Festbetrag für die vorzeitige Kieferorthopädie“ erstattet, das heißt bei der Abrechnung der Leistungsnummern:
 - 305933 – 305944: Festbetrag für die vorzeitige Kieferorthopädie zu Beginn der Behandlung;
 - 305955 – 305966: Festbetrag für die vorzeitige Kieferorthopädie zum Ende der Behandlung, frühestens jedoch, wenn die Behandlung bereits mindestens sechs Monate läuft.
- Patienten mit
 - oben aufgeführten besonderen Krankheitsbildern oder,
 - dentoalveolär-maxilläre Dymorphosen, wenn die sagittalen oder vertikalen maxillomandibulären Verhältnisse um mehr als 2 Standardabweichungen vom Mittelwert abweichen oder,
 - impaktierten Eckzähnen im Oberkiefer mit einem Komplexitätsindex (S.Pitt et al.) von mindestens 3 erhalten einen zusätzlichen Festbetrag von 375 Euro, wenn die gesetzliche Krankenversicherung dem Leistungsberechtigten den 37. „Festbetrag für regelmäßige Kieferorthopädie“ erstattet, d.h. bei der Abrechnung der Leistungsnummern:
 - 305616 - 305620: Festbetrag für eine regelmäßige Behandlung, höchstens zwei je Kalendermonat und sechs über einen Zeitraum von sechs Kalendermonaten;
 - 305653 - 305664: Festbetrag für eine regelmäßige Behandlung vor einer Unterbrechung von mehr als sechs Monaten;

- 305734 - 305745: Festbetrag für eine Behandlungssitzung im Rahmen einer regelmäßigen kieferorthopädischen Behandlung während einer Verlängerung der Behandlung.

Belege

Die Kostenerstattung erfolgt auf Vorlage der urschriftlichen Behandlungsbescheinigungen.

Bei einer Behandlung in einem angrenzenden Land kann die Leistung auf Vorlage der Kopie des Behandlungsscheins oder der Kopie der Abrechnung mit der zuständigen Kasse des betreffenden Landes gewährt werden. Zudem wird die Kostenerstattung für eine Behandlung in einem angrenzenden Land gewährt, wenn die abgerechneten Leistungen den im Abschnitt „Höhe der Kostenerstattung“ genannten Leistungsnummern entsprechen.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land erbracht werden.

Artikel 84. Denta Solidar - Zahnersatz (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Zahnprothese: Vorrichtung zum Ersatz eines oder mehrerer fehlender Zähne und, im Falle einer Rückbildung, des stützenden Gewebes (Knochen und Zahnfleisch), oder einfacher zur Wiederherstellung eines stark beschädigten Zahns. Eine Prothese kann herausnehmbar oder festsitzend sein.
- Herausnehmbare Zahnprothese: herausnehmbare Vorrichtung, die als Träger von künstlichen Zähnen verwendet wird; diese sind aus Porzellan oder Kunstharz gefertigt. Man unterscheidet zwischen einer vollständigen herausnehmbaren Prothese, die alle Zähne eines Zahnbogens ersetzt, mit einer Basis, die in der Regel aus Acrylharz besteht und das Zahnfleisch imitiert, und einer teilweisen herausnehmbaren Prothese, die entweder aus einer Harzbasis oder einem Metallrahmen besteht, der die Ersatzzähne trägt.
- Festsitzende Zahnprothese: Zahnersatz, der im Mund befestigt wird, entweder an einem vorhandenen Zahn, an einem Inlay-Kern oder an einem Zahnimplantat. Er kann einen oder mehrere Zähne ersetzen. Krone, Brücke, Onlay, Veneer sind verschiedene Arten des festsitzenden Zahnersatzes.
- Zahnimplantat: Schraube, die im Zahnfleischknochen befestigt wird, um den natürlichen Halt des verschwundenen Zahns zu ersetzen: die Zahnwurzel.
- Provisorische prothetische Versorgung: festsitzende oder herausnehmbare Prothese, die während des Wartens auf die Herstellung des endgültigen besser angepassten und haltbareren Zahnersatzes eingesetzt wird.

Beschreibung der Leistung

Die Leistung wird für Prothesen- und Implantatkosten gewährt, die von der Gesundheits- und Entschädigungspflichtversicherung (gesetzliche Krankenversicherung) nicht erstattet werden, nämlich

- herausnehmbare Prothesen für Mitglieder unter 50 Jahren;
- festsitzender Zahnersatz (Krone, Brücke usw.);
- Implantate.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Diese Kostenerstattung ist erneuerbar und wird je Leistungsberechtigten einmal alle sieben Kalenderjahre erstattet.

Die prothetische Versorgung muss von einem Zahnarzt durchgeführt werden, der eine LIKIV-Zulassung hat, oder von einem gleichgestellten ausländischen Zahnarzt.

Ausschlüsse

Für Leistungen kosmetischer oder ästhetischer Art sowie für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die den Stomatologen vorbehalten sind, wird keine Kostenerstattung gewährt.

Für die provisorische prothetische Versorgung werden keine Kosten übernommen.

Höhe der Kostenerstattung: Jeder Leistungsberechtigte hat Anspruch auf einen Festbetrag von 175 Euro.

Belege

Die Erstattung erfolgt auf Vorlage von Belegen oder des ordnungsgemäß ausgefüllten Formulars „Antrag auf Kostenerstattung für zahnärztliche Leistungen“, in dem die Art des Zahnersatzes (festsitzend oder herausnehmbar), das Datum der Einpassung, der Name des Leistungserbringers, der Name des Patienten, der vom Patienten gezahlte Betrag und der Stempel oder die Unterschrift des Leistungserbringers angegeben sind.

Die Kostenerstattung erfolgt auf der Grundlage eines der obengenannten Dokumente, im Original oder in Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land erbracht werden.

Artikel 85. Osteopathie (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für Osteopathie.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Die Osteopathen müssen den amtlichen Vordruck zur Bescheinigung osteopathischer Leistungen verwenden.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

Die Erstattung besteht aus einem Festbetrag von 10 Euro je Sitzung und ist auf 70 Euro je Kalenderjahr und Leistungsberechtigten begrenzt.

Belege

Die Kostenerstattung erfolgt auf Vorlage des ordnungsgemäß ausgefüllten amtlichen Vordrucks zur Bescheinigung osteopathischer Leistungen. Der genannte Vordruck muss entweder als Original oder als Kopie eingereicht werden.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land erbracht werden.

Artikel 86. Verhütung (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

o Empfängnisverhütungsmethoden:

- empfängnisverhütende Medikamente,
- Kondome (männlich und weiblich),
- Spermizide.

o Verhütungsmittel: Medikamente wie die Antibabypille, Pflaster, Hormonspritzen und der Vaginalring.

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für Verhütungsmittel, die nach Abzug der möglichen Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung von den Leistungsberechtigten zu tragen sind.

Konkret: Erstattung eines Teils der Kosten

a) im Zusammenhang mit Verhütungsmittel wie oben definiert.

b) im Zusammenhang mit der Verwendung eines Intrauterinpessars oder eines empfängnisverhütenden Implantats.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Die in Buchstabe a) dieses Artikels vorgesehene Kostenerstattung wird nur gewährt, wenn die empfängnisverhütenden Arzneimittel in der Referenzdatenbank für Arzneimittel des belgischen Zentrums für pharmakotherapeutische Informationen (BZPI) oder SAM (Authentic Medicines Source) unter dem Tab „Empfängnisverhütung“ aufgeführt sind.

Die in Punkt b) dieses Artikels vorgesehene Kostenerstattung wird nur gewährt, wenn die Intrauterinpessare oder empfängnisverhütenden Implantate in der Referenzdatenbank für Arzneimittel des belgischen Zentrums für pharmakotherapeutische Information (BZPI) oder AMS (Authentic Medicines Source) unter dem Tab „Empfängnisverhütung“ aufgeführt sind.

Ausschlüsse

Von der Kostenerstattung ausgeschlossen sind

- Verhütungsmethoden wie z. B. Medikamente, die nicht in der BZPI- oder SAM-Liste unter dem Tab „Verhütung“ aufgeführt sind, wie z.B. Medikamente zur Überwachung der Menopause und Hormonersatz;
- Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, die für nicht-empfängnisverhütende Zwecke verschrieben werden.

Höhe der Kostenerstattung

Die Krankenkasse erstattet für die unter Punkt a) beschriebene Leistung maximal 50 Euro je Kalenderjahr und Mitglied

UND

bis zu 150 Euro je Mitglied über einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren für die unter Punkt b) beschriebene Leistung.

Die in den Punkten a) und b) beschriebenen Leistungen dürfen kombiniert werden, solange alle Bedingungen erfüllt sind.

Belege

Die unter a) beschriebene Kostenerstattung wird gegen Vorlage der BVAC-Bescheinigung oder des Kaufnachweises im Original oder in Kopie durchgeführt gewährt.

Die unter Punkt b) beschriebene Kostenerstattung wird gegen Vorlage des vom Leistungserbringer ausgefüllten CKK-Formulars oder einer Rechnungskopie gewährt.

Geografischer Geltungsbereich

Der Kauf von Verhütungsmitteln oder das Einsetzen der Spirale oder des Verhütungsimplantats muss in Belgien oder in einem angrenzenden Land erfolgen.

Artikel 87. Notrufsystem (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Notrufsystem: ein 24 St./24 und 7 T./7 zur Verfügung stehender Notruf, der es einer älteren, behinderten oder rekonvaleszenten Person ermöglicht, ein Problem über eine mit einer Telefonzentrale verbundene Taste zu melden. Die Person wird dann angerufen und der Rettungsdienst oder die als nahestehende Bezugspersonen benannten Personen werden benachrichtigt.

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für das Monatsabonnement bei dem jeweiligen Anbieter.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Der Leistungsberechtigte muss den Vitatel-Telemonitoring-Service in Anspruch nehmen, der von der Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht PSD „Permanence Soins à Domicile“, Nr. 0445.266.919, mit Sitz in Bouge organisiert wird.

Leistungsberechtigte, die ihren Wohnsitz in einer der neun deutschsprachigen Gemeinden Belgiens haben, dürfen auch das Notrufsystem der Deutschsprachigen Gemeinschaft über die Öffentlichen Sozialhilfezentren der Gemeinden in Anspruch nehmen.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

Der Leistungsberechtigte erhält für sein Abonnement eine Rückerstattung von 4 Euro pro Monat bzw. 2 Euro, wenn der Abrechnungszeitraum weniger als 15 Tage (einen halben Monat) beträgt.

Belege

Die finanzielle Ermäßigung wird entweder direkt über die Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht „Permanence Soins à Domicile“ (Unternehmensnummer 0445.266.919) gewährt oder auf Vorlage einer Rechnung des Leistungserbringers, im Original oder in Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Dienstleistung muss von der Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht „Permanence Soins à Domicile“ oder von der Deutschsprachigen Gemeinschaft über das ÖSHZ erbracht werden, ohne dass sie auf belgischem Gebiet stattfinden muss.

Artikel 88. Dienstleistung zur Unterstützung von Menschen bei Verlust der Autonomie (Code 15)

Die Krankenkasse möchte ihren Leistungsberechtigten, die im Alltag mit dem Verlust Ihrer Autonomie zu kämpfen haben, Unterstützung bieten. Egal ob es sich um die unterstützte Person oder den pflegenden Angehörigen handelt, erfolgt die Unterstützung über die Finanzierung

- der gelegentlichen Nutzung eines Verschnaufangebots;
- der Begleitung einer unterstützten Person, die einen Genesungsaufenthalt in Anspruch nimmt.

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Unterstützte Person: Person, deren Pflegebedürftigkeit anerkannt ist.
- Nahestehende Hilfsperson (der pflegende Angehörige): Person, die der unterstützten Person laufend und regelmäßig Hilfe und Unterstützung bietet. Die nahestehende Hilfsperson (der pflegende Angehörige) ist ein Erwachsener oder ein für volljährig erklärter Minderjähriger. Er oder sie hat ein Vertrauensverhältnis oder eine emotionale oder räumliche Nähe zu der unterstützten Person aufgebaut. Er oder sie bietet kostenlose nichtgewerbliche Unterstützung und Hilfestellung und wird dabei von mindestens einer Pflegefachkraft unterstützt. Er oder sie berücksichtigt das Lebensprojekt der unterstützten Person.
- Nichteingeschränkte Begleitperson: Person, die einen Rekonvaleszenten begleitet, selbst jedoch nicht pflegebedürftig ist.
- Autonomieberater: Ansprechperson innerhalb jedes regionalen Sozialdienstes, deren Aufgabe es ist, spezifische Unterstützung zu Fragen des Autonomieverlusts und der häuslichen Unterstützung zu bieten.
- Häusliche Krankenwache: Person, deren Aufgabe es ist, den Leistungsempfänger zu begleiten, der die ständige Anwesenheit einer Person benötigt und sich aus gesundheitlichen Gründen oder wegen einer Behinderung

nicht allein außerhalb seiner Wohnung bewegen kann. Das Hauptziel ist es, tagsüber oder nachts und in Ergänzung zum Umfeld des Leistungsberechtigten eine aktive Präsenz zu gewährleisten und das geistige, körperliche und soziale Wohlbefinden des Leistungsberechtigten durch Maßnahmen zu optimieren, die im Statut der häuslichen Krankenwache festgelegt sind.

- Tagespflegeeinrichtung: Tagesstätte, die nach bestimmten Standards in eine Gesundheitseinrichtung umgestuft/umgewandelt wurde, die tagsüber schwer pflegebedürftige Menschen (d.h. mindestens Kategorie „B“ auf der Katz-Skala) betreut und die notwendige Unterstützung bietet, damit diese weiterhin in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können.

Tagespflegeeinrichtungen können sich in einem Altenheim/Alten- und Pflegeheim befinden oder mit dieser verbunden sein.

Seit 2012 sind die Tagespflegeeinrichtungen zugänglich für:

- ältere Menschen mit beginnender Demenz, unabhängig vom Grad ihrer körperlichen Pflegebedürftigkeit, auf der Grundlage einer vorherigen diagnostischen Einschätzung durch einen Facharzt für Neurologie, Geriatrie oder Psychiatrie;
 - ältere Menschen, die sich in der Palliativpflege befinden oder an einer schweren Krankheit leiden.
- Kurzeitenaufenthalt zur Verschnaufpause (mit Übernachtung): Vorübergehender Aufenthalt in einer Wohnstruktur, die für Menschen mit Autonomieverlust geeignet ist. Diese Aufenthalte sind für ältere Menschen, Menschen mit einer Behinderung und allgemein für Menschen mit einem vorübergehenden oder dauerhaften Verlust der Eigenständigkeit gedacht, deren Familie und nahestehende Hilfspersonen eine Verschnaufpause benötigen.
 - Tagesbetreuungsstätte: Einrichtung, die bis zu 5 Tage in der Woche eine Person aufnimmt und betreut, die an einer Behinderung oder einem Verlust der Eigenständigkeit leidet und nicht arbeitet. Um den Gesundheitszustand dieser Personen unter besten Bedingungen zu fördern, müssen diese manchmal von einem spezialisierten Team betreut werden. Es werden verschiedene beschäftigungstherapeutische Tätigkeiten organisiert: künstlerische Aktivitäten, Gartenarbeit, Kochen, handwerkliche Arbeiten usw. Teams von Erziehern begleiten die Menschen in dieser Einrichtung.

Gelegentliche Inanspruchnahme eines Verschnaufangebots

Erstattung eines Teils der Kosten, die dem Leistungsberechtigten in folgenden Fällen entstehen:

- Anwesenheit einer häuslichen Krankenwache
- Aufenthalt in einer Tagespflegeeinrichtung
- Kurzeitenaufenthalt mit Übernachtung
- Aufenthalt in einer Tagesbetreuungsstätte

Die Aufenthalte müssen innerhalb einer - von einer Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht oder einer Behörde geleiteten - Struktur stattfinden, die von der öffentlichen Hand oder einer Verwaltung (Föderalstaat, Gemeinschaft, Region) anerkannt und/oder zugelassen ist

- auf föderaler Ebene: LIKIV
- auf Regional-/Gemeinschaftsebene: Behörden (Cocof, COCOM, RW, VGC, FWB, Deutschsprachige Gemeinschaft) und Verwaltungen (PHARE, AVIQ, VAPH, DSL, IrisCare)
- König-Baudouin-Stiftung - CAP 48

Höhe der Kostenerstattung und Höchstbetrag

Die Krankenkasse erstattet den vom Leistungserbringer in Rechnung gestellten Betrag bis zu einem Höchstbetrag von 250 Euro pro Jahr.

Belege

Die Kostenerstattung wird auf Vorlage der Original- oder kopierten Rechnung des Dienstes, der die Leistung erbracht hat, gewährt, wenn die betreute Person ihre Beiträge zur Zusatzversicherung regelmäßig bezahlt.

Bei Kurzaufenthalten mit Übernachtung wird dies durch die Vereinbarung zwischen der Einrichtung, in der der Kurzaufenthalt stattfindet, und dem Bewohner, dem Nutznießer des Kurzaufenthalts, belegt. Aus dieser Vereinbarung muss ersichtlich sein, dass die maximale Aufenthaltsdauer weniger als 90 Tage im Kalenderjahr beträgt.

Anwesenheit als nichteingeschränkte Begleitperson während eines Genesungsaufenthaltes der unterstützten Person

Erstattung eines Teils der Kosten für den Aufenthalt der nahestehenden Hilfsperson, die eine Person mit Autonomieverlust begleitet, um diese während ihres Genesungsaufenthalts bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens in einem der Genesungshäuser zu unterstützen, die im Anhang 4 zu dieser Satzung aufgeführt sind.

Höhe der Kostenerstattung

Die Erstattung wird als Festbetrag gewährt. Dieser beträgt 25 Euro pro Tag.

Plafond

Der Kostenzuschuss wird für höchstens 14 Tage je Kalenderjahr und Leistungsberechtigten gewährt.

Belege

Die Kostenerstattung wird auf Vorlage der Original- oder kopierten Rechnung des Genesungshauses gewährt, wenn die nahestehende Hilfsperson ihre Beiträge zur Zusatzversicherung regelmäßig bezahlt.

Artikel 89. Klinisch-psychologische Beratung (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Klinische Psychologie: Psychologie, die auf die routinemäßige Durchführung von autonomen Handlungen ausgerichtet ist, mit dem Ziel bzw. mit dem als solchem erklärten Ziel der Prävention, der Untersuchung, des Screenings oder des Erstellens einer Psychodiagnose der tatsächlichen oder vermuteten psychischen oder psychosomatischen Leiden eines Menschen innerhalb des wissenschaftlich anerkannten Rahmens der klinischen Psychologie, sowie der Betreuung oder Unterstützung dieser Person.

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für klinisch-psychologische Beratungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, in Einzel-, Familien-, Paar- oder Gruppensitzungen.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Die Kostenerstattung gilt für Einzel-, Familien-, Paar- oder Gruppensitzungen, sofern die Leistungen erbracht werden:

- i. durch einen Praktiker, der eine Lizenz oder einen Master-Abschluss in Psychologie im Sinne des Gesetzes vom 8. November 1993 zum Schutz des Titels „Psychologe“ besitzt
 - o und der von der belgischen Psychologenkommission zugelassen ist und/oder
 - o der ein Visum und/oder eine Zulassung des FÖD Öffentliche Gesundheit, Sicherheit der Lebensmittelkette und Umwelt besitzt

und/oder

- ii. in einer Familienplanungs- und Eheberatungsstelle, die von den Behörden (Cocof, COCOM, RW, VGC, Deutschsprachige Gemeinschaft, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) oder einer Verwaltung (IRISCARE, AVIQ) anerkannt und/oder zugelassen ist, die in Anhang 8 dieser Satzung aufgeführt sind und/oder
- iii. in einem von den Behörden (Cocof, COCOM, RW, VGC, Deutschsprachige Gemeinschaft, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) oder einer Verwaltung (IRISCARE, AVIQ) anerkannten und/oder genehmigten psychiatrischen Dienst in Anhang 8 dieser Satzung und/oder
- iv. in einem Zentrum mit spezifischem und multidisziplinärem Ansatz, einem Ärztehaus oder einer Poliklinik, die in Anhang 8 dieser Satzung aufgeführt sind und/oder
- v. in einer Krankenhauseinrichtung.

Die Erstattung für klinisch-psychologische Beratungen in angrenzenden Ländern basiert auf den folgenden Kriterien

- für Frankreich die Anerkennung des Rechts zur Berufsausübung durch die nationale Kommission, die eine ADELI-Nummer vergibt,
- die Anerkennung des Berufs durch die Luxemburger Psychologische Gesellschaft für das Großherzogtum Luxemburg,
- für Deutschland und die Niederlande auf der Grundlage der Gesetzgebung zur Anerkennung des Berufs.

Ausschlüsse

In folgenden Fällen wird keine Erstattung gewährt:

- Beratungen, die keinen Bezug zur klinischen Psychologie haben (z. B.: Coaching-Beratungen, Ernährungsberatung, Achtsamkeitstraining, ...),
- Dienstleistungen, die von einem Psychologen erbracht werden, der nicht bei der Psychologenkommission eingetragen ist oder der nicht im Besitz eines Visums und/oder einer vom FÖD Öffentliche Gesundheit gewährten Zulassung ist, es sei denn, er praktiziert in einer der kollektiven Einrichtungen, die in Anhang 8 dieser Satzung aufgeführt sind.

Höhe der Kostenerstattung

Die Krankenkasse übernimmt einen Teil des vom Leistungsempfänger tatsächlich zu zahlenden Betrags, begrenzt auf 15 Euro je Beratung, ohne Begrenzung der Anzahl Sitzungen, jedoch mit einer Obergrenze von 240 Euro je Kalenderjahr und Leistungsempfänger.

Belege

Um eine Rückerstattung zu erhalten, muss der Leistungsberechtigte entweder das vom Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllte Standardformular im Original oder in Kopie oder einen vom Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllten Beleg im Original oder in Kopie vorlegen, der Folgendes enthält

- das Datum der Behandlung,
- den Namen des Patienten,

- den vom Patienten gezahlten Betrag,
- den Namen des Leistungserbringers,
- Unterschrift und/oder Stempel des Leistungserbringers, der ihn identifiziert (wenn die Beratung in einer Familienplanungs- und Eheberatungsstelle, einem psychiatrischen Dienst, einem Ärztehaus, einer Poliklinik oder einer Einrichtung mit spezifischem, multidisziplinärem Ansatz, wie oben erwähnt, stattfindet, reicht der Stempel der Einrichtung).

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land erbracht werden.

Artikel 90. Erste Hilfe (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für eine lebensrettende Erste-Hilfe-Grundausbildung, die vom Belgischen Roten Kreuz angeboten wird.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung: nichtzutreffend

Ausschlüsse

Ähnliche Ausbildungskurse, die von anderen Einrichtungen als dem Belgischen Roten Kreuz organisiert werden, kommen nicht in den Genuss der in diesem Artikel vorgesehenen finanziellen Unterstützung.

Höhe der Kostenerstattung

Bei allen Kursen und Zertifikaten entspricht der Beitrag der Krankenkasse 80% der tatsächlich vom Leistungsberechtigten getragenen Kosten, wobei die Cents auf die nächste Einheit aufgerundet werden.

Belege

Der Leistungsberechtigte muss der Krankenkasse eine vom Belgischen Roten Kreuz ausgestellte Teilnahmebescheinigung vorlegen. Diese Bescheinigung, im Original oder in Kopie, muss auch die Kosten für die Schulung enthalten.

Die Kostenerstattung wird für den Zeitraum gewährt, in dem die Personen als Leistungsberechtigte der Krankenkasse eingetragen sind. Der Leistungsberechtigte muss während der gesamten Dauer der Ausbildung regelmäßig seine Beiträge entrichten.

Geografischer Geltungsbereich

Die Schulung muss Belgischen Roten Kreuz angeboten werden, ohne dass sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Artikel 91. Optik (Sehhilfen) (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Refraktive Laserchirurgie: chirurgischer Eingriff zur Korrektur von Sehfehlern wie Myopie, Hyperopie, Astigmatismus und Presbyopie mit dem Excimer- und/oder Femtolaser.

Der Begriff „Gläser“ oder „Linsen“ bezieht sich immer auf korrigierende „Gläser“ oder „Linsen“.

Beschreibung der Leistung

Kostenerstattung:

- a) beim Kauf von Brillenfassungen mit Gläsern, beim Erneuern von Brillengläsern, beim Kauf von Kontaktlinsen.
- b) bei refraktiver Laserchirurgie

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

- Kostenerstattung gemäß Punkt a) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
 - Die Kostenerstattung darf nur einen Kauf alle drei Kalenderjahre betreffen, außer bei einer Dioptrieveränderung von mindestens 0,5. Dann gilt die Frist der drei Kalenderjahre nicht.
 - Es gibt keine Altersvoraussetzung für die Kostenerstattung.
 - Der Leistungsberechtigte muss zum Zeitpunkt des Kaufs von Brillenfassungen mit Gläsern, Brillengläsern oder Kontaktlinsen regelmäßig seine Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.
- Kostenerstattung gemäß Punkt b) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
 - Ein Antrag auf Kostenerstattung darf nur einmal je Auge gestellt werden.
 - Es gibt keine Altersvoraussetzung für den Eingriff
 - Der Leistungsberechtigte muss zum Zeitpunkt der Operation regelmäßig seine Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.

Ausschlüsse

Die Operation des Grauen Stars ist von der Leistung gemäß Punkt b) „Beschreibung der Leistung“ ausgeschlossen.

Höhe der Kostenerstattung

- Kostenerstattung gemäß Punkt a) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
Die Höhe der Kostenerstattung wird auf der Grundlage der vom Leistungsberechtigten tatsächlich gezahlten Kosten berechnet.
Die Höhe der Kostenerstattung ist auf 50 Euro je Kalenderjahr begrenzt.
- Kostenerstattung gemäß Punkt b) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
Die Höhe der Kostenerstattung liegt bei 100 Euro je Auge, begrenzt auf 200 Euro je Patient. Diese Erstattung darf für jeden Leistungsberechtigten nur einmal gewährt werden.

Belege

- Kostenerstattung gemäß Punkt a) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
Der Antrag auf Kostenerstattung ist mit
 - dem Original oder der Kopie der Rechnung des Optikers, ausgestellt auf den Namen des Leistungsberechtigten, und
 - der von einem Augenarzt ausgestellten Verordnung, im Original oder in Kopie einzureichenDer Dioptrienindex muss auf der Rechnung angegeben werden.
Wenn die Kostenerstattung die Zahlung der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzt, genügt die Abgabebescheinigung des Optikers (Anhang 15), sofern die oben aufgeführten Angaben aus dieser Bescheinigung hervorgehen.
- Kostenerstattung gemäß Punkt b) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
Dem Antrag auf Kostenerstattung muss immer entweder das vom Augenarzt ordnungsgemäß ausgefüllte speziell für diesen Fall vorgesehene CKK-Formular im Original oder die Originalrechnung des Leistungserbringers (mit Angabe des operierten Auges) beigelegt werden.

Geografischer Geltungsbereich

- Kostenerstattung gemäß Punkt a) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
Der Kauf muss in Belgien oder in einem angrenzenden Land erfolgen.
- Kostenerstattung gemäß Punkt b) des Absatzes „Beschreibung der Leistung“:
Die Operation muss in Belgien durchgeführt werden.

Artikel 92. Sport (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Regelmäßige Aktivität: eine regelmäßige Aktivität, die mindestens einen Monat dauert oder 10 Sitzungen umfasst.
- Verein, Verband oder Sportinfrastruktur: jede kollektive Organisation, die die Organisation der sportlichen Aktivität gewährleistet, die für die Aktivität notwendige Infrastruktur bereitstellt, die Aufsicht, das Training und die Sicherheit gewährleistet und die zivilrechtliche Verantwortung für diese Aktivität trägt. Damit werden Vereine, Sportzentren, Sporthallen usw. gleichgestellt.

Beschreibung der Leistung

Die Krankenkasse übernimmt einen Teil der Kosten für die Ausübung einer gesunden und regelmäßigen sportlichen Betätigung, indem sie die Kosten für die Mitgliedschaft in einem Verein, Verband oder einer Sportstätte als Amateursportler erstattet.

Voraussetzungen für die Gewährung:

Um die Kostenerstattung zu erhalten, muss der Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt der Zahlung des Abonnements oder der von der Kostenerstattung betroffenen Sitzungen Mitglied der Krankenkasse sein.

Die berücksichtigten Sportarten sind im Anhang 9 aufgeführt. Die Kostenerstattung wird nur einmal für dasselbe Abonnement gewährt (auch wenn es über zwei Jahre läuft).

Ausschlüsse

Für Sportcamps wird ein Zuschuss über die Leistung „Ferienaktivitäten“ gewährt.

Psychomotorische Leistungen, wie sie in Artikel 79 „Psychomotorik“ beschrieben sind, fallen nicht unter die im vorliegenden Artikel beschriebene Kostenerstattung. Die beiden Kostenerstattungen sind niemals kombinierbar.

Höhe der Kostenerstattung

Die Höhe der Kostenerstattung darf die tatsächlichen Abonnementkosten, die der Leistungsberechtigte zu tragen hat, nicht übersteigen.

Die Kostenerstattungen für Sport in Kombination mit den Kostenerstattungen für Ernährungsberatung sind auf 40 Euro je Kalenderjahr und Leistungsempfänger begrenzt.

Belege

Die Erstattung erfolgt entweder auf der Grundlage eines ordnungsgemäß ausgefüllten CKK-Formulars oder auf der Grundlage einer offiziellen Bescheinigung. Um als offiziell zu gelten, muss die Bescheinigung mindestens folgende Angaben enthalten: den Namen der Sportart, das Anfangsdatum des Abonnements (der Sitzungen), die Dauer des Abonnements oder die Anzahl der Sitzungen, das Kaufdatum, den Namen der Sportstätte, den Namen des Leistungsberechtigten, den vom Leistungsberechtigten gezahlten Betrag, den Stempel und/oder die Unterschrift der Sportstätte.

Die Erstattung erfolgt auf der Grundlage der vom Leistungsberechtigten eingesandten Originalbelege oder Kopien.

Geografischer Geltungsbereich

Der Verein, Verband oder die Sporteinrichtung muss sich in Belgien oder in einem angrenzenden Land befinden.

Artikel 93. Ernährungsberatung (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für die Beratung bei einem Diätassistenten.

Voraussetzungen für die Gewährung

Die Ernährungsberatung muss von einem Diätassistenten erfolgen, der vom LIKIV also solcher zugelassen ist.

Ausschlüsse

Leistungen, die ganz oder teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, kommen nicht für diese Erstattung infrage.

Höhe der Kostenerstattung

Erstattet werden 20 Euro für die ernährungstechnische Abklärung und 10 Euro je Beratung. Die Kostenerstattungen für Ernährungsberatung in Kombination mit den Kostenerstattungen für Sport sind auf 40 Euro je Kalenderjahr und Leistungsempfänger begrenzt.

Belege

Die Kostenerstattung wird gegen Vorlage der Rechnungen des Diätassistenten oder des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrag auf Kostenerstattung gewährt, auf dem das Datum der Sitzung, die Art der Sitzung (Abklärung oder Beratung), der Name des Leistungserbringers und seine Zulassungsnummer, der Name des Patienten, der vom Patienten gezahlte Betrag, der Stempel oder die Unterschrift des Leistungserbringers zu finden sind.

Die Erstattung erfolgt auf der Grundlage eines der obengenannten Belege, im Original oder als Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Leistungen müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land erbracht werden.

Artikel 94. Unterstützung bei der häuslichen Körperpflege (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Familienhilfe: Person, die bei täglichen Aktivitäten wie Körperpflege (Waschen und Hygiene) hilft.
- Krankenwache: Person, deren Aufgabe es ist, für Komfort, Hygiene, Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten zu sorgen. Sie gewährleistet eine aufmerksame und beruhigende Präsenz, um die Autonomie der Person zu fördern.
- ASD - Häusliche Hilfe und Pflege: Dienstleister, der in Anhang 10 dieser Satzung aufgeführt ist.

Beschreibung der Leistung

Bei dieser Leistung zugunsten des Patienten geht es um die Unterstützung bei der Körperhygiene im Rahmen der Abrechnung der Leistungsnummern „Körperpflege zweimal wöchentlich“ durch die Familienhilfe.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Um die Leistung in Anspruch nehmen zu können, muss die Hygieneleistung

- von der Familienhilfe und/oder einer Krankenwache der ASD (Häusliche Hilfe und Pflege) durchgeführt werden oder, wenn die Dienstleistung in einem Gebiet stattfinden soll, das nicht von der Häuslichen Hilfe und Pflege (ASD) abgedeckt wird, von einem anderen Dienst für Familienhilfe und/oder Krankenwache durchgeführt werden;
- zu den Hygieneleistungen gehören, die im Leistungsverzeichnis des LIKIV unter „Körperpflege zweimal wöchentlich“ aufgeführt sind;
- und von einer Familienhelferin und/oder einer häuslichen Krankenwache erbracht werden.

Diese Bedingungen müssen alle gleichzeitig erfüllt sein.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

Erstattet werden bis zu 5 Euro je Sitzung. Der Erstattungsbetrag darf nicht über dem tatsächlich vom Leistungsberechtigten zu zahlenden Betrag liegen.

Belege

Die Erstattung erfolgt auf Vorlage einer Kopie oder der Originalrechnung.

Geografischer Geltungsbereich

Die Dienstleistungen müssen von den ASD-Diensten der häuslichen Hilfe und Pflege erbracht werden, ohne dass sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Wenn die Dienstleistung von einem anderen Familienhilfsdienst erbracht wird, muss sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden.

Artikel 95. Krankenpflege (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Leistungserbringer: Leistungserbringer, die in Anhang 11 dieser Satzung aufgeführt sind.

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für Krankenpflegeleistungen in Form einer 100%igen Erstattung des gesetzlichen Eigenanteils des Patienten.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Die Leistung wird nur dann gewährt, wenn sie von den im Anhang 11 aufgeführten Leistungserbringern erbracht wird und der der Schwellenwert der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER) für die Familie noch nicht erreicht ist.

Darüber hinaus erfolgt diese Erstattung nach etwaigen Erstattungen, die laut Gesetz oder Dekret und deren Durchführungserlassen vorgesehen sind, insbesondere durch die gesetzliche Krankenversicherung, wie es sie das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 und dessen Durchführungserlassen organisiert ist. Sie darf niemals höher sein als der vom Leistungsberechtigten tatsächlich gezahlte Kostenanteil.

Die Erstattung der Krankenpflegeleistungen gilt für volljährige Leistungsberechtigte. Für Leistungsberechtigte unter 18 Jahren erfolgt die Erstattung über die Leistung „Ambulante Versorgung für Kinder“ (Artikel 73).

Ausschlüsse

Für Leistungen, die von anderen als den in Anhang 11 aufgeführten Leistungserbringern erbracht werden, wird keine Erstattung gezahlt.

Bei Erreichen des MAGER-Schwellenwertes erfolgt keine Rückerstattung.

Höhe der Kostenerstattung

Die Krankenkasse erstattet die gesetzlichen Eigenanteile des Patienten zu 100%.

Belege

Die Erstattung erfolgt entweder direkt durch den Leistungserbringer oder auf Vorlage einer Originalrechnung oder Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Dienstleistungen müssen von den in Anhang 10 aufgeführten Leistungserbringern erbracht werden, ohne dass sie auf belgischem Staatsgebiet stattfinden müssen.

Artikel 96. Sozialfonds (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- Gesundheitliche Versorgungskosten: persönliche Zuzahlungen für medizinische und/oder paramedizinische Leistungen, die in einer Einrichtung oder ambulant erbracht werden und der Wiederherstellung der Gesundheit gemäß der Definition der WHO dienen.
- Unterstützungskosten: außergewöhnliche Kosten, die nicht der Definition für gesundheitlichen Versorgungskosten entsprechen, aber direkt oder indirekt mit dem Problem des Zugangs zu oder der Wiederherstellung von Gesundheit gemäß der Definition der WHO zusammenhängen.

Beschreibung der Leistung

Der Sozialfonds dient dazu, Leistungsberechtigten finanzielle Unterstützung zu gewähren, die mit den Kosten für lebensnotwendige medizinische Versorgung und/oder Hilfe konfrontiert sind, die sie aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht selbst aufbringen können.

Der Fonds zahlt nur

- für gesundheitliche Versorgungskosten,
- für Unterstützungskosten im weitesten Sinne,
- die Beiträge zur Zusatzversicherung in außergewöhnlichen Fällen.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Der Sozialfonds arbeitet als Hilfsfonds auf Gegenseitigkeit, der nur auf Rest- und/oder Ergänzungsbasis Kosten übernimmt, nach Abzug von Erstattungen oder Kostenanteilen, der gesetzlichen Krankenversicherung, FEDRIS und/oder jeder anderen Kostenerstattung, die auf der Grundlage einer gesetzlich vorgeschriebenen Mitgliedschaft oder eines Vertrags mit einer Versicherungsgesellschaft, einem Fonds, einer Organisation oder einer Institution erlangt werden kann.

Auch die Möglichkeit eines Kostenzuschusses des ÖSHZ im Rahmen der Sozialhilfe oder eines anderen Fonds für gegenseitige Hilfe wird vor der Antragstellung beim Sozialfonds geprüft.

Der Sozialfonds greift auf ausdrücklichen Antrag der betroffenen Person und nach einer Prüfung des Bedarfs aufgrund der sozialen Lage und berücksichtigt

- die in den zwei Jahren vor der Antragstellung angefallenen und durch Belege nachgewiesenen Kosten für gesundheitliche Hilfe und Versorgung,
- die Kosten für künftige gesundheitliche Hilfe und Versorgung, für die eine vorherige grundsätzliche Zustimmung erforderlich ist und die dazu dienen, einen Aufschub von gesundheitlichen Hilfs- und Versorgungsmaßnahmen zu vermeiden.

Um die Vergünstigung in Anspruch nehmen zu können, muss der Leistungsempfänger am Tag der Eröffnung der Bedarfsprüfung (Datum des ersten Termins mit dem Sozialarbeiter, der für die Prüfung des Hilfeantrags zuständig ist) seine Zusatzversicherungsbeiträge ordnungsgemäß entrichtet haben. Diese Bedingung gilt nicht, wenn der Zuschuss darauf abzielt, die Zahlung von Zusatzversicherungsbeiträgen zu regeln.

Die Unterstützung des Fonds ist auf Kosten, die in den zwei Jahren vor dem Antrag auf Unterstützung entstanden sind, sowie auf zukünftige Kosten beschränkt.

Bei den gesundheitlichen Versorgungskosten werden nur die folgenden Ausgaben berücksichtigt: die gesetzlichen Eigenanteile und, mit Ausnahme der Krankenhauskosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Einzelzimmers, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung noch verbleibenden Zuschläge, wobei die Kostenübernahme im Rahmen der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER) bereits abgezogen sein müssen.

Eine Übernahme der Beitragszahlungen kann nur einmal im Leben des Mitglieds erfolgen und umfasst maximal 2 Jahre nicht bezahlter Beiträge. Darüber hinaus erfolgt eine Nachzahlung nur dann, wenn diese unerlässlich ist, um den Leistungsberechtigten den Zugang zu den von der Zusatzversicherung angebotenen Leistungen zu ermöglichen.

Ausschlüsse / Ausnahmen

Die Möglichkeit für Leistungsberechtigte, die im Rückstand mit den Zahlungen der Beiträge zur Zusatzversicherung sind, Zugang zu den Leistungen dieses Fonds zu erhalten, ist an eine vorherige Nachzahlung der ZV-Beiträge oder, wenn die soziale Situation dies rechtfertigt, an eine vorherige, teilweise und ausnahmsweise Übernahme der Kosten für die Nachzahlung dieser Beiträge durch den Fonds selbst und gemäß den in diesem Artikel streng festgelegten Modalitäten gebunden.

Diese Übernahme der Zusatzversicherungsbeiträge darf niemals zur Folge haben, dass die fälligen Beiträge einer Person übernommen werden, deren Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung aufgrund von Artikel 2 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 ausgesetzt oder aufgehoben wurde, ohne dass sie sich in einer finanziellen Notlage befindet.

Höhe der Kostenerstattung

Die Zuschüsse des Fonds sind auf einen Höchstbetrag von 1000 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

Zusätzlich muss für jeden Antrag ein Eigenanteil vom Leistungsberechtigten gezahlt werden.

Ausnahmsweise kann von diesem Grundsatz abgewichen werden, wenn die wirtschaftliche Lage des Empfängers anhand der Berechnung des Durchschnitts der wirtschaftlichen Mittel des Empfängers und einer umfassenden Analyse dieser Lage durch einen Sozialarbeiter beurteilt wird.

Wenn der Sozialfonds Beitragsnachzahlungen gewährt, ist für das zweite Jahr immer ein Quartal vom Leistungsberechtigten selbst zu tragen

Belege

Vor der Gewährung eines Kostenzuschusses ist eine Prüfung der sozialen Lage erforderlich.

Die entstandenen und künftigen Kosten für gesundheitliche Versorgung und Unterstützung müssen durch ärztliche Verordnungen, Gutachten oder andere beweiskräftige soziale oder medizinische Unterlagen im Original oder in Kopie nachgewiesen werden.

Geografischer Geltungsbereich: nichtzutreffend

Artikel 97. Schwangerschaftsgeschenk (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Voraussichtlicher Entbindungstermin: Datum, das der Gynäkologe oder die Hebamme auf dem ärztlichen Attest oder der Schwangerschaftsbescheinigung vermerkt hat.

Beschreibung der Leistung

Gewährung eines Geschenks für schwangere Frauen.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Das Geschenk wird frühestens 6 Monate vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin gewährt. Der obengenannte Zeitraum von 6 Monaten wird von Datum zu Datum berechnet.

Um diese Leistung in Anspruch nehmen zu können, muss die werdende Mutter während der letzten 6 Monate vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin mindestens einen Tag der Schwangerschaft bei der Krankenkasse versichert gewesen sein.

Ausschlüsse: nichtzutreffend

Höhe der Kostenerstattung

Das Schwangerschaftsgeschenk wird in Form eines Gutscheins im Wert von 25 Euro überreicht, der in allen Qualias-Geschäften gültig ist, ausgenommen Webshop, Geräteverleih und Hörgeräte.

Belege

Um das Geschenk zu erhalten, muss die werdende Mutter das Original oder eine Kopie der Geburtsurkunde, des ärztlichen Attests oder der Schwangerschaftsbescheinigung, die vom Arzt oder der Hebamme auszustellen sind, oder eine eigene eidesstattliche Erklärung vorlegen, jeweils unter Angabe des voraussichtlichen Entbindungstermins.

Geografischer Geltungsbereich: nichtzutreffend

Artikel 98. Nichtdringender Krankentransport (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

- o Nichtdringender Krankentransport: jeder Transport eines Patienten zu oder von einem Ort der Versorgung, mit Ausnahme von Transporten, die unter das Gesetz vom 8. Juli 1964 über dringende medizinische Hilfe fallen.
- o Leichtes Sanitätsfahrzeug (LSF): jedes Fahrzeug, das für den medizinischen Transport von Patienten verwendet wird, die nicht liegen oder medizinisch überwacht werden müssen, unabhängig davon, ob es für den Transport von Personen mit eingeschränkter Mobilität angepasst ist oder nicht, und das einem Krankentransportunternehmen gehört.
- o Fahrzeug für den Transport von Personen mit eingeschränkter Mobilität (PEM): Fahrzeug, das so angepasst ist, dass Rollstuhlfahrer einsteigen und in ihrem Rollstuhl sitzend sicher befördert werden können.
- o Krankenwagen: Fahrzeug, das für den Transport eines einzelnen Patienten umgerüstet und ausgestattet ist, der liegend in dem Sanitätsfahrzeug befördert wird oder medizinisch überwacht werden muss.
- o Ort der Übernahme: Ort, an dem die zu transportierende Person in den Krankenwagen geladen wird.
- o Ort der Versorgung: Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen/Standorte, die vom FÖD Öffentliche Gesundheit oder von der öffentlichen Behörde des angrenzenden Landes zugelassen sind.
- o Krankenhausaufenthalt: gewöhnlicher Krankenhausaufenthalt, chirurgischer Tagesklinikaufenthalt, nicht-chirurgischer Tagesklinikaufenthalt (Maxi- und Mini-Pauschale - unter Ausschluss der Notfall-Pauschale), Gipsraum

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der nichtdringenden Krankentransportkosten durch die Krankenkasse.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

- Die Erstattung wird gewährt, wenn der Leistungsberechtigte eines der folgenden Beförderungsmittel benutzt:
- Krankenwagen, der einem Krankentransportunternehmen gehört, das nach dem geltenden Recht der Region zugelassen ist, in der es seinen Sitz hat;
 - leichtes Sanitätsfahrzeug (LSF), das einem Krankentransportunternehmen gehört, welches nach der geltenden Gesetzgebung der Region zugelassen ist, in dem es seinen Sitz hat;

- Fahrzeug für den Transport von Personen mit eingeschränkter Mobilität (PEM) das nach der geltenden Gesetzgebung der Region zugelassen ist, in dem das Transportunternehmen seinen Sitz hat
- Privat-PKW / Taxi / Altéo / öffentliches Verkehrsmittel / Fahrzeug eines gemeinnützigen Fahrdienstes.

Die Erstattung gilt für alle nicht notfallbedingten Krankentransporte, wenn die Versorgung außerhalb des Ortes erfolgen soll, an dem sich der Patient aufhält, und der Gesundheitszustand des Patienten einen Transport zum und vom Ort der Versorgung erfordert.

Sie gilt für alle medizinischen Fälle, die im Zusammenhang mit einer Beratung, einem Krankenhausaufenthalt, einer Untersuchung und/oder einer Behandlung stehen, wenn diese an einem Ort der Versorgung erbracht wird.

Diese Bedingungen müssen alle gleichzeitig erfüllt sein.

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Leistung sind dringende medizinische Transporte, nicht medizinisch bedingte Transporte, Transporte zu Notaufnahmen von Krankenhäusern und medizinische Transporte unter Begleitung von ärztlichem oder pflegerischem Personal.

Die Leistung gilt auch nicht für Transporte, die vom Krankenhaus selbst bezahlt werden.

Bei Transporten mit privaten PKW / Taxi / Altéo / öffentlichen Verkehrsmitteln / Fahrzeugen eines gemeinnützigen Fahrdienstes: Für Transporte, die zum Teil von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, deckt die in diesem Artikel vorgesehene Leistung nur die zusätzlichen Kilometer ab, die nach der Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung vom Leistungsberechtigten noch zu tragen sind.

Höhe der Kostenerstattung

Die Krankenkasse gewährt die folgenden Erstattungen:

- 1,50 Euro je km, der für die Beförderung mit dem Krankenwagen in Rechnung gestellt wird;
- 0,50 Euro je km, der für die Beförderung mit dem LSF/Fahrzeug für den Transport von PEM in Rechnung gestellt wird;
- 0,15 Euro je km für Fahren mit dem Privatwagen / Taxi / Alteo / öffentlichen Verkehrsmitteln / gemeinnützigen Fahrdiensten.

Belege

Die Erstattung wird auf Vorlage des urschriftlichen CKK-Formulars und einer von der Versorgungsstelle ausgestellten Betreuungsbescheinigung gewährt.

Geografischer Geltungsbereich

Die Beförderung muss in Belgien oder in einem angrenzenden Land durchgeführt werden, wobei maximal 50 km über die Grenze hinaus erstattet werden (Hin- oder Rückfahrt).

In diesem Fall muss der Ort der Übernahme oder der Ort der Versorgung in Belgien oder in einem angrenzenden Land liegen.

Sonderfall der von den belgischen Behörden organisierten Impfung (Gesundheitskrise)

Im Falle einer von den belgischen Behörden organisierten Sammelimpfung wird die Kostenerstattung für den Hin- und Rücktransport des Leistungsberechtigten zu der Impfstelle gewährt, zu der er zur Impfung eingeladen wurde.

Die Kostenerstattung wird nur gewährt, wenn der Leistungsberechtigte die folgenden Verkehrsmittel benutzt:

- Transport mit einem Krankenwagen, der einem Krankentransportunternehmen gehört, das nach der geltenden Gesetzgebung der Region seines Hauptsitzes zugelassen ist;
- Transport mit einem LSF, das einem Krankentransportunternehmen gehört, das nach der geltenden Gesetzgebung der Region seines Hauptsitzes zugelassen ist;
- Transport mit einem Fahrzeug für PEM, das einem Krankentransportunternehmen gehört, das nach der geltenden Gesetzgebung der Region seines Hauptsitzes zugelassen ist

Um die Vergünstigung in Anspruch nehmen zu können, muss der Leistungsberechtigte die Rechnung des Transports mit dem Krankenwagen/LSF/Fahrzeug für PEM bei der Krankenkasse einreichen. Auf dieser Rechnung muss die Zieladresse angegeben sein.

Die gewährte Kostenerstattung ist im Absatz „Höhe der Kostenerstattung“ weiter oben zu finden.

Der geografische Geltungsbereich ist der gleiche wie oben.

Diese Erstattung wird für Transporte gewährt, die ab dem 1. März 2021 durchgeführt werden.

Artikel 99. Ermäßigung bei Qualias (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Leihgebühren für medizinische Hilfsmittel.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Die gewährte Ermäßigung gilt nur für Verkaufsstellen, die von den 8 regionalen Körperschaften von Qualias und dem zentralen Einkaufsbüro organisiert werden (physische Geschäfte und Website).

Der Leistungsberechtigte muss zu Beginn der Leihvertrags regelmäßig seine Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlt haben.

Ausschlüsse

Auf den Verkauf von medizinischen Hilfsmitteln, von Inkontinenzhilfen, Seh- und Hörhilfen wird dieser Rabatt nicht gewährt

Die Ermäßigung gilt auch nicht für Erzeugnisse, für die das LIKIV, die AVIQ, IRISCARE oder die DIENSTSTELLE FÜR EIN SELBSTBESTIMMTES LEBEN zum Teil aufkommen, und auch nicht für Hilfsmittel, die ausverkauft werden.

Höhe der Kostenerstattung

Es wird eine Ermäßigung von 50% auf die Leihgebühr von medizinischen Hilfsmitteln gewährt.

Belege

Die Ermäßigung wird direkt vom Qualias-Geschäft gewährt.

Geografischer Geltungsbereich: nichtzutreffend

Artikel 100. Erstattung von Impfstoffen und Desensibilisierungsmitteln (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie: nichtzutreffend

Beschreibung der Leistung

Erstattung eines Teils der Kosten für den Kauf von Impfstoffen und Desensibilisierungsmitteln, die in Belgien zugelassen sind.

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Die Erstattung gilt nur für Impfstoffe und Desensibilisierungsmittel, die in der Liste des belgischen Zentrums für pharmakotherapeutische Information (BZPI) aufgeführt sind.

Ausschlüsse

Es ist keine Erstattung für Impfstoffe vorgesehen, die in den Impfnetzwerken für Kleinkinder, über die Arbeitsmedizin oder im Rahmen einer anderen Verordnung kostenlos erhältlich sind.

Höhe der Kostenerstattung

Die Krankenkasse erstattet 25% des tatsächlich vom Leistungsberechtigten je Kauf bezahlten Preises.

Die Kostenerstattung ist auf maximal 25 Euro je Leistungsberechtigten und Jahr begrenzt.

Belege

Die Kostenerstattung wird auf Vorlage einer BVAC-Zusatzversicherungsbescheinigung, oder einer amtlichen Bescheinigung von Travel Clinic gewährt.

Bei Versorgung in einem der angrenzenden Länder erfolgt die Erstattung auf Vorlage einer amtlichen Bescheinigung einer Apotheke.

Die Erstattung erfolgt auf Vorlage eines der obengenannten Dokumente, im Original oder in Kopie.

Geografischer Geltungsbereich

Die Impfstoffe und Desensibilisierungsmittel müssen in Belgien oder in einem angrenzenden Land gekauft werden.

Artikel 101. Geburts- oder Adoptionsprämie (Code 15)

Begriffsbestimmungen/Terminologie

Adoption innerhalb der Familie: Adoption eines Kindes durch ein Familienmitglied (Kind des Ehepartners oder Kind eines Familienangehörigen bis zum dritten Grad).

Beschreibung der Leistung

Es wird eine feste Prämie bei der Geburt oder der Adoption eines Kindes gewährt.

Die Prämie kann auch für den Fall bezogen werden, dass das Kind ohne Leben geboren wird (nach einer Schwangerschaft von mindestens 180 Tagen).

Voraussetzungen zur Gewährung der Leistung

Der eigenständig Versicherte muss am Tag der Geburt oder Adoption der Krankenkasse angeschlossen sein.

Ausschluss

Diese Prämie gilt jedoch nicht bei Adoption innerhalb der Familie.

Höhe der Kostenerstattung

Gezahlt wird ein Festbetrag von 350 Euro an den eigenständig Versicherten, bei dem das Kind im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert ist.

Bei Mehrlingsgeburten oder -adoptionen wird die Höhe der Prämie mit der Anzahl der Kinder multipliziert.

Belege

Die Kostenerstattung erfolgt aufgrund der Anmeldung des Kindes bei der Krankenkasse.

Falls das Kind ohne Leben geboren wird, zahlt die Krankenkasse auf Vorlage einer Kopie der amtlichen Urkunde.

Geografischer Geltungsbereich: nichtzutreffend

Artikel 102. Vermögensverwaltungsvereinigung (Silo 93)

Mit der Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht „MC-Patrimoine“ wird eine Zusammenarbeitsvereinbarung geschlossen. Der Zweck dieser Vereinbarung ist die Verwaltung des Vermögens der Krankenkasse.

Die Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht verpflichtet sich, auf Anfrage Gebäude, Anlagen und Ausrüstungen zu prüfen, zu gewährleisten und gegebenenfalls zu erwerben, d.h. der Krankenkasse die für die Entwicklung ihrer Tätigkeit erforderlichen beweglichen und unbeweglichen Güter zur Verfügung zu stellen.

Ein Betrag, dessen Überweisung an die Vereinigung im Hinblick auf die Durchführung der obengenannten Aufgaben vorgesehen ist, wird jährlich von der Generalversammlung beschlossen und es gibt keine individuellen finanziellen Vorteile für die Mitglieder der Krankenkasse.

Die jährliche Höhe des Zuschusses für die Durchführung der vorgenannten Aufgaben ist im Anhang 5 der Satzung festgelegt.

KAPITEL VI. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Abschnitt 1. Mittel und Mittelverwendung - Einnahmen, die den Leistungsposten zugeschrieben werden - Jahresabschluss - Anlage von Mitteln

Artikel 103. Mittel und Mittelverwendung

Für jede der Dienstleistungen verwendet die Krankenkasse eine separate Betriebsrechnung.

Artikel 104. Einnahmen, die der jeweiligen Dienstleistung zugeschrieben werden

- §1. Jeder Dienstleistungsbereich erhält Beiträge, Zuschüsse der öffentlichen Hand, Spenden und Vermächtnisse und verschiedene für sie bestimmte Einnahmen sowie die Zinsen, die dem Dienstleistungsbereich aus den verfügbaren Mitteln der betreffenden Dienstleistung zufließen, und Zinsen und Gewinne aus gekauften oder veräußerten Wertpapieren.
- §2. Jeder Dienstleistungsbereich trägt einen Teil der Verwaltungskosten, Wertpapierverluste und Aufwendungen, die sich aus der Anwendung der Satzung ergeben.
- §3. Das Vermögen der Krankenkasse darf nicht für andere als die in der Satzung ausdrücklich festgelegten Zwecke verwendet werden.
- §4. Wenn ein Dienstleistungsbereich aufgrund unzureichender Einnahmen nicht in der Lage ist, seine Ausgaben zu decken, muss der Verwaltungsrat eine Generalversammlung einberufen, um die aufgrund der Sachlage erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen.

Gegebenenfalls ist Artikel 111 der Satzung zu berücksichtigen.

Artikel 105. Jahresabschluss

Die Jahresrechnung wird am 31. Dezember jedes Jahres abgeschlossen und vom Verwaltungsrat der Generalversammlung zur Genehmigung vorgelegt.

Artikel 106. Anlage von Mitteln

Das Vermögen der Krankenkasse muss in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen angelegt werden und darf unter keinen Umständen für andere Zwecke verwendet werden, als die, die ihr durch die Satzung ausdrücklich zugewiesen wurden.

Abschnitt 2. Zusammenarbeitsvereinbarungen

Artikel 107. Zusammenarbeitsvereinbarungen

- §1. Zur Erreichung ihrer in Artikel 6 der Satzung genannten Ziele darf die Krankenkasse mit juristischen Personen des öffentlichen oder privaten Rechts zusammenarbeiten.
- §2. Zu diesem Zweck wird eine schriftliche Zusammenarbeitsvereinbarung geschlossen, in welcher der Zweck und die Bedingungen der Zusammenarbeit sowie die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten für die eigenständig Versicherten und Mitversicherten festgelegt werden.
- §3. Die Vereinbarung über die Zusammenarbeit sowie alle daran vorgenommenen Änderungen sind von der Generalversammlung zu genehmigen oder zu widerrufen und an das KAK zu senden.
- §4. Der Verwaltungsrat erstattet der Generalversammlung jährlich Bericht über die Ausführung der abgeschlossenen Vereinbarungen und über die Verwendung der von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Mittel.

Abschnitt 3. Auflösung der Krankenkasse

Artikel 108. Beschluss über die Auflösung

- §1. Die Krankenkasse kann durch einen Beschluss der eigens zu diesem Zweck einberufenen Generalversammlung aufgelöst werden.

Die Einladung enthält:

- die Gründe für die Auflösung;
- die letzte finanzielle Lage der Krankenkasse, die nicht länger als drei Monate zurückliegt;
- den Bericht des Wirtschaftsprüfers oder des Kollegiums der Wirtschaftsprüfer über diese Lage. Aus diesem Bericht muss insbesondere hervorgehen, ob die finanzielle Situation, wie sie dargestellt wurde, vollständig und wahrheitsgetreu ermittelt wurde;

- die Bedingungen der Liquidation;
- einen Vorschlag/Vorschläge über die Verwendung der verbleibenden Vermögenswerte.

§2. Der Auflösungsbeschluss wird mit der in Artikel 19 § 2 der Satzung festgelegten Stimmenmehrheit gefasst.

§3. Die Auflösung und die Verwendung etwaiger verbleibender Vermögenswerte müssen von der Generalversammlung des Landesbundes genehmigt werden.

Artikel 109. Ernennung der Liquidatoren

§1. Die Generalversammlung, die die Auflösung der Krankenkasse beschließt, ernennt einen oder mehrere Liquidatoren, die aus einer vom KAK erstellten Liste von zugelassenen Wirtschaftsprüfern, die Mitglieder des Instituts der Wirtschaftsprüfer sein müssen, gemäß den gesetzlich festgelegten Bedingungen ausgewählt werden.

§2. Ernennung des Liquidators oder der Liquidatoren muss, auf Vorschlag des Landesbundes erfolgen, andernfalls ist sie ungültig.

§3. Außer unter (den vom KAK vorgesehenen) außergewöhnlichen Umständen muss die Krankenkasse die Genehmigung des KAK zur Ernennung des Liquidators oder der Liquidatoren mindestens einen Monat vor dem vorgesehenen Datum des Ernennungsvorschlags der Generalversammlung einholen, andernfalls ist die Ernennung ungültig.

Die Ernennung des Liquidators oder der Liquidatoren darf erst erfolgen, nachdem die mit dieser Funktion verbundene Vergütung dem KAK mitgeteilt wurde, andernfalls ist sie ungültig. Änderungen der Vergütung sind dem KAK ebenfalls mitzuteilen, da sie andernfalls ungültig sind.

Artikel 110. Zuweisung von Vermögenswerten

§1. Im Falle der Auflösung der Krankenkasse sind die verbleibenden Vermögenswerte der Dienstleistungsbereiche vorrangig zur Zahlung der Leistungen zugunsten der eigenständig Versicherten und ihrer mitversicherten Unterhaltsberechtigten zu verwenden.

§2. Die Vergütung, die die eigenständig Versicherten und ihre mitversicherten Unterhaltsberechtigten gemäß Paragraph 1 erhalten, kann auf versicherungsmathematischer Grundlage berechnet werden.

§3. Ergibt sich aus der Liquidationsabrechnung, dass nach der Begleichung aller Schulden und der Hinterlegung von Beträgen, die bestimmten Gläubigern zustehen, noch Vermögenswerte vorhanden sind, entscheidet die Generalversammlung über die Bestimmung dieser verbleibenden Vermögenswerte unter Berücksichtigung der Satzungsziele.

Abschnitt 4. Einstellung der Dienstleistungen

Artikel 111. Einstellung der Dienstleistungen

§1. Im Falle der Beendigung der Dienstleistungen wird das verbleibende Vermögen dieser Dienstleistungsbereiche vorrangig für die Zahlung von Leistungen an die eigenständig Versicherten oder deren mitversicherten Unterhaltsberechtigten verwendet.

§2. Beschlüsse der Generalversammlung über die Beendigung von Dienstleistungen und die Zuweisung des verbleibenden Vermögens sind mit der in Artikel 19, §2 der Satzung vorgesehenen Mehrheit zu fassen.

Abschnitt 5. Inkrafttreten der Satzung

Artikel 112. Inkrafttreten der Satzung

Diese Satzung tritt an dem von der Generalversammlung festgelegten Datum in Kraft, vorbehaltlich ihrer Genehmigung durch das KAK.

ANHANG 1. Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist

- Landesbund der Christlichen Krankenkassen (VT 100)
- Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut (VT 180/2)
- Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura (VT 150/02)
- Regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkasse für die Wallonische Region (VT 180/07)
- Regionale Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkasse für die Region Brüssel Hauptstadt (VT 180/06)
- Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM – Zorgkas Vlaanderen (VT 180/03)

ANHANG 2. Tabelle der Beitragssätze

Tableau de cotisations de l'entité: 134 - Mutualité chrétienne de la province de Namur

Version: 2022/1

Date d'approbation: 24/06/2021

Date d'application: 01/01/2022

Statut: D - créé, pas contrôlé

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

Cat.3: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et sans personnes à charge

Cat.4: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et avec personnes à charge

A. Cotisations propres

Services		Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
Code	Nom			Cotisations normales	
				Cat.1	Cat.2
14	Hospitalisation	0	65	18,00	18,00
15	Autres opérations	33	66-68-74 à 80-82 à 101	83,40	83,40
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	67-72-73	7,68	7,68
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	28	69-71-81	14,52	14,52
93	Patrimoine	1	102	0,60	0,60
95	Accords de collaboration non ventilés	9	70	10,03	10,03
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	75	4,80	4,80
Total				139,03	139,03

Liste des accords de collaboration

Code	Services		Personnes juridiques	
	Nom	Numéro BCE	Dénomination	
15	Autres opérations	0548.646.648	Solidarite Confort asbl Rédaction Qualias	
15	Autres opérations	0433.252.478	Centre Medical Hélicoports	
15	Autres opérations	0462.386.330	Qualias Province de Namur SCR	
15	Autres opérations	0445.266.919	Permanence Soins à Domicile ASBL	
15	Autres opérations	0413.282.237	Croix Jaune et Blanche Liège Huy Waremmes	
15	Autres opérations	0417.114.351	Qualias Province de Liège SCRL (LG)	
15	Autres opérations	0449.513.143	Aide et Soins à Domicile de l'Arrondissement de Verviers	
15	Autres opérations	0449.674.974	Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon ASBL	
15	Autres opérations	0432.824.886	CEWAROL SCRL FS (HO)	
15	Autres opérations	0465.214.770	CROIX JAUNE ET BLANCHE DE MOUSCRONCOMMES	
15	Autres opérations	0458.549.484	Croix Jaune et Blanche de Bruxelles ASBL	
15	Autres opérations	0459.217.301	ASBL Espace Solival (Lux)	
15	Autres opérations	0465.077.485	Aide et Soins à Domicile en Hainaut Oriental ASBL	
15	Autres opérations	0461.136.911	ASBL Proximité Santé (Bruxelles)	
15	Autres opérations	0548.646.648	ASBL Espace Solival (Lux)	
15	Autres opérations	0465.170.923	Aide et Soins à Domicile (A.S.D.) - Croix Jaune et Blanche (C.J.B.) de Mont-Boni	
15	Autres opérations	0411.971.074	ASBL Ocarina	
15	Autres opérations	0414.474.169	ASBL Eneo	
15	Autres opérations	0410.383.442	ASBL Altoe	
15	Autres opérations	0458.377.062	SCRLFS Espace Santé-Méditex (HPI)	
15	Autres opérations	0542.971.950	Qualias Verviers Eupen ASBL	
15	Autres opérations	0465.074.814	AIDE ET SOINS A DOMICILE CROIX JAUNE ET BLANCHE TOURNAI-ATH-LESSINES-ENGHIEN	
15	Autres opérations	0449.509.480	Ocarina VoG	
15	Autres opérations	0462.280.917	Qualias BW SCRL	
15	Autres opérations	0449.977.357	Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg ASBL	
15	Autres opérations	0435.882.762	ASD Liège Huy Waremmes	
15	Autres opérations	0465.068.577	Aide et Soins à Domicile Hainaut Picardie	
15	Autres opérations	0415.862.952	Aide familiale de Bruxelles	
15	Autres opérations	0418.415.042	L'ourson enrhumé (ASBL Les Arvouilles)	
15	Autres opérations	0430.305.757	Familienhilfe VoG	
15	Autres opérations	0421.346.719	Adomixil (ASBL La Babillarde)	
15	Autres opérations	0451.253.106	Bab'atchoum (RAIDS - Verviers)	
15	Autres opérations	0410.333.160	Aide et Soins à Domicile en Province de Namur ASBL	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0465.077.485	ASD Hainaut Oriental	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0465.068.577	ASD Tournai Ath Lessines Engchien	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0838.359.631	MOC	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.690.614	FASD	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0451.253.106	RAIDS	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.175.623	Die Eiche VoG	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0847.167.217	Créagora	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0424.320.164	CEP	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0409.548.252	FCPC	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0414.474.169	asbl Eneo	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0418.415.834	Enéosport	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0421.461.634	Senoah	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.509.480	Ocarina VoG	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0460.213.530	asbl Solival Wallonie-Bruxelles	
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.905.856	asbl vie féminine	

38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.977.357	ASD Luxembourg
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.383.442	ASBL Altéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0422.463.803	Altéo VoG
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0445.266.919	Permanence Soins à Domicile ASBL
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0421.218.045	asbl FSMI
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0411.971.074	ASBL Ocarina
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.674.974	Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon ASBL
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0418.415.042	L'ourson enrhumé
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0435.882.762	ASD Liège Huy Waremme
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0421.346.719	Adomisil
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0430.305.757	Familienhilfe
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0415.862.952	Aide Familiale Bruxelles
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.333.160	ASD Namur
93	Patrimoine	0475.008.109	ENTRAIDE ET SANTE DU NAMUROIS
95	Accords de collaboration non ventilés	0508.800.335	CONNEXION SANTE
95	Accords de collaboration non ventilés	0447.455.456	MCK MedISO ASBL
95	Accords de collaboration non ventilés	0644.654.179	Rémésio Province de Namur
95	Accords de collaboration non ventilés	0410.271.990	Entrepreneariat et Innovation Sociaux à Bruxelles (EISB ASBL)
95	Accords de collaboration non ventilés	0476.160.627	Fonds d'entraide Solimut
95	Accords de collaboration non ventilés	0869.879.271	DEVELOPPEMENT MEDICO-SOCIAL REGIONAL
95	Accords de collaboration non ventilés	0728.670.730	Rémésio Province du Brabant wallon
95	Accords de collaboration non ventilés	0401.447.762	ENTRAIDE ET SANTE
95	Accords de collaboration non ventilés	0766.915.355	InterMedSo Luxembourg

B. Union nationale + Société(s) mutualiste(s)

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2021/1	01/01/2021	122,71	122,71	0,00	0,00
Total				133,68	133,68	0,00	0,00

Total A + B

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
134	Mutualité chrétienne de la province de Namur	2022/1	01/01/2022	139,03	139,03	139,03	139,03
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2021/1	01/01/2021	122,71	122,71	0,00	0,00
Total				272,71	272,71	139,03	139,03

ANHANG 3 Liste der Gemeinden je Gesundheitstreff (GT)
(und Zuordnung zu den Bezirken)



201109_Annexe 3
Statuts MC V2.0.xlsx

ANHANG 4: Liste der Genesungshäuser (Artikel 65)

- DOMAINE DE NIVEZE in SPA
- HOOIDONK in ZANDHOVEN
- TER DUINEN in NIEUWPOORT

ANHANG 5: ZUSAMMENFASSUNG DER SUBVENTIONEN, DIE SICH AUS DER SATZUNG ERGEBEN

JAHRE 2020, 2021 und 2022 – VORGESTELLT AUF DER GENERALVERSAMMLUNG VON JUNI 2021✓ **Subventionen zugunsten der Vermögensverwaltungsvereinigungen - Übersicht (Code 93)**

Vermögensverwaltungs-VoG (Satzungsartikel 102)	Subvention Jahr 2020	Geplante maximale Subvention Jahr 2020	Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2022
MC-Patrimoine	270.978,95	300.000,00	-		

✓ **Übersicht über die Subventionierung von Sozial- und Gesundheitsstrukturen gemäß Artikel 1, 5° des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung von Artikel 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 (Code 38).**

Subventionierte Körperschaft (Satzungsartikel 69)		Subvention Jahr 2020	Geplante maximale Subvention Jahr 2020	Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2022
1	Asbl Altéo	4.160.939	4.729.000	4.121.000	4.121.000	4.121.000
2	Asbl Ocarina	2.554.700	3.095.000	2.320.000	2.320.000	2.320.000
3	Asbl Enéo	2.229.432	2.961.000	2.535.000	2.535.000	2.535.000
4	Asbl Enéo Sport	328.688	502.500	435.000	435.000	435.000
5	Solival Wallonie-Bruxelles	587.215	705.000	700.000	700.000	700.000
6	Créagora	540.000	540.000	405.000	405.000	405.000
7	FSMI (Fédération Services maternels et infantiles)	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
8	Senoah asbl	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000
9	Centre d'Education du Patient	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
10	FASD	31.995	34.000	25.000	25.000	25.000
11	Fédération des Centres de Planning et de Consulation	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
12	<u>Altéo VoG</u>	101.163	-	110.000	110.000	110.000
13	<u>Ocarina VoG</u>	147.940	200.000	170.000	170.000	170.000
14	<u>Die Eich</u>	182.497	200.000	190.000	190.000	190.000
15	<u>MOC</u>	61.974	65.000	61.974	65.000	65.000
	Total	11.126.542,78	13.231.500,00	11.272.974,00	11.276.000,00	11.276.000,00

Die Subventionen werden jährlich von der Generalversammlung festgelegt.

Der Verwaltungsrat darf die vorgeschlagenen Subventionen ändern, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind

- Die Entscheidung des Verwaltungsrates ist unverzüglich per Einschreiben mit Unterschrift eines bevollmächtigten Vertreters der Krankenkasse an das Kontrollamt der Krankenkassen zu übermitteln;
- in diesem Schreiben ist das Datum des Inkrafttretens dieses Beschlusses zu nennen;
- die Änderungen sind auf der nächsten Generalversammlung rückwirkend für das laufende Jahr in die Satzung aufzunehmen.

✓ **Finanzierung kollektiver Maßnahmen - Übersicht (Code 38)**

Finanzierte Körperschaft (Satzungsartikel 71)	Subvention Jahr 2020	Geplante maximale Subvention Jahr 2020	Subvention Jahr 2121	Geplante maximale Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2022
ASBL Vie Féminine	126.000 €	126.000 €	126.000 €	126.000 €	126.000 €

✓ **Subventionierung der Betreuungsdienste für kranke Kinder - Übersicht (Code 38)**

Subventionierte Körperschaft (Satzungsartikel 81)	Subvention Jahr 2020	Geplante maximale Subvention Jahr 2020	Subvention Jahr 2021	geplante maximale Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2022
1 Adomisil (asbl La Babillarde)	16.654 €	40.000 €	-5.097 €	20.000 €	20.000 €
2 Bab'Atchoum (asbl RAIDS)	19.246 €	60.000 €	6.565 €	50.000 €	50.000 €
3 L'ourson enrhumé (asbl Les Arsouilles)	12.040 €	170.000 €	20.000 €	20.000 €	20.000 €
4 Familienhilfe-dienst der christlichen frauenliga-deutschsprachige gemeinschaft	4.543 €	15.000 €	-622 €	5.000 €	5.000 €
5 Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon (109)	199.944 €	455.000 €	87.502 €	180.000 €	180.000 €
6 Aide et Soins à Domicile Hainaut-Oriental (128)	170.864 €	182.000 €	74.002 €	140.000 €	140.000 €
7 AIDE ET SOINS A DOMICILE HAINAUT PICARDIE, EN ABREGE : ASD HPIC	41.575 €	300.000 €	82.457 €	140.000 €	140.000 €
8 Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme (130)	345.884 €	450.000 €	105.303 €	180.000 €	180.000 €
9 Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg (132)	156.243 €	225.000 €	18.144 €	90.000 €	90.000 €
10 Aide et Soins à Domicile en Province de Namur (134)	113.325 €	230.000 €	-7.652 €	50.000 €	50.000 €
11 Aide et Soins à Domicile Bruxelles (135)	396.707 €	745.000 €	140.310 €	155.000 €	155.000 €
12 PSD	151.819 €	170.000 €	107.497 €	150.000 €	150.000 €
	1.628.843 €	3.042.000 €	628.409 €	1.180.000 €	1.180.000 €

ANHANG 6: Subventionierung, die über die A.S.B.L. Holding organisiert wird (Code 95) - (Artikel 70)

Subventionierte Körperschaft (Satzungsartikel 70)	Subvention Jahr 2020	Geplante maximale Subvention Jahr 2020	Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2021	Geplante maximale Subvention Jahr 2022
1 Remeso en BW (109)	0 €	120.000 €	0 €	880.000 €	305.195 €
2 DEVELOPPEMENT MEDICO-SOCIAL REGIONAL (128)	0 €	0 €	0 €	1.405.775 €	553.793 €
3 Connexion Santé (129)	1.000.000 €	1.000.000 €	0 €	3.428.000 €	492.598 €
4 Entraide et santé (130)	0 €	0 €	0 €	1.480.395 €	695.091 €
5 InterMedSo Luxembourg (132)	0 €	0 €	0 €	698.757 €	375.888 €
6 Remeso (134)	4.514 €	200.000 €	0 €	1.321.000 €	501.451 €
7 Entreprenariat et Innovation Sociaux à Bruxelles (EISB ASBL) (135)	0 €	0 €	0 €	1.915.000 €	454.085 €
8 Mediso MCK (137)	0 €	0 €	0 €	512.000 €	290.366 €
9 Fesol	0 €	0 €	512.500 €	512.500 €	512.500 €
	1.004.514 €	1.320.000 €	512.500 €	12.153.427 €	4.180.967 €

ANHANG 7: Liste Der chronischen Erkrankungen für die Betreuung kranker Kinder (Artikel 82)

LISTE DER SCHWEREN UND CHRONISCHEN KRANKHEITEN BEI KINDERN VON 0 BIS 18 JAHREN, DIE FÜR DIE BETREUUNG KRANKER KINDER ERSTELLT WURDE

1. Zerebralparese
2. Schwere primäre Immunschwäche, die eine längere Behandlung erfordert, und schwere erworbene Immunschwäche.
3. Insulinabhängiger oder nicht insulinabhängiger Diabetes, der nicht allein durch Diät kontrolliert werden kann.
4. Epilepsie
5. Schwere Form einer neuromuskulären Erkrankung (einschließlich Myopathie) mit umfangreichen motorischen Beeinträchtigungen.
6. Schwere kardiale Fehlbildungen
7. Niereninsuffizienz
8. Atmungsinsuffizienz
9. Hämophilie
10. Homozygote Hämoglobinopathie
11. Erbliche Stoffwechselerkrankung, die eine längere spezialisierte Behandlung erfordert
12. Mukoviszidose
13. Entzündliche Arthritis
14. Psychose, Persönlichkeitsstörungen, mentale Retardierung
15. Zustand nach Organtransplantation
16. Aktive Tuberkulose
17. Bösartiger Tumor, bösartige Erkrankung des lymphatischen oder hämatopoetischen Gewebes (Krebs)
18. Nicht gelistete Krankheiten, die eine längerfristige Behandlung für einen absehbaren Zeitraum von mehr als 12 Monaten erfordern.

ANHANG 8: Liste der Zentren für psychologische Beratung (Artikel 89)

GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - ÖSTLICHER HENNEGAU			
ZENTRUM	ANSCHRIFT	TELEFON	E-MAIL
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Avenue Charles Deliège, 66 7130 - Binche	064/236.434	binche@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Grand'Rue, 38 6460 - Chimay	060/414.022	chimay@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Rue du Collège, 10 6220 - Fleurus	071/548.353	fleurus@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Rue du Marché, 6 - 3ème étage 7100 - La Louvière	064/236.400	lalouviere@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Rue de la Gare du Nord, 6 6530 - Thuin	071/596.665	thuin@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Boulevard Joseph II, 14 6000 Charleroi	071/328.844	charleroi@la-bulle.org
L'autre Rive	Rue du Laboratoire 29 6000 Charleroi	071/33.41.62	lautreive@skynet.be
Centre de planning familial « LE TERRIL » - Jumet	Rue Auguste Frison, 56 6040 Jumet	071/32.94.97	centre.le.terril@proximedia.be
Centre de planning familial du CPAS de Braine-le-Comte	Rue des frères Dulait, 19 7090 Braine-le-Comte	067/55 07 40	laurence.jansseune@7090.be
Centre de planning familial du CPAS de Charleroi « Les Haies »	Rue du calvaire, 159 6060 Gilly	071/ 28 55 88	pf@csgh.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	Rue d'Orléans, 34 6000 Charleroi	071/20.88.38	cpf.lalouviere@solidaris.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	avenue Max Buset, 40 (1er étage) 7100 La Louvière	064/22.88.40	cpf.lalouviere@solidaris.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	Rue de Gosselies, 7 6183 Trazegnies	071/50.78.60	cpf.trazegnies@solidaris.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	Rempart du Vieux Cimetière, 15 7060 Soignies	067/ 22.03.35	cpf.soignies@solidaris.be
Centre de planning familial La Famille Heureuse du Centre – La Louvière	Centre Claire Houtain Rue Warocqué, 124 7100 La Louvière	064/ 26.21.62	info@plafam.be
Centre de planning familial Collectif Contraception	Avenue des alliés, 26 6000 charleroi	071/314667	collectif.contraception.charleroi@skynet.be
Centre de planning familial Infor Famille Charleroi	rue Léon Bernus, 14 6000 Charleroi	071/31.30.60	inforfamille.charleroi@gmail.com
Services de santé mentale Le Portail	Rue de la Déportation 5 6500 Beaumont	071/70.07.59	
Centre de guidance psychologique	Rue de Bruxelles 18 7130 Binche	064/33.63.68	
Centre de guidance psychologique	Rue de la science 7 6000 Charleroi		
Centre de guidance de Charleroi	Rue Léon Bernus 22 6000 Charleroi	071/31.63.78	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Asbl Trametis	Grand Rue 67 6000 Charleroi	071/70.00.03	trametis@gmail.com
Service de santé mentale du CPAS de Charleroi « Site Charleroi »	rue Leon Bernus 18 6000 Charleroi	071/32.94.18	
Centre d'accueil Psycho-Social	Rue du collège 39 6200 Châtelet		
Centre de guidance psychologique	Rue de la Croisette 109 6180 Courcelles		
Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi – « Site de Gosselies »	Faubourg de Charleroi 7 6041 Gosselies	Tél : 071/202.441	
Centre de santé mentale de Jolimont asbl	Rue Ferrer 196 7100 Haine-Saint-Paul	064/23.33.48	
Service de santé mentale du CPAS de Charleroi « Site Jumet »	Rue de Gosselies 56A 6040 Jumet		
Service de santé mentale Psy Chic.ssm asbl	Rue du Moulin 54 bloc BO 7100 La Louvière	064/22.25.71	
Services de santé mentale Le Pichotin	Rue Albert 1er 21 6540 Lobbès	071/55.92.30	
Services de santé mentale Le Dièse asbl	rue des Déportés, 7 7070 Mignault	067/21.24.77	
Le centre d'accueil psycho-social	Avenue du Centenaire 75 6061 Montignies-sur-Sambre	071/36.46.38	
Services de santé mentale Ariane	Grand Rue 113 7140 Morlanwelz	064/26.46.36	
Service de santé mentale	Ruelle Scaffart 7060 Soignies		
Maison médicale la Brèche	Place Wilson 126 6200 Châtelaineau	071/397965	
Collectif de santé de Charleroi Nord	Place du Nord Michel Levie 11 6000 Charleroi	071/415324	
Centre de santé la Chenevière	rue de la Grande Chenevière 95 6001 Marcinelle	071/435995	
Maison médicale de Dampremy	Rue du Phénix 3, 6020 Dampremy	071/140140	
Maison de santé Espace Temp	Rue du Calvaire 98 6060 Gilly	071/423111	
Maison médicale la Glaise	rue Léon Dubois 241 6030 Marchienne-au-Pont	071/318 47	
Maison médicale de Médecine pour le Peuple - Marcinelle a.s.b.l.	Rue de la Vieille Place 67 6001 Marcinelle	071/476496	
Maison médicale de Ransart	Place François Goffe, 32 6043 Ransart	071/353151	
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - PROVINZ LUXEMBURG			
L'autrement dit	Chaussée de St-Hubert, Morhet, 135 6640 Vaux-sur-Sûre	0498 474 124	https://lautrementedit.net/l-autrement-dit
Centre de planning et de consultation conjugale et familiale Asbl	Rue P. Thomas 10R 6600 Bastogne	061 21 36 12	
Centre pluraliste familial Asbl	Grand Rue 5 6800 Libramont-Chevigny	061 22 35 61	
Centre de planning et de consultation conjugale et familiale Asbl	Rue de Bastogne 46 6700 Arlon	063 22 12 48	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Centre pluraliste familial	Avenue Bouvier 145 6760 Virton	063 57 95 24	
Centre pluraliste familial Asbl	Rue du Luxembourg 22 6900 Marche-en-Famenne	084 47 82 37	
Planning familial Ourthe-Ambleve Asbl	Route de Marche 56 6940 Durbuy	086 21 85 44	
Service de santé mentale d'Arlon	Rue Léon castilhon 62 6700 Arlon	063 22 15 34	
Service de santé mentale de Bastogne	Rue des Scieries 71 6600 Bastogne	061 21 28 08	
Service de santé mentale de Bouillon	Rue du Collège 5 6830 Bouillon	061 46 76 67	
Service de santé mentale de Libramont	Grand-Rue 8 6800 Libramont-Chevigny	061 22 38 72	
Service de santé mentale de Marche	Rue du Luxembourg 15 6900 Marche-en-Famenne	084 31 20 32	
Service de santé mentale de Saint-Hubert	Rue du Mont 87 6870 Saint-Hubert	061 61 15 99	
Service de santé mentale de Virton	Rue Croix-Le-Maire 19 6760 Virton	063 21 79 20	
Espace Chrysalide	Rue Jean Meunier 10 6920 Wellin		
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - LÜTTICH			
Centre d'Oultremont (Liège)	Rue Hors Château 59 4000 Liège	04 223 75 23	doultremont@pro.tiscali.be
Centre de réadaptation de l'enfant (Liège)	Rue Hors-Château 61 4000 Liège	04 222 13 07	creasbl@scarlet.be
Centre de Santé Mentale Enfants-Parents, asbl universitaire (Liège)	Rue Lambert le Bègue 16 4000 Liège	04 223 41 12	csmu@cybernet.be
Centre pour la Valorisation des Intelligences Multiples (CVIM)	Rue Sainte-Marie 8 4000 Liège	04 222 22 20	contact@cvim.be
CHU (Sart-Tilman)	Domaine du Sart-Tilman 1 4000 Liège	04 242 52 52	
CITES – Clinique du stress (Liège)	Voisinage des Cellites 12 4000 Liège	04 254 73 05	
Clinique psychologique et logopédique de l'ULg (CPLU) (Sart Tilman)	Boulevard du Rectorat 3, Bât 33 4000 Liège	04 366 92 96	cplu@ulg.ac.be
Maison médicale du Cadran (Liège)	Rue Sainte Marguerite 124 4000 Liège	04 224 94 44	
Maison médicale Le Laveu (Liège)	Rue du Laveu 74 4000 Liège	04 253 69 53	mmlaveu@mmlaveu.be
Maison médicale Saint Léonard (Liège)	Rue Maghin 74 4000 Liège	04 227 13 43	
Polyclinique du CHC St Joseph (Liège)	Rue de Hesbaye 75 4000 Liège	04 224 81 11	www.chc.be
polyclinique du CHU de la Sauvenière (Liège)	Boulevard de la Sauvenière 117 4000 Liège	04 242 52 52	
Polyclinique du Méry (Liège)	rue du Méry 26 4000 Liège	04 223 73 37	www.chc.be
Polyclinique Notre Dame des Anges (Glain)	Rue Emile Vandervelde 67 4000 Liège	04 224 73 09	www.chc.be
Psycho-J (Liège)	Rue Hors-Château 61 4000 Liège	04 223 55 08	psychoj@scarlet.be

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Service de santé mentale « Sygma » (Liège)	Rue Jacob Makoy 57 4000 Liège	04 252 53 39	sygma@aigs.be
Service de santé mentale Franchimontois (Liège)	Rue des Franchimontois, 4B 4000 Liège	04 227 36 17	ssmfranchimontois@isosl.be
Service de santé mentale Saint Christophe (Liège)	Place Saint-Christophe, 2 4000 Liège	04 223 17 31	ssmstchristophe@isosl.be
CHR Citadelle	Bvd du 12e de ligne 1 4000 Liège	04 225 61 11	www.chrcitadelle.be
Clinique Ste Rosalie	rue des Wallons 72 4000 Liège	04 254 72 11	www.chrcitadelle.be
Service de santé mentale Accolade (Liège)	rue des Bruyères 127-129 4000 Liège		
Le "37"	rue Saint-Gilles 29 4000 Liège	04 2237789	info@le37.be
Estelle Mazy – Liège	rue de la Cathédrale 94 4000 Liège	04 22351 20	estellemazy@hotmail.com
Alfa (Assuétudes)	rue de la Madeleine 17 4000 Liège	04 2230903	
Club André Baillon	rue Fontaines Roland 7-9 4000 Liège	04 2211850	clubandrebaillon.csm@skynet.be
Revers-Siajef	rue Maghin 19 4000 Liège	04 2289898	info@siajef.be
Tabane (Exil)	rue Saint Léonard 510 4000 Liège	04 3412966	tabane@skynet.be
Centre de santé intégré Hélios	place St Jacques 24/02 4000 Liège	04 222 26 93	
Polyclinique du CHC St Vincent (Rocourt)	Rue Françoise Lefèbvre 207 4000 Rocourt	04 239 47 00	www.chc.be
Service de santé mentale de Jupille	Cité André Renard 15 4020 Jupille-sur-Meuse	04 365 12 37	ssm.jupille@aigs.be
CLIPS (centre liégeois d'intégration psychosociale)	Rue Alex Bouvy 18 4020 Liège	04 341 29 92	clips@skynet.be
Hôpital de jour « La clé » (Liège)	Boulevard de la Constitution 153 4020 Liège	04 342 65 96	www.hjulacle.be
Maison médicale Les Houlpays (Liège)	Thier de la Chartreuse 2 4020 Liège	04 345 07 87	
polyclinique du CHU Lucien Brull (Liège)	Quai Godefroid Kurth 45 4020 Liège	04 242 52 52	
Psyliège (Liège)	Quai Mativa 58/11 4020 Liège	0471 06 73 56	
Service de santé mentale d'Angleur / initiative Fil-à-fil	quai des Ardennes 64 4020 Liège	04 269 00 42	filafilangleur@isosl.be
Club André Baillon II	rue Louis Jamme 29 4020 Liège	04 3429711	clubandrebaillon.sam@skynet.be
Maison médicale l'Herma	rue Natalis 73 4020 Liège	04 344 55 40	
Maison médicale la Passerelle	rue Gaston Grégoire 16 4020 Liège	04 344 94 44	
Asbl AvanceToi (Liège)	rue Nicolas Spiroux 80 4030 Grivegnée	0496 17 90 83	hp@avancetoi.be
Service de santé Mentale d'Angleur	rue Vaudrée 40 4031 Angleur	04 365 14 53	ssmangleur@isosl.be
Plateforme des soins palliatifs en Province de Liège (Liège)	Boulevard de l'Ourthe 10-12 4032 Chênée	04 342 35 12	liege@palliatifs.be
polyclinique du CHU Notre Dame des Bruyères (Chênée)	Rue de Gaillarmont 600 4032 Chênée	04 242 52 52	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Service de santé mentale de Herstal	Rue Saint-Lambert 84 4040 Herstal	04 240 04 08	ssm.herstal@aigs.be
Clinique de Château Rouge	rue du Grand Puits 47 4040 Herstal	04 240 59 05	www.chrcitadelle.be
Maison médicale L'Atoll	rue Large Voie 5 4040 Herstal	04 264 64 84	
Médecine pour le peuple asbl Herstal	avenue Francisco Ferrer 26 4040 Herstal	04 264 73 33	
Espace santé D4 (Embourg)	Avenue du Centenaire 17 4053 Embourg	0486 84 58 47	
Centre de Guidance de Seraing	Rue Hya 71 4100 Seraing	04 337 20 64	ssmseraing@gmail.com
Maison médicale Agora (Seraing)	Rue de Rotheux 64 4100 Seraing	04 338 53 43	
Maison médicale Bautista (Seraing)	Rue de la Baume 215 4100 Seraing	04 336 88 77	
Maison médicale Solidarités (Seraing)	Rue du Val Saint Lambert 219 4100 Seraing	04 338 01 55	
Médecine pour le peuple asbl Seraing	rue de Plainevaux 5 4100 Seraing	04 385 02 42	
Maison médicale Oxygène	place des Verriers 14 4100 Seraing	04 337 56 85	
Centre de guidance	Voie du promeneur 13 4101 Jemeppe S/Meuse	04 2311042	ssmjemeppe@skynet.be
asbl Nouvelle ère (Ougrée)	rue de la rose 12 B 4102 Ougrée	04 338 00 43	
Maison médicale d'Ougrée	Rue de la Rose 163 4102 Ougrée	04 337 80 80	
Service de santé mentale d'Ougrée	rue Bertholet 29 4102 Ougrée	04 3374953	
polyclinique du CHU d'Esneux	Rue Grandfosse 31-33 4130 Esneux	04 242 52 52	
Service de santé mentale de Comblain	Rue d'Aywaille 22 4170 Comblain-au-Pont	04 369 23 23	ssm.comblain@aigs.be
Service de santé mentale de Hannut	Rue Zénobe Gramme 48 4280 Hannut	019 51 29 66	ssm.hannut@aigs.be
L'Oasis familiale	chaussée de Wavre 22 B 4280 Hannut	019 511110	planning.oasis.hannut@belgacom.net
Polyclinique du CHC Notre Dame à Waremme	Rue de Sélvs-Longchamps 47 4300 Waremme	019 33 94 11	www.chc.be
Service de santé mentale de Waremme	Rue Guillaume Joachim 49 4300 Waremme	019 32 47 92	ssm.waremme@aigs.be
L'Oasis familiale	avenue Ed. Leburton 20 A 4300 Waremme	019 332239	planning.oasis.hannut@belgacom.net
SSM – CPAS	rue Spinette 2 4400 Flemalle	04 2351050	secretariat.ssm@flemalle.be
Maison médicale Le Tournesol (Flémalle)	Grand Route 240 4400 Flemalle	04 234 00 15	
Epsilon (AICS)	rue Saint Lambert 84 4400 Herstal	04 2400408	
Les Lieux Dits (Assuétudes)	rue Saint Lambert 84 4400 Herstal	04 2400408	
Paroles d'Ainés	rue Saint Lambert 84 4400 Herstal	04 2400408	
Polyclinique du CHC de l'Espérance (Montegnée)	Rue Saint Nicolas 447-449 4420 Montegnée	04 224 98 30	www.chc.be
Service de santé mentale de Montegnée	Chaussée Churchill 28 4420 Montegnée	04 364 06 85	ssm.montegnee@aigs.be
Maison médicale de Tilleur	Rue Malgarny 2 4420 Tilleur	04 233 14 79	accueil@mmtilleur.be

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Maison médicale La Légia	rue Gilles Magnée 124 4430 Ans	04 247 42 48	
Maison médicale L'aquarelle (Grâce-Hollogne)	Rue Mathieu de Lexhy 170 4460 Grâce-Hollogne	04 234 22 44	
Maison médicale Cap Santé (Huy)	Quai de Compiègne 52 4500 Huy	085 825 625	info@capsante.be
Service de santé mentale L'accueil (Huy)	Rue de la Fortune 6 4500 Huy	085 25 42 26	csmaecueil@skynet.be
CHR Hutois	rue des Trois Ponts 2 4500 Huy	085 27 27 27	www.chrh.be
Polyclinique du Mont Falise	chaussée de Waremme 509 4500 Huy	085 27 27 27	www.chrh.be
Service de santé mentale de Nandrin	Place Arthur Botty 1 4550 Nandrin	085 51 24 15	ssm.nandrin@aigs.be
Service de santé mentale de Nandrin	place Botty 1 4550 Nandrin	085 512415	ssm.comblain@aigs.be
Centre Léon Halkein (Visé)	Rue de Sluse 17 4600 Visé	04 379 39 36	centredguidance@skynet.be
Service de santé mentale de Visé	Rue de la fontaine 53 4600 Visé	04 379 32 62	ssm.vise@aigs.be
Estelle Mazy- R&M – Visé	rue Porte de Lorette 1 4600 Visé	0486 663274 - 04 2677485	erre.et.aime@gmail.com
Service de santé mentale de Beyne-Heusay	Grand-route 306 4610 Beyne-Heusay	04 358 71 53	ssm.beyneheusay@aigs.be
Polyclinique du CHC de Retinne	rue Laurent Gilys 19 4621 Retinne	04 358 27 35	www.chc.be
Service de santé mentale de Soumagne	Rue de l'Egalité 250 4630 Soumagne	04 377 46 65	ssm.soumagne@aigs.be
Service de santé mentale de Blegny	Place Ste Gertrude 1a 4670 Blegny	0498 90 03 22	ssm.blegny@aigs.be
Service de santé mentale d'Oupeye	Rue du Ponçay 1 4680 Oupeye	04 264 33 09	ssm.oupeye@aigs.be
Polyclinique du CHC Notre Dame de Hermalle-Sous-Argenteau	Rue Basse Hermalle 4 4681 Hermalle-sous-Argenteau	04 374 70 70	www.chc.be
Centre de diagnostic (Verviers)	Rue Laoureux 31 4800 Verviers	087 30 86 00	cdv.direction@skynet.be
Centre familial d'éducation – SSM (Verviers)	Rue des Déportés 30 4800 Verviers	087 22 13 92	cfe.ssm@skynet.be
Service de santé mentale de Verviers	Rue de Dinant 20-22 4800 Verviers	087 22 16 45	dadministration@ssmverviers.be
AICS	rue de Dinant 18 4800 Verviers	087 223878	
Avat	rue de Dinant 22 4800 Verviers	087 221645	
Sapi	rue de Dinant 11 4800 Verviers	087 774510	
Maison médicale Mosaïque	rue des Sottais 1 4800 Verviers	087 31 62 90	
Polyclinique Ste Elisabeth (Heusy)	Rue de Naimeux 17 4802 Heusy	087 21 37 00	www.chc.be
Service de santé mentale de Trooz	Grand Rue 64 4870 Trooz	0496 27 23 47	ssm.trooz@aigs.be
Maison médicale Trooz santé	Grand Rue 64 4870 Trooz	04 267 08 90	
Maison médicale MGA/Centre de santé de l'Amblève (Aywaille)	Rue de Septroux 5 4920 Aywaille	04 384 30 30	info@centredesante-ambleve.be
Polyclinique du CHC d'Aywaille	place Marcellis 8 4920 Aywaille	04 384 53 38	www.chc.be

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

polyclinique du CHU d'Aywaille	Rue Henry Orban 5 4920 Aywaille	04 242 52 52	
Planning familial Ourthe-Ambève	place Marcellis 12 4920 Aywaille	04 3846699	
Polyclinique d'Andenne	rue Bertrand 92 5300 Andenne	085 27 27 27	www.chrh.be
Asbl Sélina (Liège)		081 22.49.19	
Cancer et psychologie asbl (Liège et Namur)	Quai Churchill, 3A 4020 Liège	0499 33 26 79	canceretpsylog@skynet.be
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - WALLONISCH BRABANT			
UCL (Université catholique de Louvain) - CPS (Consultations Psychologiques Spécialisées)	rue Paulin Ladeuze, 7 à 1348 Louvain-La-Neuve	+32 (0)10 474 014	cps-ppsp@uclouvain.be www.cps-emotions.be
CPF Tubize Rosa Guillmot	Rue Ferrer,3 1480 Tubize	02/355.01.99	pascale.vanschel@mutsoc.be
CPFP Tubize	Rue des Frères Taymans, 32/202 1480 Tubize	02/355.69.45	cpftubize@hotmail.com
CPF Nivelles	Bvd des Archers, 52 1400 Nivelles	067/21.72.20	planningnivelles@skynet.be
CPF Braine l'Alleud	Place Sainte-Anne, 14 1420 Braine l'Alleud	02/384.82.24	planningbraine@yahoo.fr
CPFP Waterloo	Chaussée de Bruxelles, 409A 1410 Waterloo	02/354.63.29	planningfamilialwaterloo@hotmail.com
CPF La Hulpe Lasne Rixensart	Rue de Rixensart, 27 1332 Genvral	02/653.86.75	planningenvral@skynet.be
CPF Wavre	Rue Théophile Piat, 26 1300 Wavre	010/22.55.88	planningwavre@gmail.com
CPF Infor Famille Wavre	Rue de Bruxelles, 20 1300 Wavre	010/22.46.96	infor.familiebww@scarlet.be
Aimer à Louvain-La-Neuve	Cours des Trois Fontaines,31 1348 LLN	010/45.12.02	planning.familial.lln@swing.be
Maison de la famille Perwez	Rue des Marronniers, 4 1360 Perwez	081/65.56.96	cpf.perwez@skynet.be
SSM provincial Jodoigne	Chaussée de Tirlemont, 89 1370 Jodoigne	010/81.31.01	ssm.jodoigne@brabantwallon.be
SSM provincial Tubize	Rue du Château,42 1480 Tubize	02/390.06.37	ssm.tubize@brabantwallon.be
SSM provincial Nivelles	Chaussée de Bruxelles, 55 1400 Nivelles	067/21.91.24	ssm.nivelles@brabantwallon.be
Entre mots	Rue des Fusillers, 20 1340 Ottignies	010/41.80.93	entremots@CSPO.be
Service de santé mentale Wavre	Avenue du Belloy, 45 1300 Wavre	010/22.54.03	ssm.wavre@skynet.be
Safrans asbl	Rue Jules Hans, 43 1420 Braine l'Alleud	02/384.68.46	safrans@ssmsafrans.net
Centre de guidance LLN	Grand-Place, 43 1348 LLN	010/47.44.08	centre-de-guidance-lln@uclouvain.be
Service de santé mentale LLN	Rue Paulin Ladeuze, 13 1348 LLN	010/47.44.08	centre-de-guidance-lln@uclouvain.be
Centre de guidance CPAS Nivelles	Rue Samiette, 70 1400 Nivelles	067/28.11.50	bernadette.desutter@cpas-nivelles.be
Espace Santé	Avenue des Combattants, 47/2 - 49 1340 Ottignies	010/40.22.65	
Atout cœur	Chaussée des Gaulois, 13 1300 Wavre	010/22.59.66	
Maison médicale de la Thyle	Rue Emile Henricot, 7	010/77.00.73	info@mmthyle.be

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

	1490 Court-Saint-Etienne		
Maison médicale de Mont-Saint-Guibert	Rue Demi-Lune 4 1435 Mont-Saint-Guibert	010/65.66.43	
Clinique du Lien	Rue de la station, 35 1332 Genval	0474/19.21.75	info@lacliniquedulien.be
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - VERVIERS-EUPEN			
Centre Diagnostic de Verviers	Rue Laoureux 31 4800 Verviers	087/30.86.00	
Klinik Sankt Josef - Sankt Vith	Klosterstraße 9 4780 St.Vith	080/85.44.11	
Clinique des Frères Alexiens (Henri-Chapelle)	Rue du Château de Ruyff, 68 4841 Henri-Chapelle	087/59.32.11	
Centre hospitalier Peltzer La Tourelle (CHPLT)	Rue du Parc, 29 4800 Verviers	087/21.21.11	
Centre hospitalier chrétien (CHC)	Rue de Naimeux, 17 4802 Heusy	087/21.31.11	
Sankt-Nikolaus-Hospital Eupen	Hufengasse 4-8 4700 Eupen	087/59.95.99	
Hôpital de jour la Clé	Boulevard de la Constitution, 153 4020 Liège	04/342.65.96	
CRI-PTOS	Rue St Vincent, 18 4840 Welkenraedt	087/33.06.94	
Centre de Guidance – Malmédy	Rue Derrière les Murs, 5 4960 Malmédy	080/33.81.65	
CFE (Centre Familial d'Education) Verviers	Rue des Déportés, 30 4800 Verviers	087/22.13.92	
SSM Service de santé mentale – Verviers	Rue de Dinant 15-18-20—22 4800 Verviers	087/22.16.45	
BTZ Beratungs- und Therapiezentrum - Eupen und St. Vith	Vervierser Straße 14 4700 Eupen Vennbahnstraße 4/6 4780 St. Vith	087/59.80.59 080/22.76.18	
CPF La Famille heureuse Verviers	Rue des Raines 111 4800 Verviers	087/35.13.73	
CPF Inforcouple - Verviers	Rue Laoureux 52 4800 Verviers	087/35.04.44	
La Bulle d'Air - Dison	Rue Albert 1er 75 4800 Verviers	087/68.88.85	
Mosaïque-Verviers	Rue des Sottais, 1 4800 Verviers	087/31.62.90	
Le Thier Mère Dieu Verviers	Thier Mère Dieu 12 4800 Verviers Avenue de Spa, 21 4800 Heusy	087/30.60.90 087/30.64.12	
Air Pur	Voie de l'air pur 241 4052 Beaufays	04/358.00.04	
Polyclinique Notre-Dame des Anges	rue Émile Vandervelde 67 4000 Glain	04 224 73 09	
Polyclinique Notre-Dame de Waremme	rue de Sélys-Longchamps 47 4300 Waremme	019 33 94 11	
Polyclinique Saint-Vincent	rue François Lefèbvre 207 4000 Rocourt	04 239 47 00	
Centre de Réadaptation de l'Enfant – CRE	rue Hors-Château 61 à 4000 Liège	04 222 13 07	
Service de Santé Mentale l'Accueil de Huy	rue de la Fortune 6 4500 Huy	085 25 42 26	
ASBL Psycho-J - Service de santé mentale	rue Hors-Château n° 59 4000 Liège	04 223 55 08	
Centre d'Informations, de Thérapeutiques et	rue Professeur Mahaim n°84 à 4000 Liège		

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

d'Etudes sur le Stress – CITES			
Polyclinique de l'Espérance	rue Saint-Nicolas n° 447-449 4420 Montegnée	04 224 91 11	
Clinique Psychologique et Logopédique de l'Université de Liège (CPLU)	boulevard du Rectorat 3, Bâtiment 33 4000 Liège - Sart Tilman	04 366 92 96	
Prisma VOG	Aachener Straße 81 – 4700 Eupen	087 74 42 41	kontakt@prisma-frauenzentrum.be
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN – HENNEGAU PICARDIE			
CRP Les Marronniers	Rue Despars, 94 – 7500 Tournai	069 88 03 20	
Maison médicale Le Gué	Rue Saint Piat 56A 7500 Tournai		
Maison médicale La Venelle	Rue de la Madeleine 62 7500 Tournai		
Maison médicale Ere	Vieux Chemin d'Ere 9 7500 Tournai		
Maison médicale Atlante	Rue de l'Industrie 94 7730 St Ghislain		
Maison médicale Le Car d'or	Avenue de Jemappe 135 7000 Mons		
Maison Médicale L'étoile	Place Calmette 16 7080 Frameries		
Maison Médicale L'alizé	Rue de la Poudrière 82 9390 Quaregnon		
Maison Médicale Stéthoplus	Avenue des Châteaux 109 7780 Comines		
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	45, avenue d'Hyon 7000 Mons	065/35.43.71	
SSM du CHR Clinique St Joseph - Hôpital de Warquignies (CT Enfants)	5, avenue des Arbalétriers 7000 Mons	065/ 35.71.78	
Consultations médico-psychologiques - SSM du Tournais (IS Assuétudes)	59b, rue Beyaert 7500 Tournai	069/22.05.13	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	29-31, rue de l'Abbaye 7330 Saint-Ghislain	065/46.54.06	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	7 rue de Maubeuge 7340 Wasmes (Colfontaine)	065/71.10.30	
La Kalaude	137, rue du Commerce 7370 Elouges (Dour)	065/80.15.25	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	21 rue de l'Athénée 7500 Tournai	069/22.72.48	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	161 rue de la Station 7700 Mouscron	056/34.67.89	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	20, chaussée de Warneton 7780 Comines	056/55.71.51	
La Passerelle	21, Square St Julien 7800 Ath	068/28.55.01	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	9 rue Isidore Hoton 7800 Ath	068/26.50.90	
Centre de planning et de consultation	Rue de la Grande Triperie, 46	065/33.93.61	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

familiale et conjugale "La Famille Heureuse"	7000 Mons		
Centre de planning et de consultations familiales et conjugales "Les Arbas"	Rue des Arbalestriers, 100 7000 Mons	065/31.49.00	
Centre de planning familial FPS – Mons	Boulevard Gendebien 5/6 7000 Mons	065/32.99.23	
Centre de Consultations conjugales et familiales "La Famille Heureuse"	Rue Dufrasne Friart, 2 7080 Frameries	065/45.00.24	
Centre Léa Lor - Planning familial du Borinage	Onzième Rue 7330 Saint-Ghislain	065/79.22.32	
Centre de consultations conjugales et familiales "Au Quai"	Rue Duquesnoy, 19 7500 Tournai	069/21.40.76	
La Famille Heureuse - Mouvement belge pour le planning familial - Région du Tournaisis	Rue des Clairisses, 13 7500 Tournai	069/84.72.04	
Centre de planning familial des F.P.S. de Tournai-Ath. "Centre Aurore Carlier"	Rue de Cordes, 8 7500 Tournai	069/84.23.46	
"Le Safran"	Rue du Berceau, 4 7600 Peruwelz	069/78.03.21	
Centre de consultation conjugale et familiale "Infor Vie" - La Passerelle	Rue de la Station, 129 7700 Mouscron	056/34.60.83	
Centre de planning familial Aurore Carlier asbl	Rue du Chemin de Fer, 10 7780 Comines	056/34.05.93	
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale du Pays d'Ath (C.P.F. Ath) - Hôpital de la Madeleine	Rue Marie Thomée, 1 7800 Ath	068/28.16.16	
Centre Laurent Maréchal (Ouïe et Parole)	Avenue de Fécamp, 49 7700 Mouscron		
C.P.A.S. Centre Ouïe et Parole	Boulevard Lalaing 41 7500 Tournai		
ASBL L'Ancre & Le Cap	rue des Fossés 7/9/11 7500 Tournai		
Le CEP	Rue du Crampon 41 7500 Tournai		
Le Saule	Rue du saulchoir 56b 7540 Kain		
Consultations en psychologie clinique - Epicura - Site de Baudour	Rue Louis Caty 136 7331 Baudour		
Consultations en psychologie - CHR Mons-Hainaut	Avenue Baudoin de Constantinople 5 7000 Mons	065/38.55.11	
Consultations en psychologie clinique	24 Chemin du Chêne aux Haies		

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

- Chêne aux Haies (hôpital psychiatrique)	7000 Mons		
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN– NAMUR			
Maison médicale de Bièvre ASBL	Rue de la Wiaule, 7 5555 Bièvre	061/86.01.36	secretaire.mmbievre@gmail.com
Centre Scientifique de suivi Psychothérapeutique (Antenne de Gembloux)	Grand'Rue 23 à 5030 Gembloux	0487/48 48 83	info@psy-csp.be www.psy-csp.be
Selina Service de Santé Mentale (Jambes)	Rue de Dave 124 5100 Namur	081/30.59.29	
SSM Provincial Andenne	Rue de l'Hopital 23 5300 Andenne	085/84.91.50	
SSM Provincial Ciney	Route des Caves 25 5590 Ciney	083/12.48.19	
SSM Provincial Beauraing	Rue de l'Aubépine 61 5570 Beauraing	082/71.13.91	
SSM Provincial Couvain	Ruelle Cracsot 12 5660 Couvain	081/77.68.24	
SSM Provincial Dinant	Rue Alexandre-Daoust 72 5500 Dinant	081/77.68.37	
SSM Provincial Florennes	Rue Gérard de Cambrai 18	081/77.68.31	
SSM Provincial Gembloux	Chaussée de Tirlemont 14a	081/77.67.93	
SSM Provincial Namur	Rue Châteua des Balances 3 bis	081/77.67.12	
SSM Provincial Tamines	Rue Duculot, 11	081/77.68.40	
Maison Médicale La Bruyère (Sambreville)	Rue de Falisolle 199 5060 Auvélais	071/74.24.85	
Maison Médicale des Balances (Namur)	Rue des Bosquets 46 bte 13 5000 Namur	081/83.75.78	
Maison Médicale La Plante Médical (Namur)	Chaussée de Dinant 113-115 5000 Namur		
Maison Médicale de Bomel (Namur)	Rue Artoisenet 2 5000 Namur	081/26.09.33	
Maison Médicale du quartier des Arsouilles (Namur)	Rue Saint Nicolas 44 5000 Namur	081/26.01.91	
Maison Médicale Bequet Medic (Namur)	Rue A bequet 8 5000 Namur	081/84.91.85	
Maison Médicale Médici (Ciney)	Avenue Schlogel 49/1 5590 Ciney	083/21.20.93	
Maison Médicale sur Lesse (Houyet)	Rue de la Station 14 5560 Houyet	082/66.70.60	
Maison Médicale La Poudrière (Jambes)	Rue de la Poudrière 25 5100 Jambes	081/30.69.11	
Centre Médical du Parc (Bouge)	Avenue du Parc 7 5004 Namur	081/21.24.42	
Maison Médicale de Gesves	Ry Del Vau, 2B 5340 Gesves	083/67.70.84	
Le blé en herbe	Espace Kegeljan, Rue Henri Lecocq 47/5, 5000 Namur	081 22 39 39	
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - BRUSSEL			
Centre de planning familial du Midi	Rue du Chimiste 34, 1070 Anderlecht	02 511 38 38	
Centre Séverine – planning familial de Bruxelles-Ouest	Avenue Raymond Vander Bruggen 84, 1070 Anderlecht	02/524.33.14	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Planning familial d'Auderghem – le CAFRA	Rue de la Stratégie 45, 1160 Auderghem	02/660.75.06	
Plan F	Rue des Guildes 22, 1000 Bruxelles	02.340.04.62	
Planning familial de la Senne	Boulevard de l'Abattoir 27, 1000 Bruxelles	02/548.98.18	
Planning familial Marolles	Rue de la Roue, 21 1000 Bruxelles	02/511.29.90	
Collectif contraception – Santé des femmes	Avenue des Celtes, 50, 1040 Etterbeek	02/736.13.14	
Planning familial Leman	Rue général Leman 110, 1040 Etterbeek	02/230.10.30	
Planning familial d'Evere	Rue Adolphe de Brandt 70, 1140 Evere	02/216.20.04	
Centre de Planning Familial et de sexologie de Forest	Place Saint-denis 18, 1190 Bruxelles	02/343.74.04	
Centre de consultations et de planning familial de Forest	Rue Marconi, 85, 1190 Forest	02/345.10.25	
Aimer à l'ULB	Avenue Jeanne 38, 1050 Bruxelles	02/650.31.31	
Centre de Planning Familial et de sexologie d'Ixelles	Rue du Vivier 89, 1050 Ixelles	02 646 42 73	
Free Clinic	Chaussée de Wavre 154/A, 1050 Bruxelles	02 512 13 14	
Centre de planning familial de Jette	Rue Léon Théodor 108, 1090 Jette	02/426.06.27	
Centre de consultations conjugales et de Planning Familial du Karreveld	Avenue de Selliers de Moranville 120, 1082 Berchem-sainte-Agathe	02/410.61.03	
La Famille Heureuse de Saint-Gilles	Avenue du Parc 89, 1060 Saint-Gilles	02/537.11.08	
La famille heureuse			
Groupe Santé Josaphat	Rue Royale-Sainte-Marie 70, 1030 Schaerbeek	02/241.76.71	
Bureaux de quartiers	Notelaarstraat 344, 1030 Brussel	02/733.43.95	
Centre de Planning et de consultations d'Uccle	Rue de Stalle 24, 1180 Uccle	02/376.10.00	
Centre de Planning Familial de Watermael-Boitsfort	Avenue Léopold Wiener 64, 1170 Watermael-Boitsfort	02/673.39.34	
Centre de consultations familiales et sexologiques – CCFS	Avenue de Btoqueville 270, 1200 Bruxelles	02/736.41.50	
Faculté d'Aimer	Place Jean-Baptiste Carnoy 16, 1200 Bruxelles	02/764.20.63	
Planning Familial de Woluwé-Saint-Pierre	Rue Jean Deraeck, 14, 1150 Woluwé-Saint-Pierre	02/762.00.67	
S.S.M. Rivage- Den Zaet (1000)	Rue de l'Association 15, 1000 Bruxelles	02/550.06.70	
Service de Santé Mentale Se.Sa.Me (1000)	Rue du Canal 61, 1000 Bruxelles		

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Centre de Santé Mentale Antonin Artaud (1000)	Rue du Grand Hospice 10, 1000 Bruxelles	02/218.33.76	
Centre de Guidance l'Eté (1070) - Service Enfants	Rue des Mégissiers 12, 1070 Anderlecht	02/522.62.26	
S.S.M. Champ de la Couronne (1020)	Rue du Champ de la Couronne 73, 1020	028410.01.95	
S.S.M. Le Norois (1020)	Rue du Champ de la Couronne 73, 1020		
S.S.M. A.N.A.I.S. (1030)	Boulevard de Smet de Naeyer 597, 1020 Bruxelles	02/478.82.40	
Centre de guidance d'Etterbeek (1040)	Rue de Theux 32, 1040 Etterbeek	02/646.14.10	
S.S.M. Psycho- Etterbeek (1040)	Rue Antoine Gautier 106, 1040 Etterbeek	02/735.84.79	
S.S.M. Free Clinic (1050)	Chaussée de Wavre 154/A, 1050 Bruxelles	02/512.13.14	
S.S.M. Ulysse (1050)	Rue de l'Ermitage Kluis 51, 1050 Ixelles	02/533.06.70	
S.S.M à l'ULB	Campus de la Plaine, Boulevard du Triomphe, accès n° 2, bâtiment HB, 1050 Ixelles	02/650.59.26	
Centre de Guidance de Saint-Gilles (1060)	Rue Haute 293, 1000 Bruxelles		
Centre Médico-Psychologique du Service Social Juif (1060)	Avenue Ducpétiaux 68, 1060 Saint-Gilles	02.538.81.80	
S.S.M. D'Ici et d'Ailleurs (1080)	Rue Fernand Brunfaut 18/B, 1080 Molenbeek-Saint-Jean	02/414.98.98	
S.S.M. Nouveau Centre Primavera (1090)	Rue Stanislas Legrelle 48, 1090 Jette	02/428.90.04	
S.S.M. Le Sas (1140)	Rue de la Marne, 85 - 1140 Bxl	02/242.07.63	
S.S.M. Le Chien Vert (1150)	Rue Jean Gérard Eggericx 28, 1150 Woluwe-Saint-Pierre	02/762.58.15	
S.S.M. Le Grès (1160)	Rue des Trois Ponts 51, 1160 Auderghem	02/660.50.73	
S.S.M. sectorisé de Forest, Uccle, Watermael-Boitsfort (1180)	Avenue De Fré 9, 1180 Uccle	02/375.55.27	
S.S.M. L'Adret (1190)	Avenue Albert 135, 1190 Forest	02/344.32.93	
Centre Chapelle-aux-Champs (1200)	Clos Chapelle-aux-Champs 30 b.3026, 1200 Bruxelles	02/764.31.20	
S.S.M. Wolu-Psycho-Social (1200)	Chaussée de Roodebeek 471, 1200 Woluwe-Saint-Lambert	02/762.97.20	
S.S.M. Le Méridien (1210)	Rue du Méridien 68, 1210 Saint-Josse-ten-Noode	02/518.56.08	
SSM La Gerbe (1030)	Rue Thiéfry 45, 1030 Schaerbeek	02/216.74.75	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Maison médicale d'Anderlecht	Avenue Clemenceau 98, 1070 Anderlecht	02/521.30.44	
Maison médicale Alpha Santé	Rue Alexandre Markelbach 2, 1030 Schaerbeek	02/242.38.81	
Maison médicale d'Anderlecht	Avenue Clemenceau 98, 1070 Anderlecht	02/521.30.44	
Maison médicale Antenne Tournesol	Rue Henri Werrie 69, 1090 Jette	02/420.48.67	
Maison médicale Arnica	Rue Van Soust 109, 1070 Bruxelles	02/527.26.61	
Maison médicale ASaSo	Rue Théodore Verhaegen 23, 1060 Saint-Gilles	02/539.13.50	
Maison médicale L'Aster	Rue Josse Impens 58, 1030 Schaerbeek	02/216.12.62	
Maison de santé Atlas	Rue du Vallon 16, 1210 Saint-Josse-ten-Noode	02/201.75.01	
Maison médicale du Béguinage	Rue de Laeken 89, 1000 Bruxelles	02/201.64.28	
Maison médicale Botanique	Rue Traversière 21, 1210 Saint-Josse-ten-Noode	02/219.02.59	
Maison médicale Cassiopée	Rue de la Poste 188, 1030 Schaerbeek	02/240.60.90	
Maison médicale Cité Santé	Avenue des Amandiers 10, 1020 Bruxelles	02/476.00.04	
Médecine pour le peuple la Clef	Chaussée de Haecht 276, 1030 Schaerbeek	02/245.98.50	
Couleurs Santé	Chaussée de Boondael 206, 1050 Ixelles	02/640.59.33	
Maison médicale Duchesse	Place de la Duchesse de Brabant 30, 1080 Molenbeek-Saint-Jean	02/410.54.45	
Maison médicale Enseignement	Rue de l'Enseignement 54, 1000 Bruxelles	02/218.35.53	
Maison médicale Entr'aide des Marolles	Rue des Tanneurs 169, 1000 Bruxelles	02/510.01.80	
Maison médicale Essegghem	Rue Essegghem 24, 1090 Jette	02/424.25.40	
Maison médicale Etoile Santé	Rue de Stalle 171, 1180 Uccle	02/376.72.22	
Free Clinic	Chaussée de Wavre 154/A, 1050 Bruxelles	02/512.13.14	
Maison médicale Globule	Avenue des Glycines 11, 1030 Schaerbeek	02/216.05.15	
Maison médicale Horizons	Rue du Drapeau 5, 1070 Anderlecht	02/558.03.80	
Maison médicale Kattebroek	Avenue du Roi Albert 24, 1082 Bruxelles	02/469.10.17	
La maison médicale de Laeken	Rue Ketels 2, 1020 Bruxelles	02/426.46.91	
Maison médicale Le 35 asbl	Rue Destouvelles 35, 1030 Bruxelles	02/354.69.20	
Maison médicale du Maelbeek	Rue de l'Étang 131, 1040 Etterbeek	02/649.38.55	
Maison médicale 1190	Avenue Wielemans Ceuppens 45, 1190 Forest	02/347.54.74	
Maison médicale Marconi	Rue Marconi 85, 1190 Forest	02/345.58.81	
Maison médicale des Marolles	Rue Blaes 120, 1000 Bruxelles	02/511.31.54	
Médecine pour le peuple Molenbeek	Rue Ransfort 70, 1080 Molenbeek-Saint-Jean	02/411.11.03	
Centre de santé du Miroir	Rue du Miroir 67, 1000 Bruxelles	02/511.34.74	
Maison médicale Neptune	Avenue Voltaire 88, 1030 Schaerbeek	02/243.05.85	

Satzung MC/CKK - Text zur Abstimmung im Verwaltungsrat von Mai 2021

Maison médicale Norman Béthune	Rue Piers 68, 1080 Molenbeek-Saint-Jean	02/411.98.18	
Maison médicale Le Noyer	Avenue Félix Marchal 1/A, 1030 Schaerbeek	02/734.24.53	
Collectif de santé la Perche	Chaussée de Forest 183, 1060 Saint-Gilles	02/539.15.20	
Maison médicale Perspective	Rue Alexandre Pierrard 3, 1070 Anderlecht	02/526.55.50	
Maison médicale des Primeurs	Avenue du Pont de Luttre 95, 1190 Forest	02/340.33.50	
Maison médicale Primevères	Rue Vandernoot 26, 1080 Molenbeek-Saint-Jean	02/428.01.18	
Maison médicale des Riches Claires	Rue de la Buanderie 16, 1000 Bruxelles	02/513.59.94	
Maison médicale Sainte-Marie	Rue Royale-Sainte-Marie 6, 1030 Schaerbeek	02/217.89.19	
Maison médicale Santé et Bien-être	Rue Dr Elie Lambotte 35, 1030 Schaerbeek	02/215.27.93	
Maison médicale Santé plurielle	Rue de la Victoire 110, 1060 Saint-Gilles	02/537.71.24	
Centre médical Santé Sans Frontières asbl	Avenue Rogier 54, 1030 Schaerbeek	02/241.00.32	
Maison médicale de la Senne	Rue Camusel 5, 1000 Bruxelles	02/513.57.54	
Maison médicale Uccle-centre asbl	Chaussée d'Alsemberg 855, 1180 Uccle	02/331.51.64	
Maison médicale du Vieux Molenbeek	Rue des Quatre-Vents 68/A, 1080 Molenbeek-Saint-Jean	02/410.26.15	
Maison Médicale Visa Santé	Yorkshirelaan 13/1, 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe	02/318.59.27	
GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN - FLANDERN			
People Development bvba (Psychotherapie & Gezinsvoorlichting)	Tiensevest, 146 à 3000 Leuven		http://www.people-development.be/praktische-info/contact/
Medisch Huis Eyckendael	Onderdorp 47B l's Gravenvoeren	+32 484 904 981	valerie@huidmodori.be

ANHANG 9: Liste der für die Sportleistung infrage kommenden Sportarten (Artikel 92)

- Wassergewöhnung
- Aerobic
- Aikido
- Kampfsportarten (Aikido, Aikikai, Kung Fu, Kickboxen, Capoeira, Aiki No Jutsu, Kali, - Escrima-Arnis, Kempo-Kempo, Judo; Karate, ...)
- Leichtathletik
- Rudern
- Badminton
- Baseball
- Basketball
- Biathlon
- Billard
- Bobfahren
- Bouncing/Handball
- Bowling
- Boxen
- Kanu und Kajak fahren
- Strandsegeln
- Laufen
- Running
- Orientierungslauf
- Cricket
- Cross
- Curling
- Radfahren
- Tanzen
- Zehnkampf
- Tauchen
- Reiten
- Klettern und Bergsport (Wand-, Fels-, Bergklettern, Bergsteigen, etc.)
- Fitness
- Flag Football
- Fußball
- American Football
- Frisbee
- Golf
- Gymnastik
- Gewichtheben
- Handball
- Eishockey (Unterwasserhockey, Schlittschuhhockey, Inlinehockey, Rollerhockey)
- Feldhockey
- Jiu Jitsu
- Karate
- Kendo
- Kickbike
- Korbball
- Krachtball
- Schlittenfahren
- Wrestling
- Gehen
- Nordic Walking
- Motorrad (Motocross)
- Schwimmen (alle möglichen Varianten des Wassersports wie Schnorcheln, Wasserballett, Wassergymnastik, ...)
- Synchronschwimmen
- Netzball
- Padel-tennis
- Paintball
- Fallschirmspringen / Skydiving
- Schlittschuhlaufen
- Inline-Skating
- Rollschuhlaufen (Inline-Skating, Freestyle-Skating, Skateboarding, Tourenskating, Eishockey, Inline-Hockey)
- Sportfischen
- Moderner Fünfkampf
- Petanque - Boccia
- Tauchen
- Sport-Psychomotorik
- Racquetball
- Relais
- Rugby
- Springen
- Seilspringen
- Skifahren
- Skilanglauf
- Wasserski
- Snowboarden
- Softball
- Höhlenwandern
- Spinning
- Motorsport (einschließlich Rallye, Slalom, Karting)
- Squash
- Surfen
- Survival
- Taekwondo
- Tai Chi
- Tischtennis
- Tennis, Mini-Tennis
- Schießen (olympisch)
- Bogenschießen / Tontaubenschießen
- Triathlon
- Floorball (Unihockey)
- Segeln
- Volleyball
- Mountainbike / BMX / VVT
- Wasserpolo
- Wushu
- Yoga
- Alle genannten Sportarten angepasst für Menschen mit Behinderungen

**ANHANG 10: Liste der Leistungserbringer für die Leistung
„Unterstützung bei der häuslichen Körperpflege“ (Artikel 94)**

- Aide et Soins à Domicile Hainaut Picardie ASBL - Chaussée de Renaix, 196 – 7500 Tournai
- Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental ASBL – Rue du Douaire 40/1 – 6150 Anderlues
- Aide et Soins à Domicile Brabant Wallon ASBL – Avenue Robert Schuman, 72- 1401 Baulers
- Aide Familiale – Région bruxelloise ASBL – rue Malibran, 53 – 1050 Bruxelles
- Aide et Soins à Domicile en province de Namur ASBL – Avenue de la Dame, 93, 5100 Namur
- Aide et Soins à Domicile en province de Luxembourg ASBL – Rue de Rédang, 8 – 6700 Arlon
- Aide Familiale Liège-Huy-Waremme ASBL – Rue d’Amercoeur, 55 – 4020 Liège
- Aide et Soins à Domicile de l’Arrondissement de Verviers ASBL - rue de Dison 175 - 4800 Verviers
- Familienhilfe VoG – Aachener Straße, 11-13 – 4700 Eupen

ANHANG 11: Liste der Leistungserbringer für die Leistung „Krankenpflege“ (Artikel 95)

- Croix Jaune et Blanche de Bruxelles ASBL - Rue Malibran, 39/53- 1050 Bruxelles
- Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon ASBL- Avenue Robert Schuman, 72- 1401 Baulers
- Croix Jaune et Blanche Liège Huy Waremme ASBL - Rue d’Amercoeur,55 - 4020 Liège
- Familienhilfe VoG- Aachener Straße 11-13- 4700 Eupen
- Aide et soins à domicile de l'Arrondissement de Verviers - Rue de Dison, 175- 4800 Verviers
- Aide et Soins à Domicile en Province de Namur ASBL- Avenue de la Dame, 93- 5100 Jambes
- Aide et Soins à Domicile en Hainaut Oriental ASBL- Rue du Douaire, 40 boîte 1- 6150 Anderlues
- Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg ASBL- Rue de Rédange, 8- 6700 Arlon
- Aide & Soins à Domicile - Croix Jaune & Blanche de Mons-Borinage ASBL- Rue des Canonniers, 1- 7000 Mons
- ASD - Croix Jaune & Blanche Tournai-Ath-Lessines-Enghien ASBL- Chaussée de Renaix, 192- 7500 Tournai
- Croix Jaune & Blanche de Mouscron - Comines ASBL- Rue Saint-Joseph, 8- 7700 Mouscron