



RÈGLEMENT PARTICULIER

A. DÉFINITIONS

Article 1

Pour l'application de ce règlement il faut comprendre par:

- **Loi** : la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, publiée au Moniteur Belge du 28 septembre 1990 ;
- **La Caisse Mutuelle** : une Société Mutualiste reconnue par arrêté royal, dont les statuts, approuvés par l'office de contrôle des mutualités, sont parus au Moniteur Belge du 29 décembre 1994 ;
- **Statuts** : les statuts de La Caisse Mutuelle ;
- **Membre** : la personne qui remplit les conditions d'affiliation visées dans les statuts et qui paie régulièrement ses cotisations ;
- **Service «Allocations Journalières»** : un service qui prévoit conformément à l'article 3, alinéa 1^{er}, b), de la Loi, une allocation journalière aux membres en incapacité de travail suite à un accident ou à une maladie ;
- **Incapacité de travail** : la situation dans laquelle on se trouve quand on n'est pas en mesure d'exercer ses activités professionnelles suite à un accident ou à une maladie ;
- **Accident** : un événement soudain et indépendant de la volonté du membre causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme ;
- **Maladie** : l'indisposition corporelle ou mentale, lorsqu'on se trouve dans une situation où les processus de vie ne se déroulent pas régulièrement et tranquillement ;
- **Médecin-Directeur** : le médecin, désigné par le Conseil d'Administration, qui, sur le plan du service «Allocations Journalières», s'occupe de l'examen des dossiers d'affiliation des nouveaux membres et des dossiers de membres en incapacité de travail ;
- **Médecin-Contrôleur** : le médecin qui examine, à la demande du médecin-directeur, un membre en incapacité de travail ;
- **Catégorie** : une classification sur base de la profession exercée ;
- **Série ou formule** : une classification sur base des options choisies par le membre.

B. AFFILIATION

1. CONDITIONS

Article 2 (cf. art.4 des statuts)

§ 1. Pour être admis en tant que membre à la Caisse Mutuelle, le candidat-membre doit satisfaire aux conditions suivantes :

1. remplir et signer un formulaire administratif d'affiliation ;
2. remplir et signer un questionnaire médical confidentiel dans lequel le candidat-membre fait une déclaration sur l'honneur quant à son état de santé actuel et quant aux affections et/ou accidents précédents éventuels ;
3. se soumettre à un examen médical, étendu à un ECG de repos, et à une analyse d'urine et de sang, effectués par un médecin désigné par La Caisse Mutuelle ; en outre, La Caisse Mutuelle peut demander un ou plusieurs examens complémentaires, ou peut, avec l'accord de l'intéressé, recueillir des renseignements supplémentaires ; en cas de grossesse, l'affiliation, et par conséquent l'examen médical, sont reportés à une date postérieure à l'accouchement ;
4. ne pas avoir dépassé l'âge de 45 ans ;
5. ne pas exercer une profession qui engendre un risque particulier de maladie ou d'accident ; lors de la détermination des catégories, il est tenu compte de l'activité professionnelle déclarée et du risque d'incapacité de travail qui lui est lié ;

6. ne pas être affilié à un service similaire institué par une entité mutualiste soumise à la Loi.

§ 2. Le Conseil d'Administration décide, sans possibilité d'appel, d'accepter ou de refuser un candidat-membre, ainsi que des dérogations octroyées.

Article 3 (cf. art. 5 des statuts)

§ 1. L'affiliation débute le premier jour du mois durant lequel le candidat-membre a rempli toutes les conditions exigées pour l'affiliation et après que La Caisse Mutuelle ait donné un avis favorable, et ce, pour autant que les cotisations aient été réglées avant la fin du mois suivant.

§ 2. Le candidat-membre qui a rempli toutes ses obligations, mais qui n'est pas accepté par La Caisse Mutuelle, a droit au remboursement des cotisations qu'il a payées sous déduction éventuelle des frais administratifs occasionnés.

Le candidat-membre dont la non-acceptation est la conséquence d'un refus volontaire de sa part de satisfaire à une quelconque des obligations prévues, n'a pas droit au remboursement.

2. LIMITATION DU DROIT AUX ALLOCATIONS POUR CERTAINES AFFECTIONS OU INFIRMITÉS

Article 4 (cf. art. 48 des statuts)

Le Conseil d'Administration de La Caisse Mutuelle est habilité à accepter l'affiliation d'un candidat-membre avec limitation du droit aux prestations pour une affection, une blessure, une infirmité, ou un état pathologique bien précis, pour autant que cette affection, blessure, infirmité ou état pathologique ait existé avant l'affiliation définitive du candidat-membre et ait été mentionnée sur le questionnaire médical confidentiel, rempli par le candidat-membre.

Cette limitation du droit aux prestations doit être notifiée au membre au plus tard dans le mois qui suit la fin de la période de stage.

La notification de la limitation du droit aux prestations, formulée sur base d'un avis médical, donnera une description de l'affectation, de la blessure, de l'infirmité ou de l'état pathologique pour lequel les indemnités seront limitées.

La limitation du droit aux prestations ne réduit pas la cotisation prévue pour la série ou la formule choisie par le candidat-membre.

3. PÉRIODES DE STAGE

Article 5 (cf. art. 56 des statuts)

Un nouveau membre doit, sauf indication contraire, en cas d'incapacité de travail suite à une maladie, accomplir une période de six mois avant de pouvoir bénéficier des avantages prévus. En cas d'incapacité de travail suite à un accident, il ne faut pas accomplir de période de stage.

Chaque maladie, accident ou incapacité de travail survenant durant la période de stage doit être signalé à La Caisse Mutuelle.

4. CHANGEMENT DE SÉRIE OU DE FORMULE, DE STATUT SOCIAL OU D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Article 6 (cf. art. 50 des statuts)

A tout moment, un membre ne se trouvant pas en incapacité de travail peut demander de passer à une autre série ou formule du service «Allocations Journalières».

1. Le passage à une autre série ou formule dont les indemnités sont moins élevées, s'opère sur simple demande du membre.

2. Le passage à une autre série ou formule dont les indemnités sont plus élevées est possible jusqu'à l'âge maximum de 50 ans. Ce passage s'opère aux mêmes conditions que celles déterminées pour l'affiliation.

Sur base des données reprises dans le dossier d'affiliation et le questionnaire médical confidentiel, le médecin directeur de La Caisse Mutuelle peut dispenser le membre de l'obligation de se soumettre à un examen médical comme prévu par l'article 2 du règlement.

3. Pour les indépendants, le passage vers une série ou formule au-dessus de l'âge légal de la pension est possible aux conditions suivantes :
 - ne pas être en incapacité de travail au moment où il atteint l'âge légal de la pension;
 - avoir l'approbation du médecin-directeur de La Caisse Mutuelle ; cette approbation étant basée sur les données reprises dans le dossier d'affiliation et le questionnaire médical confidentiel.

Article 7 (cf. art. 51 des statuts)

Si le membre change de statut social ou d'activité professionnelle, il doit en avvertir La Caisse Mutuelle dans les mois.
Dans les trente jours suivant la prise de connaissance de cette modification La Caisse Mutuelle a le droit d'adapter l'affiliation à la série ou formule conformément à la nouvelle situation.
En cas d'une telle adaptation il n'y a pas de limite d'âge et il n'y pas de période de stage à accomplir.

5. RISQUES EXCLUS

Article 8 (cf. art. 44 des statuts)

§ 1. Le droit aux indemnités en incapacité de travail est refusé dans les cas suivants:

1. lorsque le membre en incapacité de travail ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge au moment où il sollicite le bénéfice des prestations, et qu'aucun contrôle ne soit de ce fait possible ;
2. lorsque l'incapacité de travail est la conséquence d'une affection qui existait avant l'affiliation, à condition que cette affection, ou les symptômes qui ont conduit au diagnostic de l'affection, aient été constatés par un médecin avant l'affiliation, aient été éprouvés par le membre avant l'affiliation et n'aient pas été mentionnés sur le questionnaire médical confidentiel rempli lors de l'affiliation ; cependant La Caisse Mutuelle ne peut, pour refuser ou limiter le bénéfice des prestations dès qu'une période de 24 mois s'est écoulée à compter de l'affiliation, invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles, relatives à l'état de santé, du questionnaire médical confidentiel rempli lors de l'affiliation, lorsque ses données se rapportent à une maladie ou à une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de cette affiliation et qui n'a pas été diagnostiquée par un médecin dans la même période de 24 mois ;
3. lorsque l'incapacité de travail est la suite d'un état de grossesse, pendant une période de 7 semaines précédant et de 8 semaines suivant l'accouchement ou une fausse couche ; la cessation des activités doit cependant être déclarée à La Caisse Mutuelle dès le début de la période d'incapacité de travail ;
4. lorsque l'incapacité de travail est couverte par une législation particulière, exception faite de celle concernant l'assurance maladie obligatoire, ou lorsque ladite incapacité de travail trouve son origine dans une diminution de capacité donnant droit à une pension d'invalidité octroyée en vertu d'une loi ou d'un règlement public ;
5. lorsque l'incapacité de travail est la suite d'un traitement d'ordre purement esthétique, à moins que La Caisse Mutuelle ait donné son accord préalable ;
6. lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident survenu suite à un exercice physique effectué lors d'une compétition ou exhibition sportive pour laquelle l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour laquelle les participants reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit ;
7. lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport ou d'une activité entraînant des dangers excessifs, tels que les courses d'autos ou de motos, les rallyes, l'aviation sportive ou à voiles, le parachutisme, les activités sous-marines, souterraines ou stratosphériques ;
8. lorsque l'incapacité de travail est consécutive à une faute grave commise par le membre ;
9. lorsque le membre en incapacité de travail s'est intentionnellement blessé, fait blesser ou rendu malade ;
10. lorsque le membre en incapacité de travail refuse de suivre le traitement médical adéquat ou de prendre les mesures nécessaires au rétablissement de sa santé ;

11. lorsque le membre en incapacité de travail a changé de résidence sans en avvertir La Caisse Mutuelle ou lorsqu'il se rend à l'étranger sans avoir obtenu l'accord préalable du médecin désigné par la Caisse Mutuelle ;
12. lorsque l'incapacité de travail résulte de faits de guerre, guerre civile, émeute ou grève ;
13. lorsque le membre change d'activité professionnelle ou de statut social sans en aviser préalablement La Caisse Mutuelle ;
14. lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident survenu en état d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de médicaments pris intentionnellement de façon abusive, ou lorsque l'incapacité de travail est consécutive à l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'abus intentionnel de médicaments ;
15. lorsque l'incapacité de travail résulte :
 - d'actes manifestement inconsidérés ;
 - de traitements que le membre a pratiqués sur lui-même ;
16. lorsque l'incapacité de travail résulte de réactions nucléaires ou de radioactivité ou radiations ionisantes non liées à un traitement médical ;
17. lorsque l'incapacité de travail a débuté lors de la période de stage ;
18. lorsque l'incapacité de travail est imputable au comportement d'un tiers et engage sa responsabilité, à moins que La Caisse Mutuelle ait été avisée en temps utile du fait générateur de responsabilité dans le chef du tiers.

Dans ce dernier cas, le membre doit, en application de l'article 40 de la Loi, subroger La Caisse Mutuelle dans tous les droits qu'il peut exercer vis-à-vis du tiers responsable, et ce, à concurrence des montants acquittés par La Caisse Mutuelle.

En conséquence, le membre ne peut conclure aucune transaction avec le tiers responsable et/ou le débiteur des indemnités destinées à couvrir le dommage sans autorisation expresse écrite de La Caisse Mutuelle.

Dans l'hypothèse où une transaction serait conclue par le membre nonobstant cette interdiction, le membre sera tenu d'indemniser La Caisse Mutuelle pour toute indemnité et/ou dépense non récupérable auprès du tiers responsable à la suite de cette transaction.

Le cas échéant, La Caisse Mutuelle peut récupérer l'entièreté des indemnités payées depuis le début du dossier de maladie en cours.

§ 2. Il est immédiatement mis fin au paiement des indemnités :

1. lorsque le membre en incapacité de travail s'est soustrait au contrôle ou a refusé de se soumettre aux mesures de contrôle imposées par le Conseil d'Administration ou par le médecin-directeur ;
2. lorsque le membre en incapacité de travail a été trouvé dans le local où il exerce son activité professionnelle ou lorsqu'il exerce des activités lucratives ou commerciales.

§ 3. En cas de plusieurs manquements visés aux §§ 1^{er} et 2, le membre pourra être exclu des avantages de La Caisse Mutuelle.

C. COTISATIONS

Article 9 (cf. art. 39 des statuts)

Les cotisations sont reprises dans les annexes des statuts. Elles ne peuvent, en dehors de l'adaptation à l'index santé, être augmentées que lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou l'évolution des risques à couvrir le requièrent ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

Article 10 (cf. artt. 53, 54 et 55 des statuts)

§ 1. Les cotisations sont payables annuellement et par anticipation. Un paiement trimestriel est possible, à condition qu'il y ait une domiciliation. Lorsqu'il est mis fin à l'affiliation, les cotisations restent dues jusqu'à la fin du mois qui précède la date de la démission.

§ 2. Les cotisations sont fiscalement entièrement déductibles au titre de charges professionnelles. Une preuve des cotisations payées sera délivrée sur simple demande.

§ 3. Les cotisations qui n'ont pas été payées dans le délai prescrit et selon le mode seront, après l'envoi d'une mise en demeure par lettre recommandée, majorées de frais de sommation, fixés actuellement à 7,5 euros, ainsi que 10% du solde des cotisations dues avec un minimum de 25 euro. Un intérêt de retard calculé au taux de 10% par an sera également automatiquement calculé sur les cotisations arriérées, dues à partir de leur échéance.

§ 4. Les membres, affiliés à une série ou formule visée à l'article 55 des statuts, dont la nouvelle incapacité de travail a été reconnue à partir du premier janvier 1997, bénéficient d'une dispense de paiement des cotisations à partir du moment où l'incapacité de travail dure plus d'une année. La période de dispense des cotisations est égale à la période de reconnaissance de l'invalidité.

D. CONDITIONS DE PAIEMENT

1. DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Article 11 (cf. art. 41, § 1^{er} des statuts)

L'incapacité de travail est supposée avoir débuté le jour indiqué sur le certificat signé par le médecin traitant. Ce certificat doit être remis au médecin-directeur ou être expédié par la poste au plus tard quatre jours avant l'expiration de la période de carence et au plus tard un mois après le début de l'incapacité. Ce certificat doit reprendre les éléments suivants :

- la date du début de l'incapacité de travail et sa durée probable ;
- le diagnostic précis.

Lorsque le certificat a été délivré ou expédié tardivement, l'incapacité de travail est censée débuter le jour de sa remise ou de son dépôt à la poste.

2. OBLIGATIONS PENDANT LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Article 12 (cf. art. 41, § 2 des statuts)

Le certificat de prolongation d'une incapacité de travail doit être expédié au plus tard dans les huit jours suivant l'expiration de la période d'incapacité de travail, à défaut de quoi le droit à l'allocation prend fin à partir du premier jour de la prolongation jusqu'au jour de la remise de ce certificat de prolongation. Le certificat doit mentionner clairement la durée prévue de la prolongation.

Le médecin-directeur détermine la durée et le degré de l'incapacité de travail.

Durant la période d'incapacité de travail, un nouveau certificat médical doit être envoyé au médecin-directeur à la fin de chaque mois calendaire. Lors de la reprise de travail, un certificat, complété par le médecin traitant, mentionnant la date de la reprise de travail, est également exigé dans les quatre jours suivant la reprise.

Article 13 (cf. art. 42 des statuts)

Nonobstant la délivrance des certificats de déclaration et de prolongation d'incapacité de travail, chaque membre en incapacité de travail qui veut maintenir ses droits aux allocations, doit :

- signaler immédiatement toute reprise, même partielle ou temporaire, de son activité professionnelle, ainsi que de toute autre activité lucrative ou rémunérée ;
- signaler immédiatement toute entrée dans un établissement de soins ou tout changement de résidence dans le pays ; les éventuels frais de contrôle seront mis à charge des membres qui, sans raison valable, auraient négligé cette obligation ;
- pour tout séjour à l'étranger, solliciter au préalable l'autorisation de La Caisse Mutuelle, même si ce séjour concerne un traitement ou une convalescence; les lieux et dates de chaque séjour doivent être clairement indiqués ;
- ne pas s'opposer aux visites de contrôle effectuées à domicile par un médecin-contrôleur ;
- en cas d'hospitalisation, fournir une attestation indiquant les dates de début et de fin de cette hospitalisation ;

- donner suite à chaque convocation à un contrôle si le membre peut quitter son domicile ; le membre qui ne peut pas donner suite à une convocation est censé rester à son domicile ou dans les environs immédiats.

3. CONDITIONS DE PAIEMENT

Article 14 (cf. artt. 40 et 41, § 3 des statuts)

§ 1. Les allocations sont accordées en cas d'incapacité de travail suite à une maladie ou un accident quand l'invalidité économique ou l'invalidité physiologique est supérieure à 65% et si le membre a cessé toute activité professionnelle personnelle. Si l'incapacité de travail est la conséquence d'une affection, une blessure, une infirmité ou un état pathologique qui existait au moment de l'affiliation et qui fait l'objet d'une limitation du droit aux prestations prévue à l'article 4 de ce règlement, les indemnités ne seront accordées qu'à raison de 10% avec un maximum de 5 euro par jour.

§ 2. Le degré d'incapacité de travail est déterminé sur la déclaration établie par le médecin traitant et ensuite par le médecin-directeur. L'invalidité économique est déterminée la première année en fonction de la profession principale du membre et après une année d'incapacité de travail, en fonction du marché général de l'emploi. L'invalidité physiologique est déterminée en fonction de la diminution de l'intégrité physique.

La détermination du degré physiologique de l'invalidité se base quant à elle sur l'échelle du BOBI à titre indicatif.

L'incapacité de travail consécutive au syndrome de la fatigue chronique et à la fibromyalgie est prise en considération pour les allocations si le membre soumet la preuve de la reconnaissance de la diagnose par un centre de référence reconnu par l'INAMI pour le syndrome de la fatigue chronique.

§ 3. Les allocations sont uniquement octroyées en cas d'incapacité de travail consécutive à une maladie ou un accident.

§ 4. Pour les séries et/ou formules pour lesquelles une indemnisation est prévue pendant la période de carence en cas d'hospitalisation, les indemnités sont allouées à partir du premier jour d'hospitalisation et pour toute la durée de celle-ci.

§ 5. Dans le cadre d'un rétablissement, en cas de reprise partielle, une indemnité partielle à concurrence de 50% est prévue, moyennant l'accord écrit préalable du médecin-directeur et ceci pendant une période transitoire limitée; le médecin-directeur en détermine la durée.

Les modalités pour tous les cas particuliers devront être réalisées par une concertation entre les deux parties et, en cas d'échéance, suivant les dispositions du chapitre "Contentieux". Les allocations sont octroyées jusqu'à l'âge limite prévu dans les statuts pour chaque série ou formule.

4. RECHUTE

Article 15 (cf. art. 43 des statuts)

Une nouvelle incapacité de travail qui survient après une reprise de travail, endéans les trente jours calendaire pour les indépendants, ou endéans les quatorze jours calendaire pour les salariés, est considérée comme la prolongation de l'incapacité précédente à condition qu'il s'agisse de la même maladie ou du même accident que celui/celle qui a été la cause de l'incapacité précédente.

Le membre en incapacité de travail qui reprend le travail sans l'autorisation écrite de son médecin traitant ne peut prétendre aux allocations en cas de rechute dans les trente jours.

E. INDEMNITÉS

Article 16 (cf. artt. 39 et 45 des statuts)

Le candidat-membre détermine lui-même le montant des indemnités par le choix d'une série ou d'une formule. Vu qu'un service « d'Allocations Journalières », qui repose sur le principe d'une solidarité mutuelle entre les membres, a comme but de compenser la perte de revenus professionnels, les interventions octroyées, cumulées avec d'autres revenus de remplacement, ne peuvent jamais dépasser le montant des revenus normaux professionnels. Les candidats-membres doivent en tenir compte pour choisir la série ou la formule à laquelle ils souhaitent s'affilier.

Les indemnités sont octroyées pour tous les jours ouvrables, dimanche et jours fériés légaux exclus, et ceci à partir de la fin de la période de carence.

La période de carence est fixée à 8, 14, 30, 90 ou 180 jours. Pour les membres sous contrat d'emploi, la période de carence est fixée à 30 jours au moins. Des indemnités sont octroyées aux fonctionnaires et enseignants à partir du moment où il y a une perte de salaire.

Pendant la période d'incapacité de travail reconnue, le membre reçoit les indemnités par mois calendrier, et ceci jusqu'à l'âge limite prévu dans les statuts pour chaque catégorie professionnelle.

Pour les membres qui choisissent une série ou une formule avec rente croissante, l'indemnité prévue est augmentée de 2,5% par année et ce, après une année d'incapacité de travail. Cette adaptation est d'application à partir du premier jour du mois qui suit une période d'une année d'incapacité de travail.

Article 17 (cf. artt. 40, 41, 44 et 45 des statuts)

Depuis le 1^{er} juillet 2005, sans qu'aucune cotisation ne soit due par les membres, une prime, une indemnité ou une intervention spéciale est accordée selon les modalités et les conditions énumérées dans les statuts. Il s'agit :

- d'une prime d'accouchement de 750 euro pour les membres féminins ;
- d'un capital de 25.000 euro en cas de décès par accident ;
- d'une intervention unique de maximum 2500 euro pour les membres qui, vu leur état de santé, se trouvent dans une situation digne d'intérêt.

Article 18 (cf. art. 39, §2 des statuts)

Les conditions de couverture ne peuvent être modifiées que sur base d'éléments objectifs et durables, et seulement de manière proportionnelle à ces éléments.

F. DÉMISSION – RADIATIONS – EXCLUSIONS

Article 19 (cf. art. 6 des statuts)

§ 1. L'affiliation au service allocations journalières est de durée illimitée. Le membre peut résilier l'affiliation au moins un mois à l'avance et par lettre recommandée à La Caisse Mutuelle. Les cotisations restent dues jusqu'à la fin de l'affiliation.

§ 2. En cas de décès, l'affiliation prend fin au premier jour du mois qui suit celui du décès.

§ 3. L'affiliation prend fin de plein droit lorsque le membre :

- n'a plus son domicile principal en Belgique et n'est plus assujéti au régime de sécurité sociale belge ;
- a cessé d'exercer son activité professionnelle, pour autant que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une incapacité de travail indemnisée.

Article 20 (cf. art. 7 des statuts)

La Caisse Mutuelle peut radier de plein droit un membre qui, après mise en demeure par lettre recommandée, n'a plus payé ses cotisations depuis six mois. Le membre reste redevable de toutes les cotisations arriérées, augmentées des amendes, frais de sommation et intérêts. La radiation prend effet le premier jour du trimestre suivant.

Article 21 (cf. art. 8 des statuts)

Peuvent être exclus comme membres de La Caisse Mutuelle, les membres qui se rendent coupables d'une infraction relative aux lois du 9 août 1963 et du 6 août 1990 ou à leurs arrêtés d'exécution.

En outre peuvent être exclus les membres qui :

1. portent volontairement atteinte aux intérêts de La Caisse Mutuelle ;
2. encourent une condamnation, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée, pour atteinte aux bonnes mœurs, détournement de fonds ou abus de confiance ;
3. insultent ou menacent un administrateur ou un membre du personnel dans l'exercice de ses fonctions ;
4. refusent de se soumettre aux statuts, au règlement d'ordre intérieur et au règlement particulier de La Caisse Mutuelle ;
5. s'affilient à La Caisse Mutuelle au moyen d'une déclaration fautive ou incomplète, quel que soit le moment auquel cette faute est découverte. Dans ce cas, les indemnités perçues peuvent être réclamées. Le membre n'a cependant pas le droit de récupérer les cotisations qu'il a payées.

La décision d'exclusion est prise par la Commission d'Exclusion de La Caisse Mutuelle, après avoir entendu le membre en ses moyens de défense.

Si le membre ne se présente pas aux jour et heure proposés, il est censé avoir renoncé à ses moyens de défense.

Le paiement des interventions est suspendu à partir du moment où est constaté un des faits reprochés et jusqu'à ce que le différend soit définitivement réglé. Dans ce cas, le paiement de la cotisation est également suspendu aux mêmes conditions.

Article 22 (cf. art. 9 des statuts)

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement.

G. CONTENTIEUX

Article 23 (cf. art. 59 des statuts)

§ 1. Le Conseil d'Administration statue sur tous les cas non prévus dans les statuts ou les règlements de La Caisse Mutuelle. Ces statuts et règlements peuvent être consultés au siège de La Caisse Mutuelle.

§ 2. Tout différend entre La Caisse Mutuelle et le membre concernant le degré d'invalidité permanente, ou d'incapacité temporaire, ou concernant une question d'ordre médical, peut être réglé par un collège médical composé comme suit : chaque partie désigne un médecin ; à défaut d'accord entre les deux médecins, un troisième médecin est désigné de commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal du Travail du domicile du défendeur, à la requête de la partie la plus diligente.

Ce collège de médecins statue en tenant compte des dispositions de ce règlement particulier.

Chaque partie paie l'honoraire de son médecin ; les frais et les honoraires du troisième médecin sont supportés par les deux parties.

Ce règlement ne donne que les informations les plus utiles concernant le fonctionnement du service « Allocations Journalières ». En cas de contestation et pour tous les cas qui ne sont pas prévus par ce règlement, il convient de s'en référer aux statuts en vigueur, tels qu'approuvés par l'Office de Contrôle des Mutualités.