

Freie Krankenkasse (Nr. 515)  
Hauptstraße 2  
4760 Büllingen

# Satzung

## Koordinierte Fassung in Kraft ab dem 1. Januar 2019

Die neuesten Änderungen in dieser koordinierten Fassung der Satzung sind:

- ergänzt worden durch die Generalversammlung der Krankenkasse **am 18. Juni 2019**
- genehmigt worden durch das Aufsichtsamt für die Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen **am 26. September 2019**

Die koordinierte Fassung der Satzung ist:

- beschlossen worden durch die Generalversammlung der Krankenkasse **am 25. September 2018**
- genehmigt worden durch das Aufsichtsamt für die Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen **am 4. Februar 2019**

Die Krankenkasse ist dem Landesbund der Freien Krankenkassen angeschlossen, dessen Satzung auf der Internetseite verfügbar ist unter folgender Adresse [www.mloz.be](http://www.mloz.be).

Die Freie Krankenkasse ist ebenfalls

- der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit „MLOZ Insurance“ (750/01) angeschlossen, deren Satzung unter folgender Adresse [www.hospitalia.be/statuts](http://www.hospitalia.be/statuts) abgerufen werden kann.
- der „Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen“ (580/02) angeschlossen, deren Satzung unter folgender Adresse [www.mloz.be](http://www.mloz.be) abgerufen werden kann.
- der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) für die die Wallonische Region angeschlossen, deren Satzung unter folgender Adresse [www.mloz.be](http://www.mloz.be) abgerufen werden kann.
- der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) für die Region Brüssel-Hauptstadt angeschlossen, deren Satzung unter folgender Adresse [www.mloz.be](http://www.mloz.be) abgerufen werden kann.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Kapitel I</b> Gründung, Bezeichnung, Zielsetzung, Sitz, Aktionsbereich	Seite 4
<b>Kapitel II</b> Mitgliedschaft	Seite 7
<b>Kapitel III</b> Generalversammlung	Seite 11
<b>Kapitel IV</b> Verwaltungsrat und Geschäftsführender Vorstand	Seite 19
<b>Kapitel V</b> Beitriffsbedingungen, Beiträge, sowie Leistungen und Dienste der Krankenkassen	Seite 23
<b>Kapitel VI</b> Haushalt und Kontenführung	Seite 49
<b>Kapitel VII</b> Satzungsänderungen	Seite 50
<b>Kapitel VIII</b> Auflösung und Liquidation	Seite 50
<b>Kapitel IX</b> Inkrafttreten	Seite 51
Anlage 1: Beitragstabelle ETAC	Seite 52
Anlage 2: Liste Krankenmaterials und technische Hilfsmittel (Artikel 79)	Seite 53
Anlage 3: Liste der diplomierten Fußpfleger (Artikel 54)	Seite 54
Anlage 4: Liste der Therapeuten für Fußreflexzonenmassage (Artikel 55)	Seite 62
Anlage 5: Liste der Therapeuten für Psychomotorik-Therapie (Artikel 63)	Seite 63
Anlage 6: Liste der diplomierten Psychologen (Artikel 64)	Seite 64
Anlage 7: Liste der Kurhäuser für Genesungsaufenthalte (Artikel 74)	Seite 70
Anlage 8: Liste der Aktionen zur Gesundheitserziehung und -vorsorge (Artikel 87)	Seite 71
Anlage 9: Liste des orthopädischen Krankenmaterials (Artikel 79bis)	Seite 74
Anlage 10: Liste der schweren Krankheiten	Seite 75

# Krankenkasse “Freie Krankenkasse”

mit Sitz in Büllingen

anerkannt durch Königlichen Erlass vom 7. März 1980  
(Belgisches Staatsblatt vom 22. März 1980)

## SATZUNG

In Anbetracht des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und die Landesbünde der Krankenkassen und der diesbezüglichen Ausführungsverordnungen;

In Anbetracht des Koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 bezüglich der Pflichtversicherung für Gesundheitspflege und Entschädigungen und der diesbezüglichen Ausführungsbestimmungen;

In Anbetracht des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung;

In der Generalversammlung vom 18. Juni 2019 hat die Generalversammlung der Freien Krankenkasse mit der gesetzlich erforderlichen Stimmenmehrheit beschlossen, die Satzung der Krankenkasse folgendermaßen festzulegen:

# Kapitel I

## Gründung, Bezeichnung, Zielsetzung, Sitz, Aktionsbereich

### Artikel 1 – Gründung und Bezeichnung

Ein Krankenkassenbund unter der Bezeichnung “Bund der Ostbelgischen Krankenkassen” wurde am 21. September 1979 errichtet. Seine Ankerkennung erfolgte durch Königlichen Erlass vom 7. März 1980 (Belgisches Staatsblatt vom 22. März 1980).

Der Krankenkassenbund trug ab dem 13. September 1991 den Namen „Bund ‚Ostbelgische Krankenkasse‘“.

Gemäß Artikel 69, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990, ab dem 1. Januar 1991, übernimmt die Krankenkasse “*Bund ‚Ostbelgische Krankenkasse‘*” die Rechte und Pflichten des ehemaligen Bundes “*Bund der Ostbelgischen Krankenkassen*”, der durch den Königlichen Erlass vom 7. März 1980 anerkannt worden war, gemäß Artikel 3, Absatz 3 des Gesetzes vom 23. Juni 1894 in Abänderung des Gesetzes vom 3. April 1851 bezüglich Lokalkrankenkassen, aufgehoben durch Artikel 76 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Seit dem 9. September 1999 trägt die Krankenkasse den Namen “*Freie Krankenkasse*”.

### Artikel 2 – Zielsetzung

Die Zielsetzungen der Krankenkasse sind:

- A. Im Rahmen des Artikel 3, Absatz 1, a) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990:
- die Beteiligung an der Ausführung der Krankenpflichtversicherung, für die der Landesbund, dem die Krankenkasse seit dem 21. September 1979 angeschlossen ist, die Genehmigung erteilt hat.
  - die Leistung von Hilfe, Information, Beratung und Beistand bei der Erfüllung dieser Aufgabe.

Die Ausübung der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Krankengeld verpflichtet die Krankenkasse dazu, die Erstattungen für Gesundheitspflege für ihre Mitglieder und deren Personen zu Lasten zu garantieren, sei es direkt oder durch das Drittzahlersystem. Dies betrifft sowohl die Leistungen der Ärzte, Zahnärzte und der Hilfspflegeleistenden als auch die Leistungen und Aufenthaltskosten in medizinisch-sozialen Institutionen.

Die Krankenkasse garantiert außerdem die Zahlung des Kranken- und Invalidengeldes sowie des Mutterschafts- und Vaterschaftsgeldes.

All diese Tätigkeiten sowie die diesbezüglichen Kontrollen finden statt in Anwendung des Koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 bezüglich der Pflichtversicherung für Gesundheitspflege und Entschädigungen und der diesbezüglichen Ausführungsbestimmungen sowie in Anwendung von Artikel 3, Absatz 1, c) des Gesetzes vom 6. August 1990.

Die Ausübung der gesetzlichen Krankenversicherung findet statt unter der Verantwortung des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist.

Die Krankenkasse verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen zu befolgen sowie die satzungsgemäßen Bestimmungen und Richtlinien seitens der Instanzen des Landesbundes.

B. Im Rahmen von Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des gleichen Gesetzes und des Artikels 67, Absatz 5, des Gesetzes vom 26. April 2010 bezüglich verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung:

- die Leistung von Kostenerstattungen, Diensten und Entschädigungen an ihre Mitglieder und deren Personen zu Lasten,
- die Leistung von Hilfe, Information und Beistand.

Hierzu organisiert die Krankenkasse zusätzliche Dienste, welche laut den gesetzlichen Bestimmungen für alle Mitglieder verpflichtend sind.

Die Dienste der Freien Krankenkasse, die als unteilbares Ganzes gelten, setzen sich wie folgt zusammen:

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Dienst 14) | (Artikel 73)               |
| 2. Sonstige Leistungen (OPERATIONS) (Dienst 15)           | (Artikel 51 – 72, 74 – 88) |
| - Pflege und Pflegematerial                               | (Artikel 51 – 72, 74 - 77) |
| - Pflege zu Hause   | (Artikel 78 – 80)          |
| - Rettungs- und Krankentransport                          | (Artikel 81 – 82)          |
| - Unterstützung bei besonderen Anlässen                   | (Artikel 83 – 84)          |
| - Sozialhilfe   | (Artikel 85)               |
| - Ferienlager und -aktivitäten                            | (Artikel 86)               |
| - Gesundheitserziehung und -vorsorge                      | (Artikel 87)               |
| - Juristische Beratung                                    | (Artikel 88)               |
| 3. Dienst „Information an Mitglieder“ (Dienst 37)         | (Artikel 89)               |
| 4. Dienst „Verwaltung“ (Dienst 93)                        | (Artikel 90)               |

Diese Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

C. Ihren Mitgliedern sowie den Personen zu Lasten die Vorteile zu gewähren, die laut der Satzung des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. Der Anschluss an die Dienste des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, ist verpflichtend für alle Mitglieder.

Die Krankenkasse ist anerkannt als Versicherungsvertreter (Eintragungsnummer in dem Register der Vermittler: 5004c), mit dem Ziel, ihren Mitgliedern die Möglichkeit zu bieten, die

Versicherungsprodukte abzuschließen, die von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit MLOZ Insurance (Immatrikulationsnummer 750/01) organisiert sind.

### **Artikel 3 – Sitz und Aktionsbereich**

Die Krankenkasse hat ihren Sozialsitz in B - 4760 Büllingen, Hauptstraße 2.

Sie übt ihre Tätigkeit im gesamten Land, vorrangig jedoch in Ostbelgien aus.

Die Krankenkasse richtet sich an alle Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Belgien haben, einschließlich der in Belgien wohnhaften Grenzgänger, die im Rahmen der Europäischen Verordnung oder im Rahmen eines Vertrages über die Soziale Sicherheit Anrecht auf Gesundheitsleistungen zu Lasten einer ausländischen Institution eröffnen und demzufolge Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Die Krankenkasse richtet sich ebenfalls an:

- die Personen, die ihren Hauptwohnsitz im Ausland haben, jedoch an die belgische Sozialsicherheit gebunden sind;
  - belgische Soldaten, Polizeiangehörige oder Diplomaten, die sich im Ausland aufhalten.
- insofern diese im Sinne von Artikel 2 des Gesetzes vom 6. August 1990 und des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

### **Artikel 4 – Landesbund**

Die Krankenkasse ist dem Landesbund der Freien Krankenkassen (MLOZ) mit Sitz in Brüssel angeschlossen.

## Kapitel II

### Mitgliedschaft

#### Artikel 5 – Aufnahme

Jede Person, welche für die im Artikel 2, A. der vorliegenden Satzung genannten Aktivitäten (gesetzliche Versicherung) eine Mitgliedschaft für sich selbst und für die Personen zu ihren Lasten bei der Krankenkasse beantragt, wird aufgenommen unter den folgenden Bedingungen:

§ 1 Eine Person kann sich der Freien Krankenkasse anschließen:

1° entweder in Übereinstimmung mit den rechtlichen Bestimmungen, Regelungen und anwendbaren Satzungen für die gesetzliche Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen gemäß Artikel 3, Abs. 1er, a) des Gesetzes vom 6. August 1990. In diesem Fall tritt die Person von Amts wegen den nachstehenden Diensten bei:

a) Dienste der Freien Krankenkasse gemäß Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie den zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung.

Für die folgende Personengruppe beträgt der Beitrag 0 €:

- hauptversicherte Pensionierte mit weniger als 1/3 Berufslaufbahn im Sinne von Artikel 37, § 1, Absatz 2 des Gesetzes betreffend die Pflichtversicherung für Gesundheitspflege- und Krankengeldleistungen, koordiniert am 14. Juli 1994, welche die dort genannten spezifischen Einkommensbedingungen erfüllen (siehe Rundschreiben des Aufsichtsamtes Nr. 09/09/D2 vom 28. Mai 2009).
  - hauptversicherte Pensionierte mit weniger als 1/3 Berufslaufbahn, bei denen der Pensionsbescheid einen Kode 69 aufweist und welche zugunsten einer Haushaltsrente auf die individuelle Rente verzichten.
  - Kinder und Jugendliche, die sich als „Pflegekinder“ bei Pflegeeltern in Belgien aufhalten und auf Basis eines E109 eingetragen sind, bis sie das Alter von 25 Jahren erreicht haben.
- b) Dienste des Landesbundes, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, gemäß Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die Dienste des Landesbundes, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung;
- c) Dienste der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaften (SMR), entweder für die Region Brüssel-Hauptstadt oder für die Region Flandern oder für die Wallonische Region, denen die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, falls der Anschluss des Mitglieds an

dieser SMR durch die jeweilige regionale Regelung vorgeschrieben ist, der das Mitglied unterliegt.

Der oben genannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Hauptwohnsitz in Belgien hat und die in Anwendung der Artikel 17, 24 und 26 der Europäischen Verordnung Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit oder einer anderen ähnlichen Bestimmung eines internationalen Abkommens, der gesetzlichen Krankenversicherung einer ausländischen Institution unterworfen ist und die ein Formular S1 oder ein gleichwertiges Dokument der Krankenkasse vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie für die gesetzliche Krankenversicherung eingetragen ist, die Leistungen gemäß dem koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 in Anspruch zu nehmen.

2° oder nur für die Dienste der Freien Krankenkasse gemäß Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse, die aufgeführt sind im Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung. Dies ist nur möglich, falls sich die Person in einer der folgenden Situationen befindet:

- die Person ist für die gesetzliche Krankenversicherung bei der Gesundheitspflegekasse der HR-Rail angeschlossen;
- die Person ist für die gesetzliche Krankenversicherung bei der Hilfskasse für Krankheit und Invalidität (HKIV) angeschlossen; dieser Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Hauptwohnsitz in Belgien hat, die aber in Anwendung der Artikel 17, 24 und 26 der Europäischen Verordnung Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit oder einer anderen ähnlichen Bestimmung eines internationalen Abkommens, der gesetzlichen Krankenversicherung einer ausländischen Institution unterworfen ist und die ein Formular S1 oder ein gleichwertiges Dokument bei der HKIV vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem die gesetzliche Krankenversicherung besteht, die Leistungen gemäß dem koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 in Anspruch zu nehmen;
- die Person ist für die gesetzliche Krankenversicherung eingetragen bei dem Landesamt für Soziale Sicherheit (LSS)/System für überseeische soziale Sicherheit (AUSS);
- die Person hat Anrecht auf Gesundheitspflegeleistungen infolge des Statuts einer europäischen oder internationalen Institution mit Sitz in Belgien;
- die Person unterliegt nicht mehr der gesetzlichen Krankenversicherung, infolge eines Auslandseinsatzes im Auftrag einer belgischen Regierung;
- die Person gehört zum Personal einer in Belgien niedergelassenen Botschaft oder eines in Belgien niedergelassenen Konsulats und muss gemäß dem Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963 für Gesundheitsleistungen zu Lasten des Herkunftslandes versichert werden;
- die Person befindet sich in einer Situation gemäß Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 und ist bereits bei einer anderen Krankenkasse für die oben genannte gesetzliche Krankenversicherung eingetragen oder angeschlossen;
- die Person ist inhaftiert oder interniert und für die gesetzliche Krankenversicherung zu Lasten des FÖD Justiz.



Diese Person tritt von Amts wegen den nachstehenden Diensten bei:

- den Diensten des Landesbundes, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist gemäß Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die Dienste des Landesbundes, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung.

§ 2 Während einer Internierungs- oder Inhaftierungszeit gilt eine Person, die dem FÖD Justiz unterliegt, für die Anwendung des § 1, 1° als nicht der Krankenkasse angeschlossen, es sei denn, sie erklärt ausdrücklich, dass sie Mitglied der in Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienste sowie der zusätzlichen Dienste der Krankenkasse, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung, bleiben möchte.

§ 3 Die Person, die in Übereinstimmung mit den rechtlichen Bestimmungen, Regelungen und anwendbaren Satzungen für die Dienste in Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die Dienste der Krankenkasse, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung, bei der Krankenkasse angeschlossen sind, hat außerdem die Möglichkeit:

- sich in Übereinstimmung mit den rechtlichen Bestimmungen, Regelungen und anwendbaren Satzungen ggfs. an das in Artikel 7, § 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 genannte Vorheiratliche Sparen zu beteiligen, das vom Landesbund, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, organisiert wird;
- sich den Diensten der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaften (SMR) anzuschließen, entweder für die Region Brüssel-Hauptstadt oder für die Region Flandern oder für die Wallonische Region, denen die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, falls der Anschluss des Mitglieds an dieser SMR durch die jeweilige regionale Regelung vorgesehen ist, der das Mitglied unterliegt;
- sich für ein Versicherungsprodukt der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit anzuschließen, bei der die Freie Krankenkasse angeschlossen ist und für die sie als Versicherungsvertreter handelt.

### **Artikel 6 – Beginn der Mitgliedschaft in den zusätzlichen Diensten**

Unter „Zusätzliche Dienste“ der Krankenkasse sind zu verstehen: die in Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienste und die in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung genannten Dienste der Krankenkasse.

Die Mitgliedschaft in den Zusätzlichen Diensten beginnt:

- 1° Für eine Person, die als Person zu Lasten in der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer Krankenkasse angeschlossen war und die sich als Hauptversicherte bei derselben Krankenkasse einträgt, am ersten Tag des Monats, in dem sie die Eintragung in die gesetzliche Krankenversicherung beantragt, d.h. in dem Monat, in dem sie eine der Eigenschaften erwirbt, die in Artikel 32, 1° bis 16° und 20° bis 22° des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über

die gesetzliche Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen aufgeführt sind.

- 2° Für eine Person, die als Hauptversicherte bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die sich als Hauptversicherte bei einer anderen Krankenkasse einträgt, ab dem ersten Tag des Quartals des Inkrafttretens der Mitgliedschaft.
- 3° Für eine Person, die als Person zu Lasten bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die sich als Hauptversicherte bei einer anderen Krankenkasse einträgt, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.
- 4° Für eine Person, die als Hauptversicherte bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die als Person zu Lasten bei einer anderen Krankenkasse eingetragen ist, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.
- 5° Für eine in Artikel 5, § 1, 2° genannte Person sowie die Personen, die sich zum ersten Mal bei einer belgischen Krankenkasse eintragen, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.
- 6° Für eine Person, die als Person zu Lasten bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die sich als Person zu Lasten bei einer anderen Krankenkasse einträgt, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.

Die Aufnahme als Mitglied ermöglicht, im Rahmen der verfügbaren Mittel der Krankenkasse auf die Leistungen und Dienste zurückgreifen zu können, die in Artikel 2, B. dieser Satzung vorgesehen sind, nachdem die vorgesehenen Wartezeiten beendet sind. Insofern für die einzelnen Dienste in den nachfolgenden Artikeln die Wartezeit nicht näher präzisiert ist, beträgt die Wartezeit generell 6 Monate. Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war und die hierfür erforderlichen Beiträge bis zum Tag des Wechsels eingezahlt hat, entfällt diese Wartezeit.

Die Aufnahme als Mitglied für den Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Artikel 73 – 77) erfolgt ohne Altersbegrenzung und ohne Ausfüllen eines Medizinischen Fragebogens.

## **Artikel 7 – Mitgliederkategorien**

### **§ 1 Einleitung**

Je nach Situation bezüglich der Beitragszahlung an die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 6, kann eine Person, die der Krankenkasse angeschlossen ist:

- 1° ein Mitglied sein, das berechtigt ist, die Vorteile dieser Dienste in Anspruch zu nehmen;
- 2° ein Mitglied sein, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile dieser Dienste in Anspruch zu nehmen, ausgesetzt ist;
- 3° ein Mitglied sein, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile dieser Dienste in Anspruch zu nehmen, entzogen ist.

Die Zahlung oder die Nichtzahlung der Beiträge der Zusätzlichen Dienste haben außerdem Auswirkungen auf folgenden Ebenen:

- auf die Möglichkeit, die Vorteile in Anspruch zu nehmen, die in den Satzungen des Landesbundes, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung des Landesbundes verwiesen.

- auf die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung in Anspruch zu nehmen, die das Mitglied abgeschlossen hat bei der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (VaG) MLOZ Insurance, der die Krankenkasse angeschlossen ist. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit verwiesen.

Die Zahlung oder Nichtzahlung der Beiträge der Zusätzlichen Dienste hat keinerlei Auswirkung auf das Anrecht auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es darf keine Verrechnungen geben zwischen den nicht gezahlten Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste einerseits und den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits.

## **§ 2 Das Mitglied, welches berechtigt ist, einen Vorteil der Zusätzlichen Dienste in Anspruch nehmen**

Es handelt sich um das Mitglied, das mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung ist im Sinne von Artikel 6 der vorliegenden Satzung:

- 1° Für den Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, welches gemäß der Satzung zur Zahlung des Vorteils führen kann.

Diesbezüglich wird davon ausgegangen, dass das Mitglied, welches seit mindestens 24 Monaten mit der Beitragszahlung für die betreffenden Dienste in Ordnung ist, auch für die unmittelbar folgenden 3 Monate mit der Beitragszahlung in Ordnung sein wird.

Falls das Mitglied seit mehr als 24 Monaten als Hauptversicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war und während dieses Zeitraums seine Beiträge für die betreffenden Dienste gezahlt hat, wird davon ausgegangen, es sei denn bei Beweis des Gegenteils, dass es auch für die unmittelbar folgenden drei Monate mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung sein wird.

Falls ein Mitglied zum ersten Mal als Hauptversicherter bei einer belgischen Krankenkasse seit weniger als 24 Monaten angeschlossen ist und während dieses Zeitraums seine Beiträge für die betreffenden Dienste gezahlt hat, wird davon ausgegangen, es sei denn bei Beweis des Gegenteils, dass es auch für die unmittelbar folgenden drei Monate mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung sein wird.

Bei dem Mitglied, welches am 31. Dezember 2018 die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch nehmen kann, wird davon ausgegangen, es sei denn bei Beweis des Gegenteils, dass es mit seinen Beiträgen für das erste Quartal 2019 in Ordnung sein wird.

- 2° Für den Zeitraum der zurückliegenden 23 Monate.

Falls die Person zum ersten Mal als Hauptversicherter bei einer belgischen Krankenkasse seit weniger als 23 Monate angeschlossen ist, vor dem Monat des in Artikel 7, § 2, 1° genannten Ereignisses, muss sie mit der Beitragszahlung die vollständige Dauer der Mitgliedschaft in Ordnung gewesen sein.

Falls die Person während der unter Punkt 2° genannten Referenzperiode:

- a) als Hauptversicherte und ohne Unterbrechung bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war, muss sie, um die Vorteile in Anspruch nehmen zu können, bei jeder Krankenkasse für die Monate, in denen sie dort Mitglied war, mit der Beitragszahlung für die betreffenden Dienste in Ordnung gewesen sein;
- b) für einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, wird diese Unterbrechungszeit gleichgestellt:

- i° mit einem Zeitraum, für den die Person mit der Beitragszahlung in Ordnung war, insofern es sich hierbei:
- a) nicht um ein Mitglied handelt, dessen Anspruch auf Vorteile der Dienste der Zusatzversicherung entzogen wurde und welches die in § 4, Abs. 5 genannte Frist der „Wiederherstellung des Anspruchs“ nicht beendet hat;
  - b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindet:
    - das Mitglied war mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war;
    - das Mitglied war nicht mit seiner Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, jedoch hat es die Zahlung der rückständigen Beiträge an die betreffenden Krankenkassen geleistet und zwar spätestens in dem Monat, in dem die neue Mitgliedschaft, nach Ablauf der Unterbrechungszeit, beginnt;
- ii° mit einem Zeitraum, für den das Mitglied nicht mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung war, in anderen als unter b), i° genannten Situationen.

Bei der Berechnung der in Punkt 2° genannten Referenzperiode gelten die Beiträge als gezahlt, an deren Zahlung das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses, d.h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gesetzlich gehindert ist.

Das Mitglied, das während eines Teils der in Punkt 2° genannten Referenzperiode als Person zu Lasten eingetragen war und welches, seit es in der Referenzperiode als Hauptversicherte eingetragen wurde in Ordnung ist, wird für die gesamte Referenzperiode und, sofern nicht das Gegenteil bewiesen wird, für die drei Monate unmittelbar nach diesem Zeitraum als mit der Beitragszahlung in Ordnung angesehen.

Das Mitglied, das seit dem 1. Januar 2019 mit seiner Beitragszahlung in Ordnung ist, gilt ebenfalls, bis zum 31. Dezember 2020, hinsichtlich der Feststellung, ob es einen Vorteil in Anspruch nehmen kann bezüglich eines nach dem 31. Dezember 2018 eingetretenen Ereignisses, als mit der Beitragszahlung in Ordnung für die Periode vor dem 1. Januar 2019. Diese Bestimmung lässt unberührt, dass das Verfahren zur Zahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 7 fünf Jahre nach Ablauf des Monats, auf den sich die rückständigen Beiträge beziehen, verjährt ist.

### **§ 3 Das Mitglied, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen, ausgesetzt wurde**

Ist eine Person nicht in Ordnung mit den Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 7, für einen Zeitraum, der nicht über den 23. Monat vor dem Monat hinausgeht, in dem das Ereignis, das zur Zahlung eines Vorteils führen könnte, eintritt, so wird die Möglichkeit für diese Person, die Vorteile der Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen, ausgesetzt.

Bezüglich der Anwendung des vorherigen Absatzes:

- 1° Die Monate des vorgenannten Zeitraums, in denen die Person die Eigenschaft als Hauptversicherter verliert und als Person zu Lasten eines anderen Hauptversicherten eingetragen wird, sind gleichgestellt mit Monaten, in denen Beiträge gezahlt wurden.
- 2° Die Beiträge, welche das Mitglied auf legaler Basis nicht zahlen kann, weil es sich in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses befindet, d.h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gelten als bezahlt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode ohne Unterbrechung als Hauptversicherte bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war, werden die Monate der Nichtzahlung der Beiträge der Zusätzlichen Dienste während der Mitgliedschaft als Hauptversicherter in einer früheren Krankenkasse für die Anwendung des ersten Absatzes berücksichtigt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode für einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, wird diese Unterbrechungszeit gleichgestellt:

- 1° mit einem Zeitraum, für den die Person mit der Beitragszahlung in Ordnung war, insofern es sich hierbei:
  - a) nicht um ein Mitglied handelt, dessen Anspruch auf Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde und welches die in § 4, Absatz 5 genannte Frist der „Wiederherstellung des Anspruchs“ nicht beendet hat;
  - b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindet:
    - 1° das Mitglied war für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung;
    - 2° das Mitglied war nicht für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung, jedoch zahlt es die rückständigen Beiträge an die betreffende(n) Krankenkasse(n), im Monat des Beginns der neuen Mitgliedschaft nach Ablauf der Unterbrechungszeit;
- 2° mit einem Zeitraum, für den das Mitglied nicht mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung war, in anderen als unter 1° genannten Situationen.

Unbeschadet der Anwendung der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist, kann ein Mitglied, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste ausgesetzt wurde, nur nach Zahlung aller für den betreffenden Zeitraum von 23 Monaten und für den Monat, in dem das Ereignis eintritt, das gemäß der Satzung zu einer Zahlung des Vorteils führen könnte, diese in Anspruch nehmen.

#### **§ 4 Das Mitglied, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen, entzogen wurde**

Ist eine Person während eines Zeitraums von mehr als 24 Monaten nicht in Ordnung mit den Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 6 der vorliegenden Satzung, so wird ihr die Möglichkeit, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen, entzogen.

Bezüglich der Anwendung des vorherigen Absatzes:

- 1° Die Monate des vorgenannten Zeitraums, in dem die Person die Eigenschaft als Hauptversicherter verliert und als Person zu Lasten eines anderen Hauptversicherten eingetragen wird, werden gleichgestellt mit Monaten, in denen Beiträge gezahlt wurden.
- 2° Die Beiträge, welche das Mitglied auf legaler Basis nicht zahlen kann, weil es sich in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses befindet, d.h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gelten als bezahlt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode ohne Unterbrechung als Hauptversicherte bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war, werden die Monate der Nichtzahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste während der Mitgliedschaft als Hauptversicherte in einer früheren Krankenkasse bei der Anwendung des ersten Absatzes berücksichtigt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode für einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, wird diese Unterbrechungszeit gleichgestellt:

- 1° mit einem Zeitraum, für den die Person mit der Beitragszahlung in Ordnung war, insofern es sich hierbei:
  - a) nicht um ein Mitglied handelt, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde und das die in Absatz 5 genannten Frist der „Wiederherstellung des Anspruchs“ nicht beendet hat;
  - b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindet:
    - 1° das Mitglied war für alle Monate, in denen es während der obengenannten 24 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung;
    - 2° das Mitglied war nicht für alle Monate, in denen es während der obengenannten 24 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit seiner Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung, jedoch zahlt es die rückständigen Beiträge an die betreffende(n) Krankenkasse(n), im Monat des Beginns der neuen Mitgliedschaft nach Ablauf der Unterbrechungszeit;
- 2° mit einem Zeitraum, für den das Mitglied nicht mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung war, in anderen als unter 1° genannten Situationen.

Unbeschadet der Anwendung der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist hat ein Mitglied, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde, keinen Anspruch mehr auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 6. Erst nach einer nächstfolgenden Periode von 24 Monaten, während der die Beiträge für die Zusätzlichen Dienste gezahlt werden müssen, ohne jedoch irgendeinen Vorteil in Anspruch nehmen zu können, wird das Anrecht auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste wieder eröffnet.

Die im vorherigen Absatz genannte Periode von 24 Monaten wird aufgehoben:

1. während der Zeit, in der das Mitglied, welches mit der Zahlung der Beiträge für einen nächstfolgenden Zeitraum begonnen hat, gesetzlich an der Zahlung gehindert wird, weil es sich in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder des Konkurses befindet;
2. während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen nächstfolgenden Zeitraum begonnen hat, die Eigenschaft als Hauptversicherter verloren hat



und als Person zu Lasten eines anderen Hauptversicherten eingetragen ist, der mit der Zahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste nicht in Ordnung ist.

Wenn ein Mitglied, dem der Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde, während der in Absatz 5 genannten Periode der "Wiederherstellung des Anspruchs" ohne Unterbrechung als hauptversicherte Person bei mehreren belgischen Krankenkassen angeschlossen war, so werden die 24 Monate ab dem ersten Tag des Monats gezahlt, für den die Beiträge für die genannten Dienste bei derjenigen Krankenkasse, bei der er als erste während dieses Zeitraums angeschlossen war, gezahlt wurden.

Im Falle der Unterbrechung der Mitgliedschaft bei einer belgischen Krankenkasse in der Eigenschaft als Hauptversicherter, nach Beginn der in Absatz 5 genannten Frist der "Wiederherstellung des Anspruchs", setzt diese Unterbrechung die erwähnte Wiederherstellungsfrist von 24 Monaten (für welche Beiträge gezahlt werden müssen ohne jedoch irgendeinen Vorteil in Anspruch nehmen zu können) aus; diese Unterbrechung darf jedoch fünf Jahre nicht überschreiten.

#### **Artikel 8 – Erstattung von zu Unrecht gewährten Vorteilen der Zusatzversicherung**

Der Anspruch auf Rückforderung des Wertes der zu Unrecht gewährten finanziellen Zuwendungen und Geldleistungen, im Zusammenhang mit den Zusätzlichen Diensten im Sinne von Artikel 6, erlischt zwei Jahre nach Ablauf des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

Diese Verjährung ist nicht anwendbar, falls die unrechtmäßige Gewährung von finanziellen Zuwendungen und Geldleistungen auf betrügerische Handlungen zurückzuführen ist, für welche die Person verantwortlich ist, die davon profitiert hat. In diesem Fall beträgt die Verjährungsfrist fünf Jahre ab dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

## Kapitel III

### Die Generalversammlung

#### **Artikel 9 – Zusammensetzung und Mandatsdauer der Generalversammlung**

Die Generalversammlung setzt sich, gemäß Artikel 6 des K.E. vom 7. März 1991, aus Delegierten zusammen, und zwar einen pro 200 Mitglieder.

Diese Delegierten werden von den wahlberechtigten Mitgliedern und deren wahlberechtigten Personen zu Lasten für eine erneuerbare Zeitspanne von sechs Jahren gewählt.

#### **Artikel 10 – Geschäftsbezirke und Wahlbezirke**

Die Krankenkasse ist in 3 Geschäftsbezirke aufgeteilt:

- Der Geschäftsbezirk Büllingen umfasst alle Ortschaften der Gemeinden Büllingen und Bütgenbach, sowie folgende Ortschaften der Gemeinde Amel: Heppenbach, Hepscheid, Halenfeld, Wereth, Herresbach, Schoppen und Möderscheid, außerdem alle weiteren Ortschaften Belgiens, welche keinem der anderen Geschäftsbezirke zugeordnet sind.
- Der Geschäftsbezirk Sankt Vith umfasst alle Ortschaften der Gemeinden Sankt Vith und Reuland, sowie folgende Ortschaften der Gemeinde Amel: Amel, Born, Deidenberg, Eibertingen, Iveldingen, Medell, Meyerode, Mirfeld, Montenau, Valender.
- Der Geschäftsbezirk Eupen-Kelmis umfasst alle Ortschaften der Gemeinden Eupen, Kelmis, Lontzen und Raeren, sowie die zweisprachigen Randgemeinden.

Die Mitglieder und die Personen zu Lasten, die außerhalb der obigen engeren Geschäftsbezirke der Krankenkasse wohnen, werden dem Geschäftsbezirk Büllingen zugeordnet.

Die Geschäftsbezirke bilden gleichzeitig die Wahlbezirke, in denen die Delegierten und die Ersatzmitglieder für die Generalversammlung durch die wahlberechtigten Mitglieder und deren wahlberechtigte Personen zu Lasten gewählt werden. Die Krankenkasse zählt folglich die Wahlbezirke Büllingen, Sankt Vith, Eupen-Kelmis.

Zum jeweiligen Wahlbezirk gehören die Mitglieder und ihre Personen zu Lasten, die in diesem Wahlbezirk wohnen.



### **Artikel 11 – Wahlen pro Wahlbezirk**

Innerhalb jedes Wahlbezirks wählen die wahlberechtigten Mitglieder und deren wahlberechtigte Personen zu Lasten die Anzahl Delegierte.

Die Kandidaten werden pro Wahlbezirk proportional zur Anzahl Mitglieder gemäß Art. 10, Absatz 6 und zwar jeweils 1 Delegierter pro 200 Mitglieder gewählt.

### **Artikel 12 – Aktives Wahlrecht**

Für die Wahl der Delegierten zur Generalversammlung haben aktives Wahlrecht: alle Mitglieder der Krankenkasse sowie deren Personen zu Lasten, insofern letztere volljährig oder großjährig sind.

Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten müssen der Krankenkasse seit wenigstens 6 Monate vor dem Wahldatum angeschlossen sein.

### **Artikel 13 – Passives Wahlrecht**

Für die Generalversammlung haben passives Wahlrecht:

- a) Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten, welche aktives Wahlrecht im Sinne von Artikel 12 haben; sie müssen von guter Führung sein und über ihre bürgerlichen Rechte verfügen.
- b) Das Mitglied oder dessen Personen zu Lasten müssen seit mindestens 1 Jahr vor dem Wahldatum für die in Artikel 2 b vermerkten Dienste der Krankenkasse die erforderlichen Beitragszahlungen geleistet haben.
- c) Personalmitglieder der Krankenkasse oder des Landesbundes, sowie ehemalige Personalmitglieder der Krankenkasse oder des Landesbundes welche (aus nicht-wirtschaftlichen Gründen) entlassen worden sind, haben kein passives Wahlrecht.
- d) Mitglieder oder deren Personen zu Lasten, die gerichtlich gegen die Krankenkasse vorgegangen sind, haben kein passives Wahlrecht.
- e) Mitglieder oder deren Personen zu Lasten, über die eine rechtskräftige kriminelle Strafe oder eine Gefängnisstrafe von mehr als 3 Monaten verhängt wurde, haben kein passives Wahlrecht.

### **Artikel 14 – Wahlrecht im Wahlbezirk**

Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten üben ihr aktives und passives Wahlrecht ausschließlich in dem Wahlbezirk aus, dem sie laut Artikel 11 zugeordnet sind.

### **Artikel 15 – Aufruf zu den Kandidaturen**

Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten, die nach Artikel 12 aktives und passives Wahlrecht haben, werden durch persönliche Schreiben oder durch Veröffentlichungen, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind, informiert über:

1. Den Aufruf zu den Kandidaturen, sowie über die Bedingungen, welche für die gültige Einreichung einer Kandidatur erfüllt sein müssen;
2. Die äußerste Frist zur Einreichung der Kandidaturen;
3. Die Aufteilung der Wahlbezirke und die Anzahl Mandate pro Bezirk;
4. Alle Daten zum Wahlverfahren.

Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten, die kandidieren möchten, verfügen hierzu über eine Zeitspanne von 15 Kalendertagen ab dem Versanddatum des persönlichen Schreibens betreffend den Aufruf zu den Kandidaturen; das Postdatum ist ausschlaggebend. Geschieht der Kandidatenaufruf über eine Veröffentlichung die für die Mitglieder bestimmt ist, so beginnt die Zeitspanne von 15 Kalendertagen ab dem Ende des Monats, während dem die Veröffentlichung verschickt wurde.

#### **Artikel 16 – Einreichung der Kandidatur**

Die Kandidaturen werden per Einschreibebrief an den Vorsitzenden der Krankenkasse gerichtet. Wenn der Vorsitzende feststellt, dass der Kandidat den Bedingungen zur Wählbarkeit, die in Artikel 13 der vorliegenden Satzung vorgesehen sind, nicht genügt, informiert er den betreffenden Kandidaten innerhalb von 15 Kalendertagen ab dem ersten Tag nach dem Versanddatum der Kandidatur per Einschreibebrief über die begründete Verweigerung der Aufnahme auf die Liste. Der Kandidat, der den Verweigerungsgrund anfecht, kann gemäß Artikel 36 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 beim Aufsichtsamt für die Krankenkassen klagen. Das Aufsichtsamt verfügt über 20 Kalendertage, um dem betreffenden Kandidaten, sowie dem Vorsitzenden der Krankenkasse seine Entscheidung mitzuteilen.

#### **Artikel 17 – Listenaufstellung**

Pro Wahlbezirk wird eine Liste von Kandidaten aufgestellt. Die Kandidaten werden in alphabetischer Reihenfolge aufgezählt. Der Verwaltungsrat der Krankenkasse entscheidet durch das Los, mit welchem Buchstaben die alphabetische Reihenfolge beginnt.

#### **Artikel 18 – Mitteilung der Kandidatenliste an die Mitglieder**

Die Wahlperiode, sowie die Liste der Kandidaten, welche die Bedingungen zur Wählbarkeit erfüllen, müssen den stimmberechtigten Mitgliedern und Personen zu Lasten durch persönliche Schreiben oder durch Veröffentlichungen innerhalb von höchstens 90 Kalendertagen ab dem Datum des Kandidatenaufrufs mitgeteilt werden.

Die Wahlen beginnen spätestens innerhalb von 30 Tagen nach dieser Mitteilung.

#### **Artikel 19 – Wahlvorstand**

Die Organisation der Wahlen und deren Kontrolle werden einem Wahlvorstand bestehend aus einem Vorsitzenden, einem Sekretär und drei Beisitzern anvertraut. Der Wahlvorstand wird spätestens 30 Tage vor dem Beginn der Wahlperiode gebildet.

Der Vorsitzende und die Beisitzer des Wahlvorstandes werden vom Verwaltungsrat bestimmt.

Der Sekretär wird vom Vorsitzenden aus den Personalmitgliedern der Krankenkasse bestimmt.

Die Kandidaten dürfen dem Wahlvorstand nicht angehören.

Der Wahlvorstand ergreift alle Maßnahmen, welche einen ordnungsgemäßen Ablauf der Wahlen gewährleisten.

Für jedes Wahllokal bestimmt der Vorsitzende außerdem einen Sekretär aus den Personalmitgliedern der Krankenkasse, um das Wahlverfahren im Wahllokal zu überwachen und die Stimmzettel so schnell wie möglich dem Wahlvorstand auszuhändigen.

## **Artikel 20 – Wählerlisten**

Die Wählerlisten werden pro Bezirk aufgestellt.

Die Eigenschaft als Wähler gemäß Artikel 12 und 13 wird durch den Vermerk auf den Wählerlisten festgestellt. Die Wählerlisten werden vom Wahlvorstand aufgestellt. Auf diesen Listen sind der Name, die Vornamen, die Mitgliedsnummer und die Anschrift eines jeden Wählers vermerkt.

Die Aufstellung der Wählerliste wird 60 Tage vor Beginn der Wahlperiode abgeschlossen.

## **Artikel 21 – Stimmabgabe**

Es besteht Wahlfreiheit.

Die Stimmabgabe erfolgt brieflich oder in einem der Wahllokale des Wahlbezirkes, zu dem der Wähler gehört.

## **Artikel 21bis – Briefwahl**

1. Jedes Mitglied, das aktives Wahlrecht hat, erhält 10 Tage vor Beginn der Wahlperiode einen Stimmzettel.
2. Die wahlberechtigten Mitglieder, welche ihren Stimmzettel per Post zustellen möchten, legen diesen in den dafür bestimmten Umschlag (mit dem Vermerk "Porto bezahlt Empfänger") und richten denselben an den "Vorsitzenden des Wahlvorstandes der Freien Krankenkasse", vor Ende der Wahlperiode, d.h. vor dem 31. Mai des Wahljahres (Poststempel).
3. Auf diesem Umschlag steht ebenfalls die Identität des Absenders (Name, Vorname, Anschrift und Mitgliedsnummer).

## **Artikel 21ter – Wahl in einem Wahllokal**

Für die Wahl in einem der Wahllokale des Wahlbezirkes muss der Wähler wenigstens 10 Tage vor der Wahlperiode entweder brieflich oder durch für die Mitglieder bestimmte Veröffentlichungen über den Ort, wo die Wahllokale sich befinden, sowie über die Daten und Uhrzeiten, zu denen gewählt werden kann, informiert werden.

Im jeweiligen Wahllokal schreibt der Sekretär, der vom Wahlvorstand bestimmt wird (siehe Artikel 19, letzter Absatz), die Identität der Wähler auf, die vorstellig werden, und prüft, ob sie der Wählerliste angehören. Nach der Schließung des Wahllokals händigt der Delegierte des Wahlvorstandes dem Vorsitzenden des Wahlvorstandes noch am gleichen Tag die Stimmzettel in einer versiegelten Urne aus.

## **Artikel 22**

Das wahlberechtigte Mitglied und dessen wahlberechtigte Personen zu Lasten können so viele Stimmen abgeben, wie Mandate zu besetzen sind.

Wählen anhand einer Vollmacht ist untersagt.

## **Artikel 23 – Auszählung der Stimmzettel**

Die Auszählung der Stimmzettel wird unmittelbar nach Ablauf der Wahlzeit vom Wahlvorstand vorgenommen.

Die Kandidaten gelten in der Reihenfolge der Anzahl erhaltener Stimmen als gewählt. Bei Stimmgleichheit mehrerer Kandidaten gilt der älteste Kandidat als gewählt.

Ungültig sind:

- andere Stimmzettel als die, die dem Wähler ausgehändigt, bzw. zugestellt wurden;
- Stimmzettel mit mehr Stimmabgaben als zu vergebende Mandate;
- Stimmzettel ohne Stimmabgabe;
- Stimmzettel, auf denen durchgestrichen oder überschrieben wurde.

Der Wahlvorstand führt Protokoll über den Ablauf der Wahlen und über die Anzahl abgegebener Stimmen, die Anzahl gültiger Stimmabgaben, die Art und Weise der Überprüfung der Identität der Wähler und den Wahlausgang; über die Bezirke, in denen keine Wahlen stattgefunden haben, aus den Gründen, die in Artikel 24 der Satzung beschrieben sind.

#### **Artikel 24 – Freistellung von der Durchführung von Wahlen**

Wenn die Anzahl Kandidaten pro Bezirk gleich oder geringer als die Anzahl effektiv zu vergebender Mandate ist, gelten diese Kandidaten automatisch als gewählt (siehe Artikel 14 und 15 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991).

#### **Artikel 25 – Bekanntgabe an die Mitglieder, Einspruch**

Die stimmberechtigten Mitglieder und deren stimmberechtigte Personen zu Lasten werden durch persönliche Schreiben oder durch Veröffentlichungen, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind, spätestens 15 Kalendertage nach dem Abschluss der Wahlen über deren Ausgang informiert.

Jedes betroffene Mitglied, das die Resultate und den Verlauf der Wahlen anfechten möchte, kann dem Aufsichtsamt per Einschreiben einen begründeten Antrag zustellen und dies innerhalb der ersten 10 Kalendertage nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses.

Das Aufsichtsamt verfügt über 20 Arbeitstage, um den Betroffenen die Entscheidung mitzuteilen. Die Entscheidung des Aufsichtsamtes ist definitiv.

#### **Artikel 26 – Bekanntgabe an das Aufsichtsamt**

Die Veröffentlichungen und/oder Briefe, die in den Artikeln 15, 16, 18, 20, 21, 21bis und 25 dieser Satzung vorgesehen sind, werden dem Aufsichtsamt zur gleichen Zeit wie den Mitgliedern der Krankenkasse zugestellt.

Ein Exemplar der Wahlordnung, die Zusammensetzung des Wahlvorstandes und eine Kopie des Protokolls über den Wahlverlauf werden unverzüglich dem Landesbund, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, sowie dem Aufsichtsamt zugestellt.

#### **Artikel 27 – Einsetzung der Generalversammlung**

Die neue Generalversammlung wird innerhalb einer Frist von 30 Kalendertagen nach Abschluss der Wahlperiode eingesetzt. Ein Einspruch beim Aufsichtsamt hebt diese Zeitspanne um 30 Tage auf.

Die Generalversammlung kann maximal 5 Berater hinzu wählen. Diese haben beratende Stimme. Die Mitglieder der Direktion der Krankenkasse können der Generalversammlung mit beratender Stimme beiwohnen.

### **Artikel 27bis** – **Verlust der Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung**

A. Durch Beschluss der Generalversammlung der Krankenkasse verliert eine Person ihre Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung, wenn:

1. sie ein Verwaltungsratsmitglied in dessen Amtsausübung verleumdet.
2. sie während der Versammlung einen Delegierten oder ein Verwaltungsratsmitglied bedroht oder beleidigt.
3. sie den Interessen der Krankenkasse zuwiderhandelt.
4. sie sich der Satzung und den Verordnungen der Krankenkasse widersetzt.
5. über sie eine rechtskräftige kriminelle Strafe oder eine Gefängnisstrafe von mehr als 3 Monaten verhängt wurde.

B. Die Person, die nicht mehr Mitglied der Krankenkasse ist, verliert sofort ihre Eigenschaft als Delegierter.

### **Artikel 28** – **Zuständigkeit der Generalversammlung**

Die Generalversammlung berät und beschließt über folgende Angelegenheiten:

1. Die Änderung der Satzung.
2. Die Wahl und die Absetzung der Verwaltungsratsmitglieder.
3. Die Zustimmung zum Haushalt und den Jahresrechnungen.
4. Die Bestimmung eines oder mehrerer Betriebsrevisoren.
5. Die Zusammenarbeit mit juristischen Personen des öffentlichen oder privaten Rechts, die in Artikel 43 des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sind.
6. Die Fusion mit einer anderen Krankenkasse.
7. Den Wechsel zu einem anderen Landesbund.
8. Die Auflösung der Krankenkasse.

Die Generalversammlung kann dem Verwaltungsrat ihre Zuständigkeit für die in Kapitel V vermerkten Beitragsanpassungen übertragen.

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

### **Artikel 29** – **Einberufungsmodi**

Die ordentliche Generalversammlung wird durch den Verwaltungsrat einberufen zwecks Abstimmung der jährlichen Abrechnungen und des Haushaltes.

Die Einberufung kann individuell geschehen oder durch eine Mitteilung in einer für alle Mitglieder der Krankenkasse zugänglichen Veröffentlichung. Diese Mitteilung wird spätestens 20 Tage vor dem Datum der Generalversammlung verschickt oder veröffentlicht.

Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt spätestens 8 Tage vor dem Datum der Generalversammlung über folgende Unterlagen:

1. Den Tätigkeitsbericht des abgelaufenen Geschäftsjahres je nach den verschiedenen Diensten.
2. Den Ertrag der Mitgliederbeiträge, ihre Verwendung, bzw. Aufteilung auf die verschiedenen Dienste und Tätigkeiten.
3. Den Entwurf der Jahresrechnungen einschließlich der Bilanz, der Ergebnisrechnung, der Erklärungen, sowie des Berichtes der Revisoren.
4. Den Haushaltsentwurf für das folgende Geschäftsjahr, sowohl global als auch aufgeteilt auf die verschiedenen Dienste und Tätigkeiten.

Die ordentliche Generalversammlung ist satzungsgemäß konstituiert, wenn die absolute Mehrheit der Delegierten anwesend ist. Wenn diese Bedingung jedoch nicht erfüllt ist, so entscheidet sie satzungsgemäß, ungeachtet der Zahl der anwesenden Mitglieder, insofern die Delegierten zum zweiten Male für dieselbe Tagesordnung eingeladen worden sind.

Ein Beschluss gilt als angenommen, wenn eine einfache Stimmenmehrheit vorliegt, außer wenn das Gesetz oder die vorliegende Satzung es anders vorschreibt.  
Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme.

Wenn es einem Mitglied unmöglich ist, an einer Sitzung der Generalversammlung teilzunehmen, so kann es ein anderes Generalversammlungsmitglied zur Stimmabgabe bevollmächtigen. Jedes Generalversammlungsmitglied kann höchstens 1 Vollmacht erhalten.

Die ordentliche Generalversammlung tagt vor dem 30. Juni.

### **Artikel 30 – Außerordentliche Generalversammlung**

Eine außerordentliche Generalversammlung wird für alle Satzungsänderungen einberufen (außer Kapitel V, dessen Änderungen infolge Artikel 28 dem Verwaltungsrat übertragen werden können) und dies so oft, wie es der Verwaltungsrat für erforderlich hält oder wenn wenigstens 1/5 der Mitglieder der Generalversammlung den Antrag stellt.

Die Einladungen vermelden die Tagesordnung und werden den Delegierten wenigstens 20 Tage vor dem Versammlungstermin zugestellt.

Mit Ausnahme der Satzungsänderungen trifft die Außerordentliche Generalversammlung ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.

### **Artikel 31 – Vertretung in der Generalversammlung des Landesbundes**

Die Vertretung der Krankenkasse in der Generalversammlung des Landesbundes beträgt einen Delegierten pro 7.500 Mitglieder, mit einem Minimum von zwei und einem Maximum von 30 Delegierten.

### **Artikel 32**

Diese Delegierten werden von der Generalversammlung gewählt.

### **Artikel 33 – Einreichen der Kandidatur für die Generalversammlung des Landesbundes**

Die Vertreter der Mitglieder und der Personen zu Lasten in der Generalversammlung der Krankenkasse, die wünschen, zum Delegierten der Generalversammlung des Landesbundes gewählt zu werden, müssen ihre Kandidatur per Einschreiben an den Vorsitzenden des Verwaltungsrates der Krankenkasse richten, dies 15 Kalendertage vor dem Datum der Generalversammlung, welche die Wahl vornimmt.

#### **Artikel 34 – Wahl der Vertreter der Generalversammlung des Landesbundes**

Die Stimmabgabe ist geheim. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Kandidaten gelten in der Reihenfolge der Anzahl erhaltener Stimmen als gewählt. Bei Stimmgleichheit zwischen mehreren Kandidaten für das letzte zu vergebende Mandat wird dieses Mandat dem ältesten Kandidaten zugesprochen.

## Kapitel IV

### Der Verwaltungsrat und der Geschäftsführende Vorstand

#### **Artikel 35** – Zusammensetzung des Verwaltungsrates

Der Verwaltungsrat der Krankenkasse besteht aus mindestens 12 Mitgliedern und höchstens 18 Mitgliedern, wobei nicht mehr als 80 % gleichen Geschlechts sein dürfen.

Um Mitglied des Verwaltungsrates zu sein, muss man volljährig und von guter Führung sein. Es ist nicht erforderlich, der Generalversammlung anzugehören.

Personen, welche den 73. Geburtstag erreicht haben, sind nicht mehr für den Verwaltungsrat wählbar. Die gewählten Verwaltungsratsmitglieder scheidern beim Erreichen des 73. Geburtstages, mit Wirkung zum 31. Dezember des betreffenden Jahres, aus.

Das Mandat der Verwaltungsratsmitglieder ist unentgeltlich. Anwesenheitsgelder oder Kostenrückerstattungen können nur von der Generalversammlung genehmigt werden.

#### **Artikel 36** – Mandatsdauer der Verwaltungsratsmitglieder

Der Verwaltungsrat wird von den Mitgliedern der Generalversammlung für eine Dauer von 6 Jahren gewählt.

Die Kandidaturen werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates spätestens 15 Kalendertage vor der Generalversammlung zugestellt. Der Vorsitzende legt der Generalversammlung die Kandidatenliste vor.

Ohne das Recht der Mitglieder der Generalversammlung, sich als Kandidat zu stellen, anzutasten, kann der Verwaltungsrat der Generalversammlung eine eigene Kandidatenliste vorlegen.

Wenn die Anzahl Kandidaten die Anzahl der zu vergebenden Mandate übersteigt, findet die Wahl statt. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Kandidaten mit der größten Stimmenanzahl gelten als gewählt.

Wenn die Anzahl Kandidaten mit der Anzahl der zu vergebenden Mandate übereinstimmt, sind die Kandidaten automatisch gewählt.

Vorausgesetzt, sie werden gewählt, sind die Direktionsmitglieder ebenfalls Mitglied des Verwaltungsrates.

Der Verwaltungsrat kann maximal 5 Berater wählen. Sie haben eine beratende Stimme.



### **Artikel 37 – Ersatz der Verwaltungsratsmitglieder, Rücktritt, Vollmachten**

Der Ersatz verstorbener oder ausgetretener Verwaltungsratsmitglieder findet in der nächsten Generalversammlung statt. Das so gewählte Verwaltungsratsmitglied führt das Mandat seines Vorgängers weiter.

Der Rücktritt, die Absetzung oder der Ausschluss aus der Krankenkasse sowie der Verlust der Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung ziehen automatisch das Ende des Mandates als Mitglied des Verwaltungsrates der Krankenkasse nach sich, wenn das Verwaltungsratsmitglied in dieser Eigenschaft gewählt worden war.

Das Verwaltungsratsmitglied, das fünf aufeinander folgende Male ohne berechtigten Grund abwesend war, gilt als zurückgetreten.

Der Verwaltungsrat ist nur beschlussfähig, wenn die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Die Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen getroffen.

Wenn es einem effektiven Mitglied unmöglich ist, an einer Sitzung des Verwaltungsrates teilzunehmen, so kann es ein anderes Verwaltungsratsmitglied zur Stimmabgabe bevollmächtigen. Jedes Verwaltungsratsmitglied kann höchstens 2 Vollmachten erhalten.

### **Artikel 37bis – Verlust der Eigenschaft als Verwaltungsratsmitglied**

Durch Beschluss der Generalversammlung der Krankenkasse verliert eine Person ihr Mandat im Verwaltungsrat, wenn:

1. sie ein Verwaltungsratsmitglied in dessen Amtsausübung verleumdet.
2. sie während der Versammlung einen Delegierten oder ein Verwaltungsratsmitglied bedroht oder beleidigt.
3. sie den Interessen der Krankenkasse zuwiderhandelt.
4. sie sich der Satzung und den Verordnungen der Krankenkasse widersetzt.
5. über sie eine rechtskräftige kriminelle Strafe oder eine Gefängnisstrafe von mehr als 3 Monaten verhängt wurde.

### **Artikel 38 – Zuständigkeiten des Verwaltungsrates**

1. Dem Verwaltungsrat obliegt die tägliche Verwaltung. Er verfügt über alle Zuständigkeiten, die das Gesetz vom 6. August 1990 der Generalversammlung nicht ausdrücklich vorbehalten hat.
2. Der Verwaltungsrat legt die allgemeine Organisation fest. Im Rahmen der im Stellenplan vorgesehenen Stellen setzt er die Abteilungen und Dienste (Geschäftsstellen, Verwaltungsstellen, Dienststellen, Soziale Dienste) ein, die er für erforderlich erachtet.  
Er stellt die Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung des verflossenen Jahres für die Generalversammlung auf.

Er stellt die Haushaltsentwürfe für das folgende Geschäftsjahr vor dem 15. Dezember auf.

Er stellt einen Jahresbericht über seine Tätigkeiten des vergangenen Jahres auf, welcher der ordentlichen Generalversammlung vorgelegt wird. Dieser Bericht enthält alle wichtigsten Beschlüsse des Verwaltungsrates, eine Bilanz und eine Gewinn- und Verlustrechnung.

### **Artikel 39 – Versammlung des Verwaltungsrates**

Der Verwaltungsrat, bzw. der von ihm laut Artikel 40 gewählte Geschäftsführende Vorstand, versammelt sich mindestens fünfmal jährlich, so u.a. vor jeder Generalversammlung, um deren Tagesordnung festzulegen.

Bei Dringlichkeit versammelt er sich auf Vorladung des Vorsitzenden oder auf Anfrage von 1/5 seiner Mitglieder.

### **Artikel 40 – Wahl und Zusammensetzung des Geschäftsführenden Vorstandes**

Der Verwaltungsrat kann, mit Ausnahme der Beitragsfestlegung, dem Vorsitzenden oder einem oder mehreren Verwaltungsratsmitgliedern, die vom Verwaltungsrat aus seiner Mitte bestimmt werden, Aufgaben der täglichen Verwaltung und/oder Teile seiner Zuständigkeit übertragen.

Hierzu wählt der Verwaltungsrat aus seiner Mitte einen Vorsitzenden sowie 6 Mitglieder, die zusammen mit dem Vorsitzenden, die vom Verwaltungsrat übertragenen Aufgaben und Zuständigkeiten wahrnehmen. Sie bilden den Geschäftsführenden Vorstand.

Die Anzahl Vorstandsmitglieder kann durch den Verwaltungsrat abgeändert werden, wenn er es für angebracht hält. In der Regel ist jeder Geschäftsbezirk durch 2 Personen im Geschäftsführenden Vorstand vertreten.

Der Geschäftsführende Vorstand versammelt sich in der Regel einmal monatlich.

Vorausgesetzt, sie werden gewählt, sind die Direktionsmitglieder ebenfalls Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes.

Der Geschäftsführende Vorstand kann die vom Verwaltungsrat ernannten Berater hinzuziehen.

Die vom Verwaltungsrat übertragenen Aufgaben und Zuständigkeiten werden in einer Geschäftsordnung festgehalten.

### **Artikel 41 – Vorsitzender, Vollmachterteilung seitens des Verwaltungsrates**

Der Vorsitzende leitet die Generalversammlung, den Verwaltungsrat und den Geschäftsführenden Vorstand; er achtet auf die Einhaltung und Ausführung der Satzung sowie der besonderen Regelungen; er vertritt die Krankenkasse in allen ihren Beziehungen mit den staatlichen Behörden. Er unterstützt alle Aktionen im Namen der Krankenkasse, sei es fordernd oder verteidigend.

Der Verwaltungsrat kann in einem detaillierten Beschluss auch anderen Verwaltungsratsmitgliedern eine allgemeine oder besondere Vollmacht übertragen, um mit den staatlichen Behörden zu verhandeln und alle Aktionen im Namen der Krankenkasse zu unterstützen.

Der Vorsitzende hat das Recht, den Geschäftsführenden Vorstand, den Verwaltungsrat und die Generalversammlung außerplanmäßig einzuberufen.

### **Artikel 42 – Schriftführer**

Der Schriftführer ist vor dem Verwaltungsrat oder vor den mandatierten Verwaltungsratsmitgliedern verantwortlich für die Protokollführung, den Briefwechsel, die Einladungen zu den Sitzungen der Entscheidungsorgane, das Aufbewahren der Archive.

### **Artikel 43** – Kassierer

Der Kassierer ist vor dem Verwaltungsrat oder vor den mandatierten Verwaltungsratsmitgliedern verantwortlich für alle Finanzgeschäfte der Krankenkasse, die ordnungsgemäße Führung der Bücher, die Erstellung aller Dokumente betreffend Einnahmen und Ausgaben, die statistischen Angaben und den Rechenschaftsbericht.

## Kapitel V

### Beitriffsbedingungen, Beiträge sowie Leistungen und Dienste der Krankenkasse

#### Artikel 44 – Beitrittsbedingungen

- A. Die Aufnahme als Mitglied für die in Artikel 2, B. genannten Dienste ermöglicht dem Mitglied im Rahmen der verfügbaren Mittel der Krankenkasse auf die in Kapitel V vorgesehenen Leistungen und Dienste zurückzugreifen.
- B. Die Personen zu Lasten sind Nutznießer der durch vorliegende Satzung organisierten Dienste, sobald ihre Einschreibung als berechtigter Nutznießer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gültig ist.

#### Artikel 45 – Beiträge

Die Mitglieder sind verpflichtet, einen Monatsbeitrag pro Krankenkassenhaushalt, wie in Artikel 67 des Gesetzes vom 26. April 2010 festgelegt, zu entrichten, dessen Höhe als Jahresbeitrag in der beigefügten Tabelle ETAC aufgeführt ist.

Beiträge der zusätzlichen Dienste: siehe Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) in der Anlage 1 zur Satzung. Diese Beitragsänderungen treten in Kraft ab dem 1. Januar ~~2018~~2019.

#### Artikel 45 bis – Änderung der Beitragssätze

Außerhalb einer eventuellen Anpassung an den Gesundheitsindex, können die Mitgliedsbeiträge für den Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Artikel 73 – 77) nur erhöht werden, falls:

- ein tatsächlicher und bedeutender Kostenanstieg der garantierten Leistungen oder die Entwicklung der zu deckenden Risiken dies erfordern oder falls
- bedeutende und außergewöhnliche Umstände auftreten.

#### Artikel 46 – Beiträge des Landesbundes

Alle Mitglieder der Freien Krankenkasse sind zur Zahlung der Monatsbeiträge verpflichtet, die der Landesbund, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, als pflichtgemäße Zusatzbeiträge für alle Mitglieder der ihm angeschlossenen Krankenkassen festgelegt hat. Die Beiträge gelten pro Krankenkassenhaushalt, wie in Artikel 67 des Gesetzes vom 26. April 2010 festgelegt.

Beiträge: siehe Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) in der Anlage 1 zur Satzung.

#### **Artikel 47** – **Beiträge der V.o.G. “Sozialdienst der Freien Krankenkasse”**

Im Rahmen einer Vereinbarung über Zusammenarbeit überträgt die Krankenkasse für ihre beitragszahlenden Mitglieder Beiträge an die V.o.G. “Sozialdienst der Freien Krankenkasse”, gemäß der vom Verwaltungsrat festgelegten Bewertungsregeln.

Beiträge: siehe Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) in der Anlage 1 zur Satzung.

#### **Artikel 48** – **Beiträge für die Verwaltungskasse**

Die Krankenkasse führt einen Verwaltungsdienst, genannt „Verwaltungskasse“.

Dieser Dienst teilt sich auf in:

1. ein Verteilungszentrum (Klassifizierungskode 98/1), beauftragt mit der Verteilung der allgemeinen gemeinsamen Funktionskosten, die letztlich vollständig unter den verschiedenen Diensten aufgeteilt werden müssen:

Entsprechend Artikel 74, Absatz 1 und Artikel 75 des Königlichen Erlasses vom 21. Oktober 2002 und in Ausführung von Artikel 29, §1 und §5 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen:

- werden die Erträge und technischen Kosten im Zusammenhang mit einem bestimmten Dienst (innerhalb der Zusätzlichen Dienste), ebenso die Beiträge, öffentlichen Zuschüsse, Leistungen, Änderungen in den eventuellen Rücklagen, usw. direkt diesem Dienst berechnet.
- werden die anderen (als die technischen) Lasten und Kosten, wie Personalkosten, Kosten für die Infrastruktur und Ausrüstung und die übrigen Verwaltungskosten einerseits zu Lasten der Pflichtversicherung eingeführt und andererseits zu Lasten der verschiedenen Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der Zusätzlichen Dienste, dies auf Basis einer Analyse der tatsächlichen Kosten in Bezug auf die Pflichtversicherung und auf jeden der Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der „Zusätzlichen Dienste“.

2. den Rücklagen der Verwaltungskosten (Klassifizierungskode 98/2), hierbei handelt es sich um die Rücklagen, welche zur Deckung von eventuellen Defiziten der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung (Artikel 195, § 5 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Pflichtversicherung für Gesundheitspflege und Krankengeld) sowie der Kosten der Verwaltungskasse der Zusätzlichen Dienste dienen. Zur Finanzierung dieses Dienstes (98/2) fordert die Krankenkasse von ihren Mitgliedern einen Beitrag, der in der beigefügten Tabelle ETAC aufgelistet ist („Echange de tableaux de cotisations“). Dieser Beitrag ist für alle Mitglieder verpflichtend.

Die vom Aufsichtsamt für die Krankenkassen bestimmten Aufwendungen und Erträge werden ebenfalls in diesen Dienst eingeführt (siehe Rundschreiben des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen 14/04/D1).

#### **Artikel 49**

Die Krankenkasse organisiert die Krankenpflichtversicherung gemäß Artikel 2, A. der vorliegenden Satzung.

## **Artikel 50**

Um die gemäß dem Artikel 2, B. der vorliegenden Satzung vorgesehenen Leistungen und Zielsetzungen zugunsten der ihr angeschlossenen Mitglieder zu verwirklichen, richtet die Krankenkasse Dienste ein, deren Modalitäten nachstehend bestimmt werden.

Die Zahlungsverbindlichkeit für alle in den folgenden Artikeln vorgesehenen Leistungen verjährt nach einer Frist von 2 Jahren, beginnend ab dem Tag des Ereignisses, welches zu der Zahlung des Vorteils führen kann. Die Krankenkasse kann nicht auf die Anwendung dieser Verjährungsregel verzichten.

## **Artikel 51 – Logopädie**

Klassifizierungskode 15

### 1. Logopädische Behandlung

Die Krankenkasse zahlt eine Vergütung von 12,00 € pro Behandlung durch einen vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung immatrikulierten selbständigen Logopäden (INAMI-RIZIV-LIKIV – Immatriculation des auxiliaires – Circulaires aux organismes assureurs - rubrique 180 – logopèdes).

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

Die Vergütung wird nur gezahlt, wenn aus dem Antrag des Logopäden hervorgeht, dass keine Kostenübernahme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist.

Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf eine Anzahl von 200 Behandlungen pro Jahr begrenzt.

### 2. IQ-Test

Für einen IQ-Test, der im Hinblick auf den Bedarf einer logopädischen Behandlung durch einen selbständigen Psychologen durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse die Honorarkosten des Psychologen zu 50,00 €, unter der Bedingung, dass im Anschluss an den Test ein Antrag auf Folgebehandlung bei einem Logopäden gestellt wird.

Die Beteiligung wird nicht erstattet für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer von der öffentlichen Hand bezuschussten öffentlichen Institution (bspw. Kaleido).

## **Artikel 52 – Tomatis-Sprachtherapie**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt den Mitgliedern, welche sich zur Behandlung in ein Tomatiszentrum begeben, eine Erstattung in Höhe von 3,75 € pro Behandlungseinheit, begrenzt auf 100 Sitzungen pro Jahr pro Person.

### **Artikel 53 – Podologie**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 12,00 € pro Behandlung durch einen vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung anerkannten selbständigen Podologen. Die Erstattung erfolgt ausschließlich auf Vorlage einer offiziellen Behandlungsbescheinigung, so wie sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch das LIKIV vorgeschrieben ist. Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf eine Anzahl von 6 Behandlungen pro Jahr begrenzt. Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

### **Artikel 54 – Fußpflege**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt für medizinische Fußpflege eine Erstattung in Höhe von 7,00 € pro Behandlung durch einen von ihr anerkannten diplomierten Fußpfleger (siehe Liste in der Anlage) oder durch einen vom LIKIV anerkannten Orthopäden.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, diese Liste anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf 56,00 € pro Jahr (8 Behandlungen) begrenzt. Leistungen während eines Krankenhausaufenthaltes sind ausgeschlossen.

### **Artikel 55 – Fußreflexzonenmassage**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt für Fußreflexzonenmassage eine Erstattung an Mitglieder, die an einer schweren Krankheit leiden, so wie sie in Anlage 10 definiert sind. Die Erstattung beträgt 15,00 € pro Fußreflexzonenmassage, unter der Voraussetzung, dass es sich um einen von der Krankenkasse anerkannten Therapeuten handelt (Therapeuten mit längerer Ausbildung, siehe Liste in der Anlage) auf Vorlage der entsprechenden Belege.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, diese Liste anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Die genannte Vergütung ist pro Person auf 120,00 € pro Jahr (8 Behandlungen) begrenzt.

### **Artikel 56 – Posturologie**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 12,00 € für zwei Behandlungen pro Nutznießer und pro Jahr durch einen diplomierten Posturologen.

### **Artikel 57 – Pflegematerial** (Erstattung für Schwerpflegebedürftige)

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Kostenerstattung für die Heimpflege von schwerpflegebedürftigen Personen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung der Pflegestufe “A” oder “B” oder “C” zugeordnet wurden. Für die Erstattung werden nur Kosten berücksichtigt, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung:

- Inkontinenzmaterial,
- Pflegematerial,
- Arzneimittel, jedoch nur ausschließlich solche der Kategorie D,
- Leihgebühren für technische Hilfsmittel,
- Erstattung für SOS-Hilfe oder für Dienstleistungsschecks in Höhe von 2,00 € pro geleistete Arbeitsstunde.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Die Erstattung wird gezahlt ab dem 1. Tag des ersten vollständigen Monats der Pflegebedürftigkeit und ist auf 125,00 € pro Monat begrenzt.

Bei der Berechnung der Erstattung können auch verauslagte Kosten des vorhergehenden oder des folgenden Monats berücksichtigt werden, ohne dabei jedoch einen Betrag von 375,00 € pro Trimester zu überschreiten.

Es wird keine Erstattung gezahlt, wenn die pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim, in ein Altersheim oder in eine andere Einrichtung aufgenommen wird oder wenn aus einem anderen Grunde keine häusliche Pflege der Stufe “A”, “B” oder “C” zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden kann.

Die Mitglieder sowie die Personen zu ihren Lasten können im Rahmen der verfügbaren Mittel auf die Vorteile dieses Artikels zurückgreifen, wenn sie seit mindestens 60 Monaten die in Art. 45 vermerkten Beiträge gezahlt haben.

Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.



## Artikel 58 – Kieferorthopädische Behandlung

Klassifizierungskode 15

Für kieferorthopädische Behandlungen, für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine Genehmigung erteilt wurde, übernimmt die Krankenkasse eine Kostenerstattung, ergänzend zu den Erstattungen der Pflichtversicherung. Die Höhe der kumulierten Kostenerstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und seitens der Zusätzlichen Dienste andererseits ist für alle Mitglieder gleich, außer gegebenenfalls für Versicherte, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören und für die eine erhöhte Kostenerstattung vorgesehen ist.

- Im Falle einer „kieferorthopädischen Behandlung erster Absicht“ wird parallel zur Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Abrechnung der Apparatur gleichzeitig ausgezahlt:  
Bei Auszahlung der Kodenummer 305933: 125,00 €  
Bei Auszahlung der Kodenummer 305955: 125,00 €  
Diese Erstattung dient zur Deckung der Eigenanteile und Honorarkosten während des gesamten Verlaufes der Behandlung und der Mehrkosten für Material.
- Im Falle einer traditionellen kieferorthopädischen Behandlung wird parallel zur Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Abrechnung der Apparatur gleichzeitig eine Pauschalerstattung ausgezahlt:  
Bei Auszahlung der Kodenummer 305631: 400,00 €  
Bei Auszahlung der Kodenummer 305675: 400,00 €  
Diese Erstattung dient zur Deckung der Eigenanteile und Honorarkosten während des gesamten Verlaufes der Behandlung und der Mehrkosten für Material.

## Artikel 59 – Zahnprothesen und Implantate

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung bis zu 175,00 € pro Person für Zahnersatz, der nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird und nach Abzug einer eventuellen Intervention seitens einer internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, vorausgesetzt es handelt es sich um:

- eine feste Prothese oder ein Implantat (ungeachtet des Alters)
- oder um eine herausnehmbare Prothese vor dem 50. Geburtstag

Diese Erstattung wird nur einmal alle 7 Jahre gezahlt.

Voraussetzung ist ebenfalls, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist. Dies gilt ebenfalls für die unter Artikel 5, B. genannten Mitglieder, welche für die gesetzliche Krankenversicherung nicht bei der Freien Krankenkasse angeschlossen sind.

## Artikel 60 – Optik und Sehhilfen

Klassifizierungskode 15

### 1. Brillen und Prothesen

Im Rahmen der zusätzlichen Dienste zahlt die Krankenkasse ihren Mitgliedern und Nutznießern eine Erstattung für optische Prothesen zur Korrektur von Sehschwächen (Brillen, Gestelle, Kontaktlinsen). Diese Erstattung wird auf Vorlage einer ärztlichen Verordnung eines Augenfacharztes und der Lieferbescheinigung eines Optikers gezahlt. Die Erstattungen werden ergänzend zu einer eventuellen Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt.

#### A) Angepasstes Spezialgestell für Kleinkinder bis 4 Jahre

Dieser Dienst richtet sich an Versicherte bis 4 Jahre, um die Korrektur der Sehschwäche in der frühesten Lebensphase zu unterstützen.

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für ein Gestell, dessen Bügel das Ohr fest umschließen und welches mit einem speziellen Sicherheitsscharnier ausgestattet ist. Es verfügt außerdem über einen Nasenbügel aus Silikon, welcher der Nase des Kleinkindes angepasst ist.

Die jährliche Erstattung beläuft sich auf maximal 50,00 €.

#### B) Brillengläser und Kontaktlinsen zur Korrektur von Sehschwächen von Personen bis zum 18. Geburtstag

Dieser Dienst richtet sich an Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag, da in der Wachstums- und Pubertätsphase es häufiger als im Erwachsenenalter zu Veränderungen der Sehstärke kommt und aus diesem Grunde für diese Altersgruppe eine jährliche Anpassung der Sehhilfen erforderlich ist.

Die maximale Erstattung beläuft sich auf 150,00 € pro Jahr und pro Person.

Die Erstattung ist abhängig von der Dioptrie sowie der Anzahl Gläser bzw. Kontaktlinsen.

Dioptrie > 4	75,00 € pro Glas oder Linse, höchstens 2 Gläser oder Linsen pro Jahr
Dioptrie $0 \leq 4$	25,00 € pro Glas oder Linse, höchstens 2 Gläser oder Linsen pro Jahr

#### C) Brillengläser und Kontaktlinsen zur Korrektur von Sehschwächen von Personen ab 18 Jahre.

Dieser Dienst richtet sich an Erwachsene ab 18 Jahre, da nach Abschluss der Wachstumsphase die Sehstärke sich nur langsam verändert und die Erneuerung der Sehhilfe nur in größeren zeitlichen Abständen erforderlich ist.

Die maximale Erstattung beläuft sich je nach Dioptrie auf 125,00 € oder auf 175,00 € pro Person. Eine Erstattung kann nur einmal alle vier Jahre in Anspruch genommen werden.

Die Erstattung ist abhängig von der Dioptrie der Brillengläser bzw. der Kontaktlinsen. Falls nur eines der beiden Gläser eine stärkere Dioptrie als 4 aufweist, so gilt die höhere Erstattung.

Dioptrie > 4	175,00 € für eine Brille oder für Kontaktlinsen, alle 4 Jahre
Dioptrie $0 \leq 4$	125,00 € für eine Brille oder für Kontaktlinsen, alle 4 Jahre

D) Kunstaugen

Den Mitgliedern, welche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen einer internationalen Vereinbarung eine Erstattung für ein Kunstauge erhalten, erstattet die Krankenkasse zusätzlich bis zu 250,00 € pro Jahr.

2. Korrektive Laserchirurgie

Die Krankenkasse zahlt ihren Mitgliedern und Nutznießern eine Erstattung für Laserbehandlungen zur Korrektur von Kurz- oder Weitsichtigkeit. Pro Eingriff, der von einem Augenfacharzt durchgeführt wurde, beträgt die Erstattung bis zu 250,00 € pro Eingriff, abzüglich eventueller Interventionen gleicher Art seitens einer gesetzlichen belgischen oder internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit.

Die Erstattung ist während der gesamten Dauer der Mitgliedschaft auf zwei Eingriffe, d.h. auf 500,00 € pro Person, beschränkt.

3. Operatives Einsetzen von Linsen

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 250,00 € pro Eingriff für das operative Einsetzen von Linsen, wenn für den betreffenden Eingriff keine Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.

Das Einsetzen einer künstlichen Linse ins Auge muss durch einen Augenfacharzt durchgeführt werden. Diese Vergütung ist während der gesamten Dauer der Mitgliedschaft pro Person auf zwei Eingriffe und somit auf 500,00 € begrenzt.

**Artikel 60bis – Optometrisches Visualtraining**

Klassifizierungskode 15

Das optometrische Visualtraining dient zur Verbesserung der visuellen Leistung, der feinmotorischen Bewegung, der Koordination, der räumlichen Wahrnehmung, der Lesefähigkeit und des gesamten Wohlbefindens.

1. Für die Erstmessung durch einen spezialisierten Funktional-Optometristen erstattet die Krankenkasse 30,00 €.
2. Pro weitere Trainingseinheit, die durch einen spezialisierten Funktional-Optometristen durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse 30,00 €. Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf eine Anzahl von 12 Behandlungen pro Jahr begrenzt.

### **Artikel 61 – Alternative Therapien**

Klassifizierungskode 15

- A. Für Behandlungen, die durch einen diplomierten Osteopathen (D.O.) oder Chiropraktiker (D.C.) durchgeführt werden, zahlt die Krankenkasse eine Vergütung in Höhe von 20,00 € pro Behandlung.
- B. Für Akupunkturbehandlungen, die durch Ärzte oder Fachärzte durchgeführt werden, zahlt die Krankenkasse 10,00 € pro Behandlung.

Die Anzahl der Vergütungen ist begrenzt. Für die unter (A) und (B) genannten Therapien werden insgesamt höchstens 8 Behandlungen pro Jahr und pro Person erstattet.

- C. Für homöopathische Arzneimittel, die durch einen Arzt verschrieben werden, erstattet die Krankenkasse ihren Mitgliedern 50 % der Kosten, bis zu 100,00 € pro Jahr. Die Erstattung erfolgt auf Basis der vom Apotheker ausgestellten und abgestempelten Lieferbescheinigung „BVAC“ oder „Annexe 30“.

### **Artikel 62 – Ergotherapie**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Vergütung von 10,00 € pro Einzelsitzung bei diplomierten selbständigen Ergotherapeuten, die im Besitz eines Hochschul- oder Universitätsabschlusses in Ergotherapie sind (Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes FNBE).

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

Die Erstattung kann nur ein Mal pro Tag gewährt werden und sie gilt nicht für Gruppenkurse.

### **Artikel 63 – Psychomotorik**

Klassifizierungskode 15

Der Dienst richtet sich ausschließlich an Kinder bis zum 18. Geburtstag, denn Psychomotorik ist eine Therapie für die Behandlung von Kindern. Durch die Psychomotorik-Therapie werden Bewegungsstörungen kuriert oder minimiert. Als Folge sinkt das Unfallrisiko betroffener Kinder ganz erheblich. Mit der Störung verbundene emotionelle Probleme werden gelöst, die Kommunikationsfähigkeit verbessert. Die Entwicklung der Kinder wird nachhaltig positiv unterstützt.

Für Kinder bis zum 18. Geburtstag zahlt die Krankenkasse eine Vergütung in Höhe von 10,00 € pro individuelle Behandlung durch einen von ihr anerkannten selbständigen Therapeuten im Bereich der Psychomotorik. (Therapeuten mit längerer Ausbildung, siehe Liste in der Anlage).

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, diese Liste anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution. Die Erstattung kann nur ein Mal pro Tag gewährt werden und sie gilt nicht für Gruppenkurse.

#### **Artikel 64 – Psychotherapie**

Klassifizierungskode 15

Im Rahmen der Zusätzlichen Dienste zahlt die Krankenkasse eine Vergütung in Höhe von 15,00 € pro Sitzung bei selbständigen Psychologen, die von der „Belgischen Psychologenkommission - Commission des Psychologues – Psychologencommissie“ anerkannt sind oder durch einen von ihr anerkannten diplomierten Psychologen (siehe Liste in der Anlage).

Diese Vergütung gilt

- für Einzelsitzungen (individuelle Behandlung) sowie
- für Paar- oder Familientherapien.

Im Rahmen der Paar- oder Familientherapie müssen die Anzahl und die Angaben der beteiligten Patienten auf der Rechnung vermerkt sein. Die Gesamtheit der Erstattungen einer Paar- oder Familientherapie beträgt 15,00 €.

Die genannten Vergütungen werden nicht erstattet für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer von der öffentlichen Hand bezuschussten öffentlichen Institution.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, diese Liste anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

#### **Artikel 65 – Ernährungsberatung**

Klassifizierungskode 15

- A. Die Krankenkasse zahlt eine Vergütung in Höhe von 10,00 € pro Einzelsitzung bei Ernährungsberatern, die vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung oder einer gleichwertigen ausländischen Institution anerkannt sind.
- B. Die Krankenkasse zahlt zusätzlich eine weitere Vergütung, wenn Patienten im Rahmen der Vorsorge oder im Rahmen einer Krankheitsbehandlung einem Behandlungsplan der Ernährungsberaterin, mit der vollständigen Anzahl von 7 Beratungen innerhalb des Zeitraums

von höchstens 2 Jahren, folgen. In diesem Fall wird nach Abschluss des Behandlungsplanes eine zusätzliche Vergütung gewährt in Höhe von:

- 20,00 € für die erste Beratung
- 5,00 € für die sechs weiteren Behandlungen

Die Erstattung des Behandlungsplanes wird innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ab Behandlungsbeginn nur ein einziges Mal gezahlt.

#### **Artikel 66 – Material für Sauerstofftherapie**

Klassifizierungskode 15

Im Falle einer Sauerstofftherapie am Wohnsitz des Patienten erstattet die Krankenkasse die Kosten für die Sauerstoffflaschen, bis zu einem Betrag von 20,00 € pro Monat pro Person.

#### **Artikel 67 – Material für Chronisch Kranke**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Mitglieder oder ihre Personen zu Lasten, die an Diabetes erkrankt sind. Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug einer Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Die Krankenkasse erstattet:

- A. für den Ankauf eines Blutzuckermessgerätes: bis zu 75,00 €, dies auf Basis der Rechnung und einer ärztlichen Verordnung, höchstens einmal alle 5 Jahre.
- B. für das Testmaterial zur Selbstkontrolle ihres Blutzuckers oder für die Nadeln zur Insulininjektion: 50% der Kosten, begrenzt auf 120,00 € pro Trimester, bis zu 480,00 € pro Jahr.

#### **Artikel 67bis – Blasenkatheter und Stoma Material**

Klassifizierungskode 15

##### 1. Blasenkatheter

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für Blasenkatheter bis zu 250,00 € pro Person pro Jahr.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

##### 2. Stoma Material

Stoma-Patienten benötigen zusätzliches Material, welches nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird.

Die Krankenkasse beteiligt sich zu 50% an den Kosten, bis zu 500,00 € pro Jahr, an diesem Stoma-Material, welches in einer Apotheke oder bei einem anerkannten Bandagisten erworben wird.

Ein Anrecht auf die Erstattung besteht nur, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt der Materiallieferung nicht hospitalisiert ist.

**Artikel 67ter – Perücke**  
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 180,00 € pro Person für eine Perücke, die aus medizinischen Gründen notwendig ist und die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird, nach Abzug einer eventuellen Intervention seitens einer internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

**Artikel 67quater – Blutgerinnung (Testgerät und Testmaterial)**  
Klassifizierungskode 15

Nach dem Einsatz einer künstlichen Herzklappe, bei schweren Herzrhythmusstörungen oder einer angeborenen Gerinnungsstörung muss die Gerinnbarkeit des Blutes regelmäßig gemessen werden. Mithilfe eines Blutgerinnungstestgerätes kann die betroffene Person den Gerinnungswert selbst ermitteln.

1. Die Krankenkasse erstattet das INR-Testgerät einmalig zu 50 %, bis zu 500,00 €. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Rechnung, des Zahlungsbeleges und der ärztlichen Verordnung.
2. Für das benötigte Testmaterial erstattet die Krankenkasse ihren Mitgliedern 50 % der Kosten, bis zu 100,00 € pro Jahr. Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Rechnung und des Zahlungsbeleges.

**Artikel 68 – Material für Hausnotrufe**  
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten der Leihgebühren für Hausnotrufgeräte für ihre Mitglieder und deren Personen zu Lasten. Die Erstattung beläuft sich auf 5,00 € pro Monat der verauslagten Leihgebühren, die zu Lasten des Mitglieds bleiben.

**Artikel 69 – Vorsorgeimpfungen und -untersuchungen**  
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung für Vorsorgeimpfungen und beteiligt sich an den Kosten für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen:

1. Die Kosten bis zu 30,00 €, einmal pro Kalenderjahr und pro Person, für alle in Belgien anerkannten Impfstoffe für Vorsorgeimpfungen.



2. Die Kosten in Höhe von 35,00 €, alle 2 Jahre, für eine Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) im Rahmen der Vorsorge gegen Osteoporose.
3. Die Kosten für Früherkennungstests von Hörschäden bei Neugeborenen, in Höhe von 15,00 € pro Person, insofern das Kind zum Zeitpunkt der Geburt Mitglied der Freien Krankenkasse ist und die Beiträge gezahlt hat.
4. Einen Anteil in Höhe von 75% der Produktkosten für die „Spezifische Immuntherapie“ (Hyposensibilisierung, Desensibilisierung, Allergieimpfung). Diese Erstattung ist begrenzt auf 375,00 € pro Behandlungsjahr und wird höchstens während drei aufeinander folgenden Behandlungsjahren und in diesem Zyklus nur einmal im Leben gezahlt. Die Erstattung gilt ausschließlich für Patienten mit Allergien gegen Milben, Gräser- und Birkenpollen und sie erfolgt nur unter folgenden Voraussetzungen:
  - wenn für die festgestellte Allergie das passende Impfallergen vorhanden und seine Wirksamkeit erwiesen ist;
  - wenn keine Besserung der Allergie durch reine Vermeidung der Allergieauslöser oder durch lindernde Medikamente erzielt werden kann;
  - wenn die Lebensqualität des Patienten stark eingeschränkt ist und die Allergie sich zum Asthma auszuweiten droht;
  - wenn die Immuntherapie ausdrücklich auf dieser Basis durch einen Facharzt (Dermatologe, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Pneumologe oder Allergologe) verordnet wird.

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

#### **Artikel 70 – Verhütungsmittel**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente im Rahmen einer empfangnisverhütenden Behandlung ihrer hauptversicherten Mitglieder und deren Personen zu Lasten, nach Abzug einer eventuellen Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Erstattung gilt ebenfalls für Präservative, sowohl für Männer als auch für Frauen, die in einer Apotheke erworben werden.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Die Erstattung beträgt bis zu 40,00 € pro Kalenderjahr auf Basis der vom Apotheker ausgestellten und abgestempelten Lieferbescheinigung „BVAC“ oder „Annexe 30“, **oder:**

- a. *bis zu 120,00 € jedes 3. Kalenderjahr für Langzeitverhütungsmittel (Spirale oder Implantate); oder*
- b. *bis zu 40,00 € pro Kalenderjahr für den Ankauf von Teststreifen für einen Zykluscomputer; oder*
- c. *bis zu 120,00 € für den Ausbildungskursus „Sensiplan“ (gilt als Erstattung für 3 Jahre).*

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.



**Artikel 71 – Eigenanteile für ambulante medizinische und paramedizinische Behandlungen**  
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag die Eigenanteile für:

- Leistungen bei Allgemeinmedizinern, insofern der Hausarzt für das Mitglied eine globale medizinische Akte angelegt hat;
- ambulante medizinische Leistungen beim Facharzt;
- paramedizinische Behandlungen;
- paramedizinische Lieferungen;
- erstattbare Medikamente (Kat. A, B, C, Cj, Cs, Cx sowie magistrale Zubereitungen).

Voraussetzung ist, dass das betreffende Kind zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und der Zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Erstattet werden ausschließlich die gesetzlichen Eigenanteile, die im Erstattungstarif der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind und die zu Lasten des Mitglieds bleiben, nachdem die Eigenanteile einen Beitrag von 12,50 € übersteigen. Die ersten 12,50 € Eigenanteil pro Jahr und pro Person werden nicht erstattet.

Nicht erstattet werden:

- Honorarzuschläge;
- Kieferorthopädische Behandlungen (gedeckt durch Artikel 57)
- Medikamente der Kat. D oder andere pharmazeutische Lieferungen;
- Alternative Therapien sowie jegliche Pflege, Lieferungen oder Dienstleistungen, die nicht im Erstattungstarif der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind;

**Artikel 71bis – Neurodermitis und Psoriasis**  
Klassifizierungskode 15

Im Rahmen der zusätzlichen Dienste erstattet die Krankenkasse Kindern bis 12 Jahre, die an Neurodermitis oder Psoriasis (Schuppenflechte) leiden, pro Kalenderjahr einen Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 €. Diese Erstattung gilt zur Deckung der Kosten für die tägliche Pflege zur Regeneration der Haut oder für Hilfsmittel (Kleidung, Bettwäsche, ...) zur Linderung des Juckreizes.

Die Erstattung erfolgt auf Vorlage einer ausführlichen Bescheinigung eines Dermatologen, woraus hervorgeht, dass die Erkrankung seit mindestens 6 Monaten besteht und nicht durch eine Entfernung des Risikos (bspw. im Zusammenhang mit einer allergischen Reaktion) vermieden werden kann.

Diese Erstattung kann unter Vorbehalt der gleichen Formalitäten jährlich erneuert werden.

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

### **Artikel 72 – Revalidation**

Klassifizierungskode 15

Den herzkranken Mitgliedern, die an einer von Therapeuten begleiteten Herzsportgruppe teilnehmen, erstattet die Krankenkasse die Hälfte der Teilnahmegebühren, begrenzt auf 50,00 € pro Jahr.

### **Artikel 73 - Kostenerstattung von Eigenanteilen bei Krankenhausaufenthalt**

Klassifizierungskode 14

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung für Kosten, die im Rahmen einer Hospitalisierung in einer psychiatrischen Abteilung zu Lasten des Mitgliedes oder der Mitversicherten bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung erstattet die Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 12,37 € pro Tag für den Eigenanteil des Patienten am Tagespflegesatz ab dem 16. bis zum 90. Aufenthaltstag. Bei einer erneuten Aufnahme nach einer Unterbrechung von weniger als 14 Tagen gilt dies als Fortsetzung des vorhergehenden Aufenthaltes.

### **Artikel 74 – Dienst für Genesungsaufenthalte**

Klassifizierungskode 15

Der Dienst für Genesungsaufenthalte bietet den in Artikel 44 erwähnten Mitgliedern und den Personen zu ihren Lasten, Genesungsaufenthalte an, unter folgenden Bedingungen:

#### **1° Medizinische Kriterien**

Der von der Krankenkasse beauftragte Arzt stützt sich bei seiner Entscheidung sowie bei der Beurteilung der Aufenthaltsdauer und der Dringlichkeit eines solchen Aufenthalts auf folgende Kriterien:

- A. Versicherte, die eine schwere Erkrankung hatten oder sich einem chirurgischen Eingriff mit einem Mindestaufenthalt von 7 Tagen im Krankenhaus unterziehen mussten;
- B. Versicherte, die sich einer schweren Behandlung durch Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen mussten;
- C. Versicherte, die sich einer Dialysebehandlung unterziehen müssen;
- D. Versicherte, die an einer akuten und schlimmen Erkrankung leiden.

Für die Versicherten der Kriterien A und B muss der Antrag auf einen Genesungsaufenthalt innerhalb von drei Monaten nach Entlassung aus dem Krankenhaus, nach Ende der Behandlung oder der Stabilisierung der Krankheit gestellt werden.

Der psychische und physische Zustand des Versicherten muss einen Aufenthalt ohne Hilfe oder Beaufsichtigung in einer hotelähnlichen Anstalt erlauben.

Anträge, die von Versicherten mit ansteckenden Krankheiten, psychiatrischen Krankheiten oder Nervenleiden gestellt werden, d.h. Personen, die nicht ohne fremde Hilfe die Verrichtungen des

alltäglichen Lebens ausführen können oder besonderer Pflege bedürfen, können nicht in Betracht gezogen werden.

## 2° Der Antrag

Aus dem Antrag muss hervorgehen, dass alle unter Punkt 1 aufgeführten Kriterien erfüllt sind. Der beauftragte Arzt überprüft die Anträge und übermittelt dem Dienst für Genesungsaufenthalt seine Schlussfolgerung.

Die Krankenkasse muss vor Beginn des Aufenthalts Stellung zum gestellten Antrag beziehen. Von daher muss der Antrag rechtzeitig gestellt werden, um einen Aufenthalt während der vorgesehenen Genesungsperiode zu ermöglichen.

## 3° Der Aufenthalt

Der Aufenthalt wird pro Periode von sieben Tagen mit einer Höchstdauer von 28 Tagen pro Jahr genehmigt und kann nicht aufgeteilt werden.

Während des Aufenthalts wird keine Verlängerung genehmigt.

Der Dienst versucht, den Beginn des Aufenthalts wenn möglich an dem vom verordnenden Arzt festgelegten Datum zu gewährleisten. Ansonsten hat der Aufenthalt spätestens 60 Tage nach dem Genehmigungsdatum zu beginnen.

Bei vollständiger Belegung des gewünschten Kurhauses schlägt der Dienst einen Aufenthalt in einem anderen anerkannten Kurhaus vor. Der Dienst wird von seinen Verpflichtungen entbunden, wenn das Mitglied sich gegen ein solches anderes anerkanntes Kurhaus ausspricht, es sei denn, der Dienst bewilligt eine anderslautende medizinische Verordnung.

## 4° Kurhäuser

Die Kostenbeteiligung gilt ausschließlich für bestimmte anerkannte Kurhäuser (Liste in der Anlage).

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, diese Liste anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Die Kostenbeteiligung beläuft sich auf 32,00 € pro Tag. Dieser Betrag wird jedoch auf 35,00 € pro Tag erhöht, wenn der Versicherte im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehört. Die Kosten einer betreuenden Begleitperson werden bis zu 15,00 € pro Tag erstattet.

### **Artikel 75 – Kurzaufenthalte für Pflegebedürftige**

Klassifizierungskode 15

Der Dienst wird organisiert zu Gunsten von Pflegebedürftigen, die ihren Beitrag für die zusätzlichen Dienste der Krankenkasse entrichtet haben.

Der Dienst gewährt eine finanzielle Unterstützung für einen begrenzten Kurzaufenthalt (max. 14 Tage pro Jahr) in einer Pflegeeinrichtung zu Gunsten von Personen, die zeitweilig oder definitiv ihre Autonomie verloren haben. Die Erstattung für die Aufenthaltskosten beträgt 22,00 € pro Tag für Normalversicherte und 24,00 € für Versicherte, die einem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören.

### **Artikel 76 – Betreuung in Tageszentren**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet die Kosten für Betreuung in öffentlich anerkannten Tageszentren, welche nach Interventionen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder seitens einer internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit zu Lasten des Patienten bleiben:

- bis zu einem Betrag in Höhe von 7,50 € pro Tag für Normalversicherte;
- bis zu einem Betrag in Höhe von 10,00 € für Versicherte, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören und für die eine erhöhte Kostenerstattung vorgesehen ist.

Die Erstattung ist begrenzt auf 100 Tage pro Jahr.

Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine Genehmigung zur Kostenübernahme einer Pflegepauschale erteilt wurde.

Die Mitglieder sowie die Personen zu ihren Lasten können im Rahmen der verfügbaren Mittel auf die Vorteile dieses Artikels zurückgreifen, wenn sie seit mindestens 60 Monaten die in Art. 45 vermerkten Beiträge gezahlt haben.

Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.

### **Artikel 77 – Betreuung im Krankenhaus**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet Kosten, die im Rahmen einer Hospitalisation zu Lasten des Mitgliedes oder der Mitversicherten bleiben.

Für zusätzliche Kosten einer betreuenden Begleitperson bei Krankenhausaufenthalt: Erstattung der vom Krankenhaus, bzw. einem dem Krankenhaus angegliederten Haus für betreuende Angehörige in Rechnung gestellten Kosten bis zu einer Höchstsumme von 20,00 € pro Tag während 30 Tagen.

## Artikel 78 – Heimpflege

Klassifizierungskode 15

### 1. Beratung und Koordination der Heimpflege

Die Krankenkasse organisiert oder unterstützt im Rahmen von Artikel 2, B. der Satzung soziale Beratung sowie Begleitung und Koordination im Bereich der Heimpflege.

Die Höhe des Beitrages für diesen Dienst ist in der beigefügten Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) aufgelistet.

Der Dienst richtet sich an alle Personen, gleich welchen Alters, die sich zeitweilig oder auf Dauer in einer Problemsituation befinden, um diesen die häusliche Pflege zu ermöglichen.

Es handelt sich um einen Beratungsdienst mit dem Ziel, den Mitgliedern Informationen bezüglich der Dienste zu erteilen, welche im Bereich der häuslichen Pflege tätig sind.

Die Freie Krankenkasse erteilt im Rahmen dieses Dienstes kein individuelles Anrecht auf eine Intervention oder eine Kostenerstattung im Hinblick auf ein ungewisses künftiges Ereignis.

### 2. Betreuung kranker Kinder

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für die Betreuung kranker Kinder im Alter von drei bis zwölf Jahren.

Die Erstattung beläuft sich auf 5,00 € pro Stunde, begrenzt auf 300 Stunden jährlich (1.500,00 € pro Jahr) und wird ausgezahlt auf Vorlage der quitierten Rechnung eines Betreuungsdienstes.

Für die Kostenbeteiligung werden pro Tag höchstens 10 Stunden berücksichtigt zwischen 7 und 18 Uhr höchstens 10 Tage pro Monat.

## Artikel 79 – Krankenmaterial

Klassifizierungskode 15 (\*)

Die Krankenkasse organisiert im Rahmen von Artikel 2, B. der Satzung einen Dienst für Krankenmaterial und technische Hilfsmittel (siehe Liste in der Anlage) zu Gunsten ihrer Mitglieder und deren mitversicherten Personen. Die Höhe des Beitrages für diesen Dienst ist in der beigefügten Tabelle aufgelistet.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, die Liste des Materials anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

(\*) Die Krankenkasse hat diese Aufgabe einer anderen Organisation übertragen, mit der sie eine Vereinbarung über Zusammenarbeit abgeschlossen hat (V.o.G. „Sozialdienst der Freien Krankenkasse“). Die im Rahmen dieser Vereinbarung vorgesehene Erstattung oder der vorgesehene Vorteil an das Mitglied muss immer gleich hoch sein, wie Erstattungen oder Vorteile, welche in der vorliegenden Satzung vorgesehen sind.

### **Artikel 79bis – Orthopädisches Material**

Klassifizierungskode 15

Die Freie Krankenkasse interveniert in den Kosten für den Ankauf von orthopädischem Material (siehe Liste in der Anlage), das dem Mitglied bei einem Aufenthalt in der Notaufnahme oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt verschrieben wird.

Die Kostenbeteiligung ist begrenzt auf 100,00 € pro Person pro Jahr.

Die Erstattung gilt ausschließlich für Material, welches nicht seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung erstattet wird.

### **Artikel 80 – Familienhilfe**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet die Kosten für Familien- oder Haushaltshilfen, die durch einen Familienhilfsdienst oder durch ein Öffentliches Sozialhilfezentrum organisiert werden

- in Höhe von 1,00 € pro geleistete Arbeitsstunde für Normalversicherte;
- in Höhe von 2,00 € pro geleistete Arbeitsstunde für Versicherte, welche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören und für die eine erhöhte Kostenerstattung vorgesehen ist.

Die Erstattung ist begrenzt auf 1.000 Stunden pro Jahr.

Arbeitsleistungen, die im Rahmen von Dienstleistungsschecks erbracht werden, sind von dieser Erstattung ausgeschlossen.

### **Artikel 81 – Rettungs- und Krankentransport**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für Krankentransport nach folgenden Regeln:

#### **A. Krankentransport**

Alle folgenden Vergütungen werden nur gezahlt für Fahrtkosten innerhalb von Belgien oder einem der direkt angrenzenden Länder (Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande). Die unter (a), (b) und (c) genannten Vergütungen werden gezahlt für Fahrtkosten bei Einlieferung oder Entlassung aus dem Krankenhaus inklusive Tagesklinik). Außerdem werden Fahrten zu ambulanten Behandlungen bei Fachärzten sowie der Transport von Muttermilch zum hospitalisierten Kind oder von der hospitalisierten Mutter zum Kind berücksichtigt.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

- a) Privatwagen: Erstattung in Höhe von 0,10 € pro km, abzüglich eines Eigenanteils von 12,50 € pro Fahrt (außer beim Transport von Muttermilch). Ist der errechnete Erstattungsbetrag geringer als 2,50 €, so wird keine Erstattung gezahlt.
- b) Bus- und Bahnfahrten: Vollständige Erstattung der Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel 2. Klasse.
- c) Taxifahrten: Erstattung in Höhe von 0,60 € pro km, Pauschale von 6,00 € für Kurzfahrten bis zu 10 km (ärztliche Verordnung erforderlich).
- d) Nicht-dringende Krankenwagenfahrten zu ambulanten Behandlungen bei Fachärzten, sowie „sitzende Transporte“ per Krankenwagen werden in Höhe von 75% des Rechnungsbetrags rückvergütet.  
Wenn aus den Unterlagen der Krankenkasse ersichtlich ist, dass der Gesundheitszustand des Nutznießers einen Transport per „sitzendem Krankentransport“ per Taxi oder Pkw nicht zulässt, interveniert die Krankenkasse entsprechend dem unter Punkt (e) genannten Tarif.
- e) Nicht-dringende Krankenwagenfahrten zu/von stationären Behandlungen (bei mindestens 1 Übernachtung), auch Verlegungstransporte zwischen Krankenhäusern, werden folgendermaßen rückvergütet:
- Für Transporte, die durch einen von der Krankenkasse anerkannten Dienst ausgeführt wurden, werden die Kosten vollständig erstattet.  
Als von der Krankenkasse anerkannte Dienste gelten automatisch diejenigen Dienste, die für nicht-dringende Krankenwagenfahrten folgende km-Preise nicht überschreiten:
    - für die ersten 10 Kilometer: den im offiziellen 112-Tarif vorgesehenen Pauschalbetrag für Rettungstransporte, d.h. 64,37 € und
    - ab dem 11. Kilometer: 1,50 € pro Kilometer.
  - Für alle übrigen Transporte beträgt die Erstattung 75% des Rechnungsbetrags.

Der Höchstbetrag der jährlichen Erstattung ist pro Nutznießer auf folgende Beträge begrenzt:

- für die unter (a), (b) und (c) genannten Vergütungen auf insgesamt 200,00 € pro Nutznießer, bei Transport von Muttermilch bis zu 400,00 €.
- für die unter (d) und (e) genannte Vergütung auf 2.000,00 €.

## **B. Rettungstransport**

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für Rettungstransport innerhalb von Belgien oder einem der direkt angrenzenden Länder (Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande), unter der Voraussetzung, dass der Transport nicht auf eine der folgenden Ursachen zurückzuführen ist:

- Rücktransport von einem Krankenhaus in ein näher gelegenes Krankenhaus
- Naturkatastrophen, industrielle Katastrophen, Flugzeugabsturz
- terroristische Anschläge, zivile Aufstände u. Unruhen, politische, ideologische oder soziale Gewalttätigkeiten
- Extremsportarten, wie bspw. Bungeespringen, Kampfsportarten, Bergsteigen u. Klettern, Schanzensprung u. Ski-Akrobatik, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Ultraleichtflugzeuge, Auto-, Motorrad- oder Außenbordmotorrennen, Hillclimbing, Höhlenkunde, usw.



Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Die Kosten für Rettungstransporte, die das Mitglied gezahlt hat, werden ihm nach den aktuellen offiziellen Tarifen zurückerstattet:

- a) 112-Dienst: Rückerstattung der Kosten nach den Tarifen, die vom Gesundheitsministerium für diese Dienste festgelegt sind:  
(Tarife zum 01.01.2018):  
Pauschale in Höhe bis zu 64,37 €  
11. bis 20. km: 6,43 € pro km  
ab 21 km: 4,92 € pro km
- b) Dringende Hospitalisierung (Ersteinlieferung): Vollständige Erstattung der Kosten, jedoch begrenzt auf die unter (B., a)) genannten Beträge.
- c) Notarzwagen (Pkw des Notarztes): Einsatzpauschale von 125,00 €.
- d) Notarzteinsatzhubschrauber (NEH) (Transport des Notarztes)  
Erstattung der Kosten in Höhe von 710,00 € pro Einsatz.
- e) Rettungshubschrauber (Transport des Patienten)  
Diese Erstattung gilt nur für Primäreinsätze, d.h. Verlegungstransporte sind ausgeschlossen:  
Für Primäreinsätze gilt die vollständige Rückerstattung der Kosten. Die Erstattung wird bei Vorlage der Rechnung und des Zahlungsbeleges des Mitgliedes vorgenommen.
- f) In den oben genannten Fällen werden auch folgende Nebenkosten übernommen:
  - Kosten für besonders ausgebildetes Begleitpersonal (bspw. Krankenpfleger im Rettungswagen)
  - Kosten für medizinische Produkte: Sauerstoff, Medikamente, ...

## **Artikel 82**

Die Kostenerstattung für Rettungs- und Krankentransport gemäß den Bestimmungen von Artikel 81 wird in den nachstehenden Fällen verweigert:

1. Wenn der Transport auf Grund eines Unfalles erforderlich wurde, bei dem die Haftpflicht eines Dritten verwickelt ist, es sei denn, dass die Krankenkasse rechtzeitig über den Unfall informiert wurde. In diesem letzten Fall muss das Mitglied der Krankenkasse alle ihm zustehenden Regressansprüche abtreten, die es gegenüber dem haftpflichtigen Dritten wahrnehmen kann, und darf mit dem Entschädigungspflichtigen ohne Zustimmung der Krankenkasse keinen Vergleich abschließen.



2. Wenn der Schaden aus einem Unfall herrührt, infolge einer physischen Übung gelegentlich eines Sportwettstreits oder Auftritts, bei denen die Veranstalter einen Eintritt erheben und wofür die Teilnehmer irgendeine Besoldung erhalten.
3. Wenn der Schaden aus einem schwerwiegenden Fehlverhalten des Mitgliedes hervorgeht.

### **Artikel 83** – Geburt und Adoption

Klassifizierungskode 15

Geburt oder Adoption eines Kindes:

- Die Krankenkasse zahlt dem Mitglied bei Geburt oder bei Adoption eines Kindes bis zu 18 Jahren, eine Prämie in Höhe von 350,00 €, wenn es zum Zeitpunkt der Geburt oder der Adoption Mitglied der Freien Krankenkasse ist, es außerdem die in Artikel 45 vermerkten Beiträge seit mindestens 1 Jahr bezahlt hat und wenn die Eintragung des Kindes in die Pflichtversicherung und in die Zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse erfolgt. Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit. Die Geburts- und Adoptionsprämie kann pro Kind nur ein einziges Mal im Leben gezahlt werden. Die Zahlung der Prämie kann nur erfolgen, insofern das Elternteil, zu dessen Lasten das Kind eingetragen wird, bzw. ist, Mitglied unserer Krankenkasse ist.
- Unabhängig von der obengenannten Prämie erstattet die Krankenkasse anlässlich der Geburt eines Kindes:
  - Bis zu 50,00 € pro Person (Frauen und Männer) für die Teilnahmegebühren an einem Geburtsvorbereitungskursus oder für Rückbildungsgymnastik, welche im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder der nachgeburtlichen Betreuung steht. Eigenanteile, die im Rahmen der erstattbaren Behandlungen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind, sind von dieser Erstattung ausgeschlossen.
  - Bis zu 50,00 € der Kosten für Babymassage und für Babyschwimmen, welche im Laufe des ersten Lebensjahres für das Neugeborene anfallen.

### **Artikel 84** – Sterbefall

Klassifizierungskode 15

Der Dienst „Sterbefall“ sieht eine Zulage in Höhe von 150,00 € vor, abzüglich der Interventionen gleicher Art infolge einer belgischen oder internationalen gesetzlichen Regelung der Sozialen Sicherheit.

Die Auszahlung erfolgt wenn die in Artikel 45 vermerkten Beiträge seit mindestens 1 Jahr bezahlt wurden.

Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.

## Artikel 85 – Sozialhilfe

### A. Begünstigte

Der Dienst für Sozialhilfe (Sozialfonds) hat zum Ziel, eine finanzielle Unterstützung für Begünstigte zu gewähren, die mit außergewöhnlichen und hohen Kosten konfrontiert werden auf Grund ihres Gesundheitszustands, medizinischer Pflege oder Behandlung.

### B. Bedingungen

Für die Erstattung können berücksichtigt werden:

- außergewöhnliche und hohe Kosten auf Grund des Gesundheitszustands, medizinischer Pflege oder Behandlung,:
  - welche nicht im Rahmen der Versicherung für Gesundheitspflege oder der Maximalen Gesundheitsrechnung übernommen werden.
  - nach Abzug der gezahlten oder noch zu zahlenden Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder Arbeitsunfallversicherung, des Fonds für Berufskrankheiten und jeder anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Erstattung seitens einer Versicherung, Kasse, eines Fonds, einer Organisation oder Institution.
  - die innerhalb einer Periode von 12 Monaten vor dem Erstattungsantrag entstanden sind.

Die Pflegekosten oder medizinischen Behandlungskosten werden nur erstattet, insofern die medizinische Notwendigkeit der Behandlung oder der Pflege auf Vorlage einer Bescheinigung des behandelnden Facharztes nachgewiesen werden kann.

Im Falle einer Hospitalisierung werden die Zuschläge, die infolge der Wahl eines Einzelzimmers berechnet wurden, nicht berücksichtigt.

### C. Erstattung

Die vorgesehen Erstattung dieses Dienstes:

- erfolgt nur unter der Bedingung, dass der Gesamtbetrag der Kosten mindestens 100,00 € beträgt;
- beträgt 75% der Kosten zu Lasten des Mitglieds;
- ist begrenzt auf höchstens 2.000,00 € pro Akte;
- ist begrenzt auf höchstens 5.000,00 € pro Kalenderjahr.

Für Versicherte mit Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes der gesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung, koordiniert am 14. Juli 1994, darf der Gesamtbetrag der Erstattung (Addition der Erstattung der Krankenkasse und einer eventuellen anderen Intervention im Rahmen einer gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung) nicht geringer sein als jener, der den anderen Mitgliedern erstattet wird.

Unter „Akte“ im Sinne dieses Artikels ist zu verstehen: alle Kosten, die die Folge ein und desselben Gesundheitszustands, derselben Behandlung oder derselben Pflege sind. Sobald sich die Kosten auf einen neuen Gesundheitszustand beziehen oder die Folge eines neuen

Gesundheitszustands, einer neuen medizinischen Behandlung oder neuer Pflege sind, wird eine neue Akte eröffnet.

#### D. Belege

Die Erstattung wird gewährt auf Vorlage:

- einer Anfrage seitens des Mitglieds;
- von Rechnungen, Kostenabrechnungen, welche die außergewöhnlichen und hohen Kosten zu Lasten des Mitglieds belegen.

#### **Artikel 86** – Ferienlager und -aktivitäten

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt einen Zuschuss für organisierte Ferienaktivitäten während der Schulferien:

1. Eine Erstattung in Höhe bis zu 5,00 € pro Tag für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren, höchstens für 20 Tage pro Jahr (d.h. max. 100,00 €). Bedingung ist, dass das betreffende Kind am Datum der Zahlung der Einschreibe- und/oder der Teilnahmegebühren Mitglied der Freien Krankenkasse ist und am 1. Tag des Aufenthalts die erforderliche Wartezeit beendet hat.

Der gleiche Betrag wird an die ehrenamtlichen Animatoren dieser Aktivitäten bis 25 Jahre, welche noch Bezahler von Kinderzulagen sind, gezahlt.

2. Einen Pauschalbetrag in Höhe von 12,50 € für Ferienaufenthalte, die speziell für Behinderte durch eine Behindertenorganisation organisiert werden. (Als Nachweis einer Behinderung von mindestens 66% kann die Anerkennung seitens des Föderalen Ministeriums für Sozialfürsorge, durch das Landesamt für Kranken- und Invalidenversicherung oder durch die Dienststelle für Personen mit Behinderung betrachtet werden.)

Bedingung ist, dass das Mitglied am Datum der Zahlung der Einschreibe- und/oder Teilnahmegebühren Mitglied der Freien Krankenkasse ist und am 1. Tag des Aufenthalts die erforderliche Wartezeit beendet hat.

#### **Artikel 87** – Dienst für Gesundheitserziehung und -vorsorge

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge“ für die in Artikel 8, unter 1, 2, 3 und 4 genannten Versicherten sowie für ihre Personen zu Lasten.

Der Dienst hat insbesondere zum Ziel, Aktionen zur Gesundheitsförderung durchzuführen und die Mitglieder nachhaltig zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu bewegen.

Zu diesen Aktionen gehören Schulungen sowie Einzel- oder Gruppenkurse, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder organisiert oder unterstützt:

- Rückenschulen,
- Diabetikerschulungen,
- Schulungen für chronisch Kranke,
- Programme zur Gesundheitsvorsorge oder Gesundheitserziehung,
- Programme zur Bekämpfung der Fettleibigkeit.

Hierzu legt die Krankenkasse Kostenerstattungen fest, die in der Anlage zur Satzung festgehalten sind.

Bedingung für eine Kostenerstattung ist, dass das teilnehmende Mitglied am Datum der Zahlung der Einschreibe- und/oder Teilnahmegebühren für die genannten Aktionen sowie während der vollständigen Aktionsperiode Mitglied der Krankenkasse ist und am 1. Tag des Starts der Aktion die erforderliche Wartezeit beendet hat und dass es während seiner Mitgliedschaft nicht bereits eine Erstattung für ein gleiches Projekt erhalten hat.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, den Betrag der finanziellen Unterstützung anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

#### **Artikel 88 – Juristische Beratung**

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Juristische Beratung“ für die in Artikel 8, unter 1, 2, 3 und 4 genannten Versicherten sowie für ihre Personen zu Lasten.

Der Dienst hat zum Ziel, die betroffenen Mitglieder im Streitfall mit Pflegeleistenden und Krankenhäusern zu beraten sowie alle notwendigen Auskünfte und Informationen bei Fragen oder Klagen in Sachen Krankenversicherung oder Gesundheitspflege zu erteilen.

#### **Artikel 89 – Information an Mitglieder**

Klassifizierungskode 37

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Information an Mitglieder“ für die in Artikel 8, unter 1, 2, 3 und 4 genannten Versicherten, sowie für ihre Personen zu Lasten.

Der Dienst fällt weder in den Bereich „Versicherungen“ noch in den Bereich „Operations“ und hat zum Ziel, den Mitgliedern Informationen zu erteilen, die zum besseren Verständnis der Sozialgesetzgebung beitragen, und die das Verantwortungsgefühl der Mitglieder fördern bezüglich der Sorge um ihre Gesundheit und ihres allgemeinen Wohlbefindens.

Die Krankenkasse kann im Rahmen dieses Dienstes ihren Mitgliedern Informationen zur Verfügung stellen, so insbesondere Informationen für Diabetiker, Nierendialysepatienten, chronisch Kranke, Krebserkrankte, Fettleibige, Rheumakranke, aber auch Informationen im Bereich der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitserziehung.

**Artikel 90 – Verwaltung**  
Klassifizierungskode 93 (\*)

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Verwaltung“, welcher zum Ziel hat, die notwendigen Mobilien und Immobilien für die bestmögliche Funktion der Freien Krankenkasse zu erwerben oder anzumieten.

(\*) Zur Durchführung dieses Dienstes hat die Krankenkasse eine „Vereinbarung über Zusammenarbeit“ mit der V.o.G. „Sozialdienst der Freien Krankenkasse“ abgeschlossen, im Rahmen von Artikel 43 des Gesetzes vom 6. August 1990.

**Artikel 91 – Änderungen der Versicherungsbedingungen**

Die Versicherungsbedingungen der Mitglieder für den Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Artikel 73 – 77) können ausschließlich mittels Satzungsänderung durch die Generalversammlung und mittels Genehmigung des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen abgeändert werden. Die Beiträge eines Dienstes für „Krankenhausaufenthalt“ und die Bedingungen betreffend des Versicherungsschutzes der Mitglieder können nur gemäß Artikel 9, § 1 quinquies des Gesetzes vom 6. August 1990 abgeändert werden.

## Kapitel VI

### Haushalt und Kontenführung

#### **Artikel 92**

Für jeden Dienst führt die Krankenkasse getrennt Buch über Einnahmen und Ausgaben entsprechend Artikel 29 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Die Einnahmen jedes Dienstes bestehen aus:

1. Den in Artikel 45 aufgeführten Beiträgen.
2. Den Zuschüssen des Staates, gegebenenfalls der Gemeinschaft.
3. Der Subskriptionen der Ehrenmitglieder.
4. Den Schenkungen und Erbschaften, sowie den Einnahmen und den verschiedenen ihnen zugesprochenen Erträgen.
5. Den Zinsen sowie zufallenden Gewinnen (pro Dienst) und Wertpapieren.

Jeder Dienst muss seine Verwaltungskosten und alle ihn betreffenden und durch Anwendung der vorliegenden Satzung verursachten Ausgaben tragen.

Entsprechend Artikel 74, Absatz 1 und Artikel 75 des Königlichen Erlasses vom 21. Oktober 2002, in Ausführung von Artikel 29, §1 und §5 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen:

- werden die Erträge und technischen Kosten im Zusammenhang mit einem bestimmten Dienst (innerhalb der Zusätzlichen Dienste), ebenso die Beiträge, öffentlichen Zuschüsse, Leistungen, Änderungen in den eventuellen Rücklagen, usw. direkt diesem Dienst berechnet.
- werden die anderen (als die technischen) Lasten und Kosten, wie Personalkosten, Kosten für die Infrastruktur und Ausrüstung und die übrigen Verwaltungskosten einerseits zu Lasten der Pflichtversicherung eingeführt und andererseits zu Lasten der verschiedenen Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der Zusätzlichen Dienste, dies auf Basis einer Analyse der tatsächlichen Kosten in Bezug auf die Pflichtversicherung und auf jeden der Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der „Zusätzlichen Dienste“.

#### **Artikel 93**

Das Vermögen der Krankenkasse darf keinen anderen Zwecken als denen, die ausdrücklich in der vorliegenden Satzung bestimmt sind, zugeführt werden.

#### **Artikel 94**

Das Sozialkapital wird gemäß den gültigen gesetzlichen und reglementären Bestimmungen angelegt.

## Kapitel VII

### Satzungsänderungen

#### **Artikel 95**

Mit Ausnahme der Beitragsanpassungen, welche laut Artikel 28 dem Verwaltungsrat übertragen werden können, kann die Satzung nur durch Beschluss der Generalversammlung mit einer erforderlichen Zweidrittel-Mehrheit und unter der Voraussetzung, dass mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend sind bzw. gültig durch Vollmacht vertreten werden, abgeändert werden.

## Kapitel VIII

### Auflösung und Liquidation

#### **Artikel 96**

Die Auflösung der Krankenkasse kann nur durch eine Außerordentliche Generalversammlung beschlossen werden, welche eigens zu diesem Zweck einberufen wird. Auf der Vorladung sind vermerkt:

1. Die Gründe für die Auflösung.
2. Die finanzielle Situation der Krankenkasse.
3. Die Zuweisung des Sozialfonds
4. Die Form und die Bedingungen der Liquidation.

Die Außerordentliche Generalversammlung ist beschlussfähig, wenn wenigstens die Hälfte der Mitglieder anwesend oder vertreten ist.

Damit der Beschluss bezüglich der Auflösung gültig ist, muss er mit mindestens Zweidrittel-Mehrheit der anwesenden oder vertretenen stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden.

Als Liquidatoren bezeichnet die Außerordentliche Generalversammlung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen einen oder mehrere Revisoren, welche Mitglied des Instituts der Betriebsrevisoren sind.

#### **Artikel 97**

Im Falle der Auflösung der Krankenkasse wird das Restvermögen vorrangig für die Zahlung von Vorteilen zu Gunsten der Mitglieder verwendet, für die vor der Einstellung der Dienste ein Leistungsanspruch bestand.

Für das restliche Vermögen bestimmt die Außerordentliche Generalversammlung eine Verwendung entsprechend den satzungsgemäßen Zielsetzungen.

## Kapitel IX

### Inkrafttreten

#### **Artikel 98**

Die vorliegende Satzung tritt in Kraft ab dem von der Generalversammlung bezeichneten Datum, unter Vorbehalt der Genehmigung seitens des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen.



**Anlage 1 zur Satzung**  
**Beitragstabelle ETAC**

515 - Freie Krankenkasse

Datum der Genehmigung GV: 25/09/2018 – Datum der Anwendung: 01/01/2019

Mitgliederkategorien

Kat. 1: Krankenkassenhaushalt ohne Personen zu Lasten

Kat. 2: Krankenkassenhaushalt mit Personen zu Lasten

Kat. 3: Krankenkassenhaushalt mit reduziertem Beitrag ohne Personen zu Lasten (Art. 5)

Kat. 4: Krankenkassenhaushalt mit reduziertem Beitrag mit Personen zu Lasten (Art. 5)

A. Eigene Beiträge

Dienst		Abkommen (Anzahl)	Referenz (Artikel der Satzung)	Beiträge pro Mitgliederkategorie (EUR/Jahr)			
Kode	Name			Normale Beiträge		Reduzierte Beiträge	
				Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
14	Krankenhausaufenthalt	0	73	0,24	0,24	0,00	0,00
15	Sonstige Leistungen	1	51-72/74-88	98,76	98,76	0,00	0,00
37	Informationen an Mitglieder in Bezug auf die angebotenen Vorteile	0	89	2,16	2,16	0,00	0,00
93	Patrimonial	1	90	2,04	2,04	0,00	0,00
98/01	Verwaltungskasse: Verteilerzentrum	0	48	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Verwaltungskasse: Rücklagen der Verwaltungskosten der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung	0	48	14,88	14,88	0,00	0,00
<b>Total</b>				<b>118,08</b>	<b>118,08</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

B. Landesbund

Landesbund		Beiträge pro Mitgliederkategorie (EUR/Jahr)			
Nr.	Bezeichnung	Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
500	Landesbund der Freien Krankenkassen	5,52	5,52	0,00	0,00
		<b>5,52</b>	<b>5,52</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**TOTAL A + B**    **123,60**    **123,60**    **0,00**    **0,00**

Liste der Zusammenarbeitsabkommen

Dienst		Juristische Personen	
Kode	Name	ZDU- Nummer	Bezeichnung
15	Sonstige Leistungen	0432.989.093	VoG SOZIALDIENST DER FREIEN KRANKENKASSE
93	Patrimonial	0432.989.093	VoG SOZIALDIENST DER FREIEN KRANKENKASSE

Anlage 2 zur Satzung

Liste des Krankenmaterials und der technischen Hilfsmittel  
(Artikel 79)

Zuletzt aktualisiert durch die Generalversammlung vom 26. September 2017.

<b>Material</b>	<b>Monatliche Leihgebühr</b>
<b>Gehilfen</b>	
Krücken für Erwachsene	kostenlos
Krücken für Kinder	kostenlos
Achselstützen	kostenlos
Gehgestell	2,50 €
Rollator	2,50 €
Dreifußkrücken	2,50 €
<b>Hilfen für Bad und WC</b>	
Toilettenstuhl (Eimer separat erhältlich)	5,00 €
Toilettenstütze	1,25 €
Toilettenerhöher	kann vermittelt werden
Badewannensitz	2,50 €
Duschschemel	2,50 €
<b>Medizinische Geräte</b>	
Blutdruckmesser	5,00 € (ab dem 2. Monat)
Urin-Wecker (Höschen separat erhältlich)	5,00 €
Absauggerät	5,00 €
Inhaliergerät (Maske separat erhältlich)	5,00 €
<b>Rollstühle und Therapieräder</b>	
Rollstuhl	5,00 €
Hometrainer	5,00 €
Pedalo	2,50 €
<b>Betten und Zubehör</b>	
Bettaufrichter (freistehend, kann unabhängig einem anderen Bett beigefügt werden)	5,00 €
Bettdeckenheber (Gestell)	1,25 €
Bett-Tischchen	1,25 €
Spezialluftmatratze gegen Wundliegen	kann vermittelt werden
Kompressor für Spezialluftmatratze	5,00 €
Spezialkissen (Gel oder Wasser)	5,00 €

### Anlage 3 zur Satzung

#### Liste der anerkannten diplomierten Fußpfleger (Artikel 54)

Es handelt sich um Fußpfleger, die einen Nachweis erbringen, dass sie eine diesbezügliche Ausbildung abgeschlossen haben oder einen vom LIKIV anerkannten Orthopäden.

Zuletzt aktualisiert durch die Generalversammlung vom 25. September 2018.

NAME	Vorname	Adresse	Telefon	Handy
Alberti	Carla	Rue Charles Hansez 23 4630 Soumagne	043 774 875	
Alonso	Teresa	Rue César Franck 13 4851 Gemmenich	087 788 858	
Arens	Nathalie	Op der Haart 4a LU-9999 Wemperhardt	00352 26957490	
Arens	Romy	Lindenallee 31 4750 Bütgenbach		0493 069 043
Arnoldi	Marion	Prümtalstraße 2 D-54595 Prüm	0049 6551 4711	
Awinkin	Victori	Passerelle 1 4830 Limbourg		0497 645 564
Aysé	Topcu	Georgsplatz 6 D-20099 Hamburg	0049 403 86543 96	
Arens	Sandra	Malmedyer Straße 53 4780 Sankt Vith	080 226 675	
Artemenko	Tatiana	Kirchstraße 16 4701 Kettenis	087 734 501	
Aussems	Alice	Aachener Straße 106 4701 Kettenis	087 743 586	
Baguette	Nicole	Talstraße 28A 4701 Kettenis	087 744 276	
Bard	Sylvie	Rue des Combattants 111 1310 La Hulpe	026 542 255	
Basmanchyan	Astghik	Triererstraße 228 D-52078 Aachen		
Becker	Ute	Hohlweg 36 D-53940 Hollerath	0049 2482 606484	
Beckers	Barbara	Bahnhofstraße 51 D-52538 Gangelt		0049 2454 8489
Belly	Maryse	Rue de Messitert 15 4880 Aubel		0497 768 655
Bender	Anna Lena	Lindenstraße 8 4750 Weywertz	080 444 816	
Bertha	Manuela	Hauptstraße 20 4780 Sankt Vith	080 229 468	
Beugens	Patrick	Rue H. Collin 5 4350 Orp le Grand		
Bissot	Annette	Voie Pirson 1 4877 Olne		
Bodet, Eh. Lecoq	Christine	Chalps de Tier 4 4960 Malmédy	080 330 716	
Boniver	Sophie	Route d'Eupen 102 A 4837 Baelen	087 648 495	0494 241 511
Bonten	Bérengère	Thymstraße 27-29 4720 Kelmis	087 631 515	
Born	Heike	H-F Schinkelstraße 14 4782 Schönberg		0477 588 150
Borremans	Christelle	Rue Général Jacques 8 6690 Vielsalm	080 214 539	
Bosch, Eh . Lennertz	Carolyne	Kirchstraße 37 4720 Kelmis	087 657 874	

Bovy	Valérie	Peti Vinëve 15 4960 Malmedy		0495 778 393
Brandt	Sophie	Place Communale 20 1332 Genval	026 532 434	
Brixhe	Stephanie	Route des six frères 161 5310 Dhuy		0497 639 854
Brüls	Bernard	Lindenstraße 8 4750 Weywertz		
Brüls	Nicole	Lindenstraße 8 4750 Weywertz		
Brüls	Paul	Lindenstraße 8 4750 Weywertz		
Bruylands	Käthy	Rue du Bois 16 4850 Montzen		
Bulang	Beate	Bendelstraße 37 D-52062 Aachen	0049 241 24463	
Burger	Anita	Kamperstraße 7-9 D-52064 Aachen	0049 241 4634 8037	
Burnotte	Joelle	Avenue Nicolai 52 4802 Heusy		
Burtscheidt, Eh. Heck	Annick	Aachener Straße 50 4700 Eupen		0479 956 469
Busker	Dorita	Rue de la Paix 14 4950 Waimes	080 679 383	
Cardinaels	Michele	Rue Henri Massange 19 4970 Stavelot		0497 141 141
Chantraine	Nathalie	Rue de la Station 2/1 4880 Aubel	087 460 341	
Chavet	Anne	5670 Nismes		0493 750 821
Chimtschenok	Natalia	Rue de l'Eglise 25 4801 Verviers		0484 742 631
Choffray	Caroline	Chemin rue 44 4760 Malmédy	080 339 866	
Claußen	Petra	Alexander Straße 11-15 D-52062 Aachen		0049 4010 7081
Clement	Emmanuel	Rue Buffon 124 F-6110 Le Cannet	0033 4936 92960	
Clohse	Nadja	Keppelborn, Wallerode 24 4780 Sankt Vith		0479 937 695
Cloth	Magali	Heide 3 4720 Kelmis	087 653 349	0499 292 512
Cober	Mia	Kanaallann 7-B4 3960 Bree	089 463 059	
Cormann	Jörg			0478 457 311
Cornet	Anais	Wallbrückstraße 56 4750 Bütgenbach		
Cornet	Lucie	Rue Barthelemy Guinotte 9 4830 Limbourg	087 763 441	
Creation	Alexa	Hisselgasse 3a 4700 Eupen	087 398 588	
Cremer	Sabrina	Rue de Ruisseau 44 4720 Kelmis		0497 817 310
Croquesel	Pauline	Rue Paul Emile Janson 3 A 1000 Bruxelles		0471 183 367
De Bruecker	Sally	Hisselgasse 3 A 4700 Eupen	087 398 588	
Dedola	Antonella	Chemin de Mons 49 6220 Fleurus	071 811 567	0475 583 982
Delbroek	Sandra	Rottdrischerstraße 41 4710 Lontzen	087 883 505	
Delmelles	Eveline	Rue Moulin en Rhuyff 7/1 4830 Limbourg	087 763 626	
De Mol	Nelly	Bohemen 53 9260 Wichelen		0478 252 296
Demarche	Bernadette	Teberg 39 4850 Montzen		0479 673 508
Demoiny	Gaëlle	Messenweg 15 4770 Schoppen		0494 440 844
Depouhon	C.	Rue du Commerce 11 4800 Verviers	080 330 690	
Dethier	Alain	Rue Georges Albert 48D	087 221 830	

		4800 Verviers		
Dethier	Ines	Avenue Reine Astrid 69 4900 Spa	087 775 418	0475 729 888
Dethier	Marga	Rue des Ecoles 95 4830 Dolhain/Limbourg		0495 10 46 52
Dosquet, Eh. Hermann	Inge	Deidenberg 84 A 4770 Amel		0473 685 703
Dresse, Eh. Hönders	Liliane	Josef Ponten Weg 25 4731 Eynatten	087 866 068	
Dufour	Amenaïs	Rue de la Centenaire 36 7350 Hainin		0479 059 621
Dupont	Christelle	Rue Haute Levée 21 4970 Stavelot	080 880 253	
El Mossalli	Mohamed	Chausée de Waterloo 295 1000 Bruxelles		0485 543 504
Elsen	Stefanie	Marktplatz 8 4750 Bütgenbach		0497 173 528
Emmerich	Ellen	Ottostraße 51 D-52070 Aachen	0049 241 1602614	
Esselen, Eh. Bous	Denise	Lascheter Feld 9 4700 Eupen	087 74 43 27	
Fabritius	Axelle	Rue de la Tannerie 1 C 4960 Malmédy	080 330 274	
Falkenberg	Carmen	Zur Nohn 110 4701 Kettens		
Feltes	Maike	Steinborn, Emmels 14 4780 Sankt Vith		
Ferrera	Chiara	Rue Saint Lambert 107 1200 Woluwé Saint Lambert		0496 96 78 14
Fiebus	Edith	Friedrich Wilhelm Platz 7 D-52062 Aachen	0049 241 36707	
Fierens	Greet	Zur Kaiserbaracke 3 4780 Recht		0479 39 29 29
Fintz	Astrid	Aachener Straße 267 4730 Hauset	087 886 353	
Fischer	Dagmar	Am Damm 74 D-52538 Gangelt-Brüxgen	0049 245 47045	0049 173 9070422
Fischer	Davina	Kirchstraße 8 4720 Kelmis		
Fleron	Christelle	Rue des Champs 12 4850 Montzen	087 339 938	
Fraipont	Anne	Route d'Eupen 40 4837 Baelen	087 557 304	
Fransis	Yvette	Rue de l'Ecole 4 4840 Welkenraedt	087 881 140	
Gauthier	Alexandra	Rue de la Roche 37 6600 Bastogne		0479 429304
Gennen	Bettina	Kockelberg 22 4760 Büllingen	080 647 712	
Genten	Anne	Büllinger Straße 37 4750 Bütgenbach	0479 194 995	0496 056 875
Giebels	Mathilde	Buchenweg 47 4770 Eibertingen	080 349 226	
Gillessen	Natascha	Weismeser Straße 86 4770 Eibertingen	080 338 002	
Godart	Maite	Place N. Pietkon 212 4960 Malmédy		
Goderis	Anne	Kirchstraße 38 4720 Kelmis	087 657 242	
Goenen	Sonja	Zur Ohlesief 4/2 E 4760 Mürringen	080 548 906	
Gonzalez	Sonja	Vervierser Straße 10 4700 Eupen	087 556 201	
Goossens, Eh. Fank	Yvonne	Vosheydt 14 4850 Plombières	087 786 456	
Große-Wächter	Eileen	Alexander Straße 11-15 D-52062 Aachen	0049 241 4010 7081	
Gustin	Christelle	Chaussée de Theux 7 4800 Verviers	087 354 471	0476 295 547
Gustin	Gina	Avenue des Lancier 25 4900 Spa		

Hamacher	Brigitte	Prämienstraße 22 D-52076 Aachen	0049 2408 801114	
Hamoir, Eh. Pluymen	Isabelle	Schöne Aussicht 63 4731 Eynatten		
Hansen, Eh. Klein	Doris	Neudorfer Straße 107 A 4730 Raeren	087 866 330	
Heinen	Anais	Route du Lac de Warfa 3 4900 Spa	087 771 772	
Heinrichs	Isabelle	Lagerstraße 13 4750 Elsenborn		0498 739 781
Herbst	Irmgard	Kehrbrückstraße 4 D-52080 Aachen	0049 241 550349	
Hesterkamp	Gabrielle	Jakobstraße 45 A D-52064 Aachen	0049 241 47589320	
Hilgers	M-J	Bahnallee 9 4780 Recht	080 570 789	
Hilligsmann	Sandy	Kirchstraße 38 4720 Kelmis	087 657 242	0496 375 520
Hrabovska	Oksana	Zum Mährenvenn 3 4750 Bütgenbach		
Jacquemin	Margerit	Simarstraße 114 4700 Eupen	087 553 578	
Jäger	Evelyn	Thymstraße 42 4720 Kelmis	087 659 514	
Jamar	Nathalie	Rue Joseph Dethier 25 4607 Dahlem		0474 540 244
Jeong	Enne Ju	Adenauerallee 175 D-52066 Aachen		
Jodocy	Nicole	Hauptstraße 32 4780 Sankt Vith		
Jouck	Bianca	In den Höfen Möderscheid 10 4770 Amel		
Kayls	Sylvie	Wahlerscheider Straße106 4761 Rocherath		0472 022 519
Kazan, Eh. Weiss	Helene	Waldstraße 5 A 4710 Lontzen	087 652 821	
Klinkenberg	Anita	Kirchstraße 150 D-52134 Herzogenrath-Hofstadt		
Klinkenberg	Valerie	Centre 45a 4852 Homburg		
Koonen	Annette	Haasstraße 2 4700 Eupen	087 552 693	
Korneeva	Victoria	Roekeloosborre 3 3090 Overijse		0478 637 445
Krämer	Heidi	Tröt 15 4782 Schönberg	080 549 061	
Kratzenberg	M	Flög 15 D-52076 Aachen	0049 240 880114	
Kupka	Agnes	Aureliusstraße 17 D-52064 Aachen	0046 241 72081	
Labome, Eh. Beauvois	Catherine	Cligneval 1 Bévercé 4960 Malmédy	080 337 385	
Lahaye	Ariane	Route d'Aubel 16 4841 Henri-Chapelle		
Lallemand, Eh. Schleck	Claire	Remonval 54 4950 Waimes	080 678 129	
Lambertus	Manfred	Trierer Straße 91 D-52156 Monschau	0049 2472 987858	
Langer	Rosemarie	Wallbrückstraße 2 B 4750 Weywertz		0476 606 397
Lautermann	Magali	Rue du Hangar 34 4840 Welkenraedt	087 460 336	0499 107 665
Lebeau	Christian	Rue du Palais 144 4800 Verviers		
Lecoq	Cynthia	Rue Ondenal 21 4950 Waimes	080 678 421	
Leman, Eh. Lizin	C.	Rue des Ecomines 3 4140 Sprimont	087 771 689	
Lennertz	Philipp	Kirchstraße 37 4720 Kelmis	087 657 874	

Legun	Grazyna	Aureliusstraße 17 D-52064 Aachen	0049 241 72081	
Lejoly	Amandine	Rue Saint Paul 56 4840 Welkenraedt		
Lejoly	Vanille	Rue Général Jacques 7 4970 Stavelot		0497 482 152
Leonard	Celine	Rue de l'Abbé Toussaint 51 A 4950 Oviat	080 881 308	
Lesueur	Christine	Avenue Georges Henri 186 1200 Bruxelles	027 622 376	
Leusch	Dorothea	Buschberger Weg 59 4701 Kettenis		
Limage	Regine	Chaussée Brunehault 301 4041 Vottem	042 277 701	
Linden	Anne	Marktplatz 8 4750 Büngenbach		
Lodomez	Charlotte	Route de Tros Marets 5 4960 Bévercé	080 349 378	
Louis	Chantal	Rue des Weines 21 4800 Ensival	087 354 471	0476 295 547
Louwette	Séverine	Rue Fond Bolland 1 c 4140 Sprimont		
Lürken	Ulrich	Aureliusstraße 1 D-52064 Aachen	0049 24122130	
Mai	Ly	Raaffstraße 39 4731 Eynatten	087 853 492	
Marocjam	M.	Rue de Limbourg 71A 4710 Herbesthal	087 881 497	
Marichal, Eh. Mohr	Maria	Limburger Straße 71 A 4710 Herbesthal	087 881 497	
Maroska	Monika	Hauptstraße D-54616 Winterspelt	0049 655 5936110	
Marquet, Eh. Thome	C.	4837 Baelen	087 76 34 75	
Marx, Eh. Bergmanns	Myriam	Hauseter Straße 102 4731 Eynatten	087 656 501	0497 185168
Masson	Alisson	Chemin Rue 7 4960 Malmedy		0491 459 296
Masson	Catherine	Avenue de la Salm 32 6690 Vielsalm	080 420 530	
Maus	Annick	Rue de Floriheid 83 4960 Malmedy	080 338 720	
Merten, Eh. Deinet	Elvira Waltraud	D-52062 Aachen		
Meyvaert	Louise	Rue du Corbry 14 6110 Montigny-le Tilleul	071 515 561	
Michels	Elly	Bleichstraße 20 4780 Sankt Vith	080 227 565	
Michels	Monika	Middelweg, Crombach 22 4780 Sankt Vith		
Moers	Sabine	Rue Churchill 29 4624 Romsée		098 420 441
Moncousin, Eh. Schröder	Viviane	Burgstraße 23 A 4750 Bütgenbach	080 447 207	
Müller	Sylvia	Hauptstraße 20 4780 Sankt Vith	080 229 468	
Müllers, Eh. Zilles	Myriam	Deller Weg, Medell 44 4770 Amel	080 341 150	
Muset	Lucie	Rue de la Mazerine 1 A 1310 La Hulpe	02 652 35 26	
Nabipour	Leila	Kelmiser Straße 80 D-52074 Aachen		
Nguyen	Lieu	Rue Laoureux 31 4800 Verviers	087 308 600	
Noel	Christine	Route de la Ferme 149 A 5350 Evelette	085 240 702	0478 572 997
Noel, Eh. Krauser	Sabine	Zur Eichenheck 23 4750 Elsenborn		0473 261 753
Noel, Eh. Schöpges	Marie-Josée	Alte Hofstraße 40 4770 Amel	080 341 106	
Ohl	Helma	Kurhausstraße 1 D-55583 Bad Münster a.St. Ebg.	0049 6708 64 1943	0049 170 6039870

Ouassou	Zen	Eupener Straße 14 4837 Baelen	087 317 541	0466 155 970
Paler	Ioana	Chée de Verviers 78 4910 Theux	087 541 629	
Palm	Renate	Jensit 38 4761 Wirtzfeld	080 643 011	
Patron	Monika	Haasstraße 1 4700 Eupen		
Peeters	Sylvie	Rue Entre-Les-Ponts 23 4900 Spa	087 773 676	
Peiffer	Anita	Deidenberg, Lindenallee 95 4770 Amel	080 349 159	
Pesch	Claudine	Hauptstraße 14 4780 Sankt Vith	080 330 436	
Peters	Alexa	Steinborn 14 4780 Nieder-Emmels	080 226 226	
Pitti	Beatrice	Avenue des Martyrs 303 4620 Fleron	04 3 553 234	
Pufe, Eh. Büllles	Bearix Sybill	Löhergraben 5-7 D-52064 Aachen	0046 2414 019016	
Quertimont	Anne	Rue Tur 3 7050 Masnuy-Saint-Jean		0474 705 071
Radermacher	Svenja	Route d'Eupen 40 4837 Baelen	087 557 304	
Ransy	Céline	Rue Mitoyenne 125 4840 Welkenraedt		
Rembeck	Martina	Schmithofer Straße 35 D-52076 Aachen	0049 2408 959398	
Retamar, Eh. Cloot	Marie	Avenue Victor David 51 4830 Dolhain-Limbourg	087 763 233	
Riga	Stephane	Boulevard Piercot 33 4000 Liège		
Rohnen	Marlen	Tiergartenstraße 13 D-52134 Herzogenrath		
Romain	Geraldine	Lindenstraße 32 E/01 4750 Weywertz	084 949 848	
Rommes	Nadia	Renard 15 A 4624 Romsée	043 586 394	
Roth	Vera	Am Brauhäuschen 18 D-54608 Bleialf	0049 655 59009822	
Rulmont	Magali	Rue du Parc 13 6690 Vielsalm	080 215 291	
Rutte, Eh. Vandenhirtz	Else	Judenstraße 4 4700 Eupen		
Saelen	Nathalie	Chemin de Wawre 36 6223 Wagnelee		0475 217 319
Schäfer-Härle	Christine	Franzstraße 11 D-52064 Aachen	0049 241 534 109	
Scheen	Carole	Rue de la Taillanderie 11 4623 Magnée		
Schmeits	Melanie	An der Helmüs 24 4728 Hergenrath		
Schmets		Rue de Moresnet 127 4851 Gemmenich		
Schmetz	Eva	Alexander Straße 11-15 D-52062 Aachen	0049 241 4010 7081	
Schmitt, Eh. Strauch	Nicole	Luxemburger Straße 26 D-54649 Waxweiler	0049 6554 958 612	
Schmitz	Elena	Manderfeld 5 4760 Büllingen		0475 531 979
Schmitz	Josi	Quirinusstraße 60 D-52159 Roetgen	0049 247 12888	
Schmitz	Julie	Hauptstraße 20 4780 St. Vith	080 229 468	
Schmitz, Eh. Lejeune	Regina	Hauptstraße 1 4760 Büllingen	080 647 860	
Schneider	Sandra	Honsfeld 20 E 4760 Büllingen	080 549 809	
Schober	Elisabeth	Morfat 120 4750 Weismes		0496 704 225
Schommer	Laurence	Dellenstraße 55		



		4750 Nidrum		
Schommers	Frank	Route d'Eupen 40 4837 Baelen	087 557 304	
Schröder, Eh. Keller	Marcella	Dorfberg 9 4782 Schönberg	080 548 658	
Schumacher	Brigitte	Knippstraße 18 4728 Hergenrath	087 632 015	
Schyns	Nathalie	Rue des Croisettes 69 4870 Trooz	043 517 508	
Solheid	Françoise	Rue des Clos Champs 4 4950 Ovifat	080 446 105	
Somers	Vanessa	Rue Mitoyenne 265 4840 Welkenraedt		0490 431 781
Somers	Véronique	Rue de l'Yser 21 4840 Welkenraedt	087 445 649	
Spobeck	J.-M.	Rue de la Chapelle 41 4850 Moresnet	087 784 781	
Stalpart	Kelly	Avenue de Loudun 27 7900 Leuze-en Hainaut		0471 593 265
Stassen	Iris	Francisvanerstraat 42 NL-6462 CN Kerkrade		
Steffens	Tanja	Obere Ibern 25 4700 Eupen	087 569 991	
Steinbeck	Claudia	Eupener Straße 198 D-52062 Aachen	0049 241 30982	
Straet	Genéviève	Rue Saint-Maur 11 4837 Baelen	087 881 904	
Swartjes	Jennifer	Alexanderstraße 11-15 D-52062 Aachen	0049 24140107081	
Theves	Elke	Route d'Eupen 40 4837 Baelen	087 557 304	
Thielen	Bernhardine	Vers la Croix 25 4960 Bellevaux-Ligneuville		
Thiess, Eh. Müller	Karin	Voie de Bütgenbach 13 4950 Faymonville	080 648 487	
Topp	Bianca	Kammerwald 59 D-53940 Hellenthal		
Treinen	Francine	Op der Haart 4a L-9999 Wemperhardt	00352 2695 7490	
Treinen	Nicole	Hookstraße 35 4700 Eupen	087 553 140	
Tychon	Aurélie	Sandberg 5 4851 Gemmenich	087 785 500 od. 087 785 692	0498 068127
Van Campenhout	Hildegard	Lindenstraat 14 1930 Zaventem		0497 062 131
Vandenbrielle	Dorine	Zeedik 26 8420 De Haan	059 233 858	
Van Leendert	Sandrine	Place Communale 38 4850 Montzen	087 339 011	
Van Ooteghem	Roberto	Rue des Quatre Bras 2 6600 Bastogne	061 535 858	0497 885895
Venault	Stéphanie	Bld Paul Doumer 12 6110 Le Cannet		
Verwimp	Ann	Seltersschlag 57 B 4700 Eupen		0478 436 038
Vlassis	Maria	Rathausstraße 86 D-52222 Stolberg	0049 238 214707	
Vleminckx	Ingrid	Verbindungsweg 8 A 4730 Raeren	087 556 733	
Volpatti	Monika	Eupener Straße 15 D-52156 Monschau	024 721 665	
Vossen, Eh. Heinrichs	Pia	Rue de l'Invasion 42 4837 Membach		0475 818 330
Votteler	Margaretha	Senkestraße 45 D-52078 Aachen-Walheim		
Wangen	Raissa	Hauptstraße 20 4780 Sankt Vith		
Weber	Walburga	Zum Walkerstal 57 4750 Bütgenbach	080 444 042	
Weinandy	Marianne	Sankt Vither Straße 87 D-54595 Niederprüm	0049 6551 285	

Weishaupt, Eh. Dupont	Christa	Zum Weißen Weg, Neundorf 8 4780 Sankt Vith	080 229 496	
Willems	Yvonne	Bergstraße 89 4710 Lontzen	087 656 564	
Wilhelm	Annette	Kirchweg 44 4731 Eynatten		
Wintgens	Céline	Rue de la Bel 20 4880 Aubel		0479 537 967
Wio	Annika	Steinborn, Emmels 14 4780 Sankt Vith	080 226 226	

#### Anlage 4 zur Satzung

#### Liste der anerkannten Therapeuten für Fußreflexzonenmassage (Artikel 55)

Es handelt sich um Therapeuten, die eine umfassende Ausbildung absolviert haben.

Zuletzt aktualisiert durch die Generalversammlung vom 25. September 2018.

Name	Vorname	Adresse	<u>Telefon</u>	<u>Handy</u>
Cloth	Magalie	Rue Bruyère 3 4720 Kelmis		
Dahmen	Ursula	Zum Walkerstal 19-1/1 4750 Bütgenbach		
Felten	Sandra	Urenerweeg 11 L-9991 Weiswampach	0032 489 516046	
Fleron	Christelle	Rue de Champs 12 4850 Montzen	087 339 938	0476 346 218
Generet	Patricia	Rue Chaumont 17 4890 Froidthier	087 687 987	
Herbst	Irmgard	Kehrbrückstraße 4 D-52080 Aachen		
Kazan, Eh. Weiß	Helene	Waldstraße 5 A 4710 Lontzen	087 652 821	
Knott	Caroline	Nidrum, Dellenstraße 3 B1 1 4750 Bütgenbach		0473 308 609
Krauser	Sabine	Zur Eichenheck 23 4750 Elsenborn	080 785 269	0473 261 753
Krings	Siegfried	Zur Stöck 14 4750 Nidrum	080 444 300	
Pesch	Claudine	Hauptstraße 14 4780 Sankt Vith		0472 020 400
Valentin Eh. Leroy	Dominique	Place verte 14 4800 Verviers		
Weinandy	Marianne	SanktVither Straße 87 D-54595 Niederprüm	0049 6551 2852	

## Anlage 5 zur Satzung

### Liste der anerkannten Therapeuten für Psychomotorik-Therapie (Artikel 63)

Es handelt sich um Therapeuten, die eine umfassende Ausbildung absolviert haben.

Zuletzt aktualisiert durch die Generalversammlung vom 19. Juni 2018.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>	<b>Handy</b>
Boyens	Beatrice	Rue des Wallons 58 4000 Lüttich	04 253 2281	
Chantraine, Eh. Broun	Melanie	Hostert 28 4700 Eupen	087 340 980	
D'Heenezel	Cécile	Baustraße 41 4720 Kelmis		0472 488 189
Dodemont	Roger	Rue Ortmans 9 4800 Verviers	087 333 156	
Dodion	Françoise	Rue des Augustins 34 4000 Lüttich		0487 106 185
Drösch	Saskia	Eichenberg 41 4700 Eupen		0471 058 073
Eubelen	Nathalie	Galhausen 19 A 4783 Lommersweiler		
Gehlen	Marylin	Rue de Beaufays 20 4140 Sprimont Rue Saint Quirin 9 4960 Malmedy		0495 828 959
Kaut	Isabelle	Alster 14 B 4790 Burg Reuland		0473 838 145
Lanois	Edwige	Rue de Wèrhê 26 4950 Thirimont	080 672 147	
Nix	Valeska	Eichenberg 41 4700 Eupen		
Noel	Catherine	Eichenberg 45 4700 Eupen		
Piront	Stephanie	Malmedyer Straße 4 4760 Büllingen		
Simonis, Eh. Pelzer	Geneviève	Binster Weg 32 4700 Eupen		
Vercruysse	Dominique	Zum Köttenberg 14 4750 Nidrum	080 447 686	
Wirtz, Eh. Klöcker	Karin	Malmedyer Straße 4 4760 Büllingen		0477 184 587
Zilles, Eh. Reinartz	Anne	Merolser Straße 1 4701 Kettens	087 740 072	0478 986 758

## Anlage 6 zur Satzung

### Liste der anerkannten diplomierten Psychologen (Artikel 64)

Es handelt sich um Psychologen, die über eine Lizenz (Universitätsabschluss) verfügen oder von der „Belgischen Psychologenkommission“ anerkannt sind.

Zuletzt aktualisiert durch die Generalversammlung vom 25. September 2018.

NAME	Vorname	Straße	Ort
Aller	Anna	Martinstraße 10-12	D-52062 Aachen
Aubert, Eh. Swine	Françoise	Avenue de l'aviation 23	1150 Bruxelles
Bachelerie	Claire	Avenue René Comhaire 66	1082 Bruxelles
Badie	Ingrid	Rue Joseph Vanderlinden 5	1180 Uccle
Baré	Jacques	Allée d'Hont 11	4032 Chenée
Bartholomäus	Marko	Südalée 37	D-54290 Trier
Beaupain	Margaux	Rue Malgrave 3	4960 Malmedy
Beerten	Jérôme	Quartier Agora, Place des Orateurs 3	4000 Lüttich
Bergé	Elisabeth		1030 Schaerbeek 1080 Molenbeek
Bertrume	Sandrine	Rue de Fétille 111 Chaussée de l'Ourthe 17 Place des Verriers 14/1	4020 Liège 6900 Marche-en-Famenne 4100 Seraing
Beyer, Eh. Von Lüde	Birthe	Friedrich-Ebert-Straße 32	D-40221 Düsseldorf
Binder	Bettine	Rue de la Herse 35	1170 Brüssel
Blockmans	Jacqueline	Avenue des Maspeliers 26	1348 Louvain-la-Neuve
Bodarwe	Kerrin		4780 Sankt Vith
Bofferding	Jean	Rue des prés 2	L-4941 Bascharage
Bonn	Renate	Av. F. Marchal 122	1030 Bruxelles
Borceux	David		10050 Woluwé Saint Lambert 1341 Ottignies
Bouillon	Pierre	Avenue Reine Astrid 69	4900 Spa
Boute	Melissa	Boulevard Piercot 33	4000 Lüttich
Bragard	Violaine	Rue de Battice 223h	4800 Petit Rechain
Braive	Veronique	Rue du Palais 22	4800 Verviers
Brasseur	Sophie	Rue Antoine Bréart 147	1060 Bruxelles
Breuer	Bénédicte	Rue derrière la cour 8	4950 Waimes-Thirimont – 4031 Angleur
Breuer	Ilka	Ottostraße 88-90	D-52070 Aachen
Bronchart	Laurence	Route d'Esneux 72	4121 Neuville en Condroz
Bronckart	Martine		4370 Waremme
Bronlet	Morayma		4800 Verviers
Brügmann	Marc	Gospert 23	4700 Eupen
Bulteel	Julie		4851 Gemmenich 5580 Mont Godinne
Buning	Jonas	Hochstraße 34 A	D-52078 Aachen
Burton	Anne	Chaussée d'Alsemberg 610	1180 Bruxelles
Cardinaels	Nathalie	Stadsomvaart 11	3500 Hasselt
Cardinal	Heide	Steinmühlenweg 2	D-Aachen
Casteleyn	Karen	Limburgerstraße 6	4710 Lontzen-Herbestal
Casteleyn	Helen	Allée des cerisiers 25	4840 Welkenraedt
Catale	Corinne		4000 Liège
Cecere	Régine	Chaussée de Vleurgat 296	1050 Brüssel
Charlier	Claude		4845 Sart Les Spa
Chapelle	Anne-Françoise	Rue de Bois de Bireux 11	4020 Jupille
Chenevière	Cécile	Rue de Verrewinkel 290	1180 Uccle
Chitusse	Laurie	Rue de l'usine 9	4802 Heusy
Clerx	Anne	Impasse de la Couronne 1B	4000 Lüttich
Closset	Séverine		4800 Verviers
Conradt	Sandrine		4800 Verviers
Convie	Brigitte	Avenue de Citeaux 29	1348 Louvain-la-Neuve
Coppe	Bruno		5100 Jambes 5030 Gembloux
Crutzen	Katja	Scheidweg 5	4700 Eupen
Dahmen	Maria		4700 Eupen

Dauby	Deborah		4102 Ougrée
Dauby	Nicolas		4020 Lüttich
David	Annick		4750 Bütgenbach
De Bergeyck	Helene	Rue du Duc 139	1200 Bruxelles
De Beule	Ellen	Drees 16	3798 Voeren
De Boek	Reina	Dorf 8	4783 Neidingen
De Bue	Catherine		6690 Vielsalm
De Cock	Oswald	Rue Colonel Piron 257	4624 Fleron-Romsée
De Halleux	Bruno	Place des chasseurs ardennais 8	1030 Bruxelles
De Parc	Rosalie	1200 Bruxelles	
Debels	Sophie	Rue du Baillois 36	1330 Rixensart
Debois	Christine	Route des Xhawirs 74	4652 Xhendelesse
Dechesne	Elodie		4800 Verviers
Dedée	Emma	Rue du Sart Tilman 385	4031 Angeleur
Dedericks	Lucie	Rue de Gorhez 76	4880 Aubel
Dejonghe	Philippe	Avenue Buyl 125	1050 Bruxelles
Deladiere	Coralie	Rue Edith Cavell 32	1180 Uccle
Deladriure	Coralie	Avenue Louise 235 B	1050 Bruxelles
Della Selva	Sylvie		1200 Bruxelles
Demaret	Ariane		1410 Waterloo
Deneer	Joyce	Koning Albertlaan 8	3680 Maaseik
Depauw	Brigitte	Quai Godefroid Kurth 32-36	4020 Liège
Deprez	Thibaut		1120 Neder over Hembeek 4100 Bonnelles
Derau	Pascal	Rue des Berges du Ruisseau 8	1420 Braine-L'Alleud
Desonay	Didier	Rue Saint Vicent 18	4840 Welkenraedt
Dessy	Claude		6660 Nadrin
Destercke	Françoise		6120 Ham-sur-Heure
Dethier	Rose-Marie	Rue des Artisans 5	4632 Cerexhe-Heuseux
Devoitille	Laurent		4000 Liège
Devos	Martijn		8740 Pittem
Devos	Nathalie	Rue de Merckhof 35	4880 Aubel
Di Dodo	Corinne	Rue A.Renard 1	4040 Herstal
Dion	Jean Marc	Place Emile Dupont 11	4000 Lüttich
Dohohne	Raphael		4900 Spa
Dönges	Katharina	Theaterstraße 54	D-52062 Aachen
Drion	Stephanie	Rue Laurent Gilys 19	4621 Retinne
Drouven	Joan		4970 Stavelot 4802 Heusy
Duchenne	Valérie		4130 Esneux
Dumont	Nathalie	Rue devant les Grands Moulins 70	4960 Malmédy
Dutilleux	Aurélié	Blvd. du Douzième de Ligne 1	4000 Lüttich
Ehinger	Ariane	Mommsenstraße 52	D-10629 Berlin
Engelhardt	Patrick	Dorpstraat 465	3061 Leefdaal
Ernster	Aline	Chemin des Cèdres 35	4000 Liège
Etienne	Anne-Marie	Rue derrière la cour 8	4950 Waimes-Thirimont
Evrard	Martine	Rue Wauxhann 9	4910 Theux
Fafchamps	Marie		4000 Rocourt
Fatzinger	Nadine	Heide 50	4720 Kelmis
Ferro	Renato	Rue Mathieu de Lexhy 170	4460 Grâce-Hollogne
Floria	Livia	Rue des Retons 28	4950 Ovisat
Forte	Mylène	Rue Saint Vicent 18	4840 Welkenraedt
Fourez	Alice	Rue Bagolet 12	4000 Liège
Fraiteur	Julie	Rue de la tour 1a	4210 Burdinne-Hanneche
Freres	Martine	Rue des verges 10	4130 Honey
Frieberger-Stadler	Christina		1160 Auderghem
Friedburg	Irmgard Elisabeth		D-Köln
Friedel	Jochen	Augustastraße 10	D-52070 Aachen
Galler	Sophie	Bld Piercot 33	4800 Verviers
Galluzzo	Audrey		4000 Rocourt
Gauthier	Maria	Rue Sainte-Marie 8	4000 Liège
Gehrt, Eh. Griesmann	Tajana	Square du Solbosch 3	1050 Bruxelles
Gennen	Florence	Kapellstraße 39	4720 Kelmis
Gennen	Nathalie		4780 Sankt Vith
Gerard	Vincent		6238 Luttre
Gerardy	Rachel	Rue Catherine Andre	4960 Malmedy
Gervalle	Ludovic	Rue derrière la cour 8	4950 Waimes
Gianotto	Nadia	Rue Henri Lecoq 47 bte 6	5000 Namur
Giebels	Peter	Breitfeld 29	4780 Sankt Vith
Gielsdorf	Jörg	Leydelstraße 20	D-52064 Aachen

Gijssen	Pierre		4000 Lüttich
Gillard	Anne		4130 Esneux
Glandt	Diana E.	Insulindeweg 27	NL-2612 EL Delft
Glaude	Sarah	Rue Reine Astrid 24	4432 Alleur
Gobiet	Pierre	Rue de Pommard 210a	4970 Franchorchamps
Godfroid	Benedicte	Rue de la Sablière 51	4530 Fize-Fontaine
Graul	Patricia	Kirchstraße 25	D-56626 Andernach
Greimers	Werner	Alter Malmedyer Weg 40	4700 Eupen
Grognard	Valentine	Avenue Constantin de Gerlache 72	4000 Lüttich
Groulard	Isabelle		4800 Verviers
Guillet	Catherine	Rue Sainte Marie 8	4000 Lüttich
Guffens	Barbara	Monschauer Straße 70	4700 Eupen
Guralnik	Nathalie	Klosterstraße 9	4780 Sankt Vith
Gussen	Melissa	Eupener Straße 55, Bk. 4	4761 Eynatten
Gyselinx	Muriel	Rue Derrière les Murs 5	4960 Malmédy
Hacquart	Carine	Avenue du monde 45	1400 Nivelles
Hack	Dana	Schlierbach 24a	4780 Sankt Vith
Hack-Pirkl	Moira	Neustraße 52	4700 Eupen
Haep	Erwin Peter	Türmicher Straße 3	D-Köln
Hahn	Kirstin	Hostert 17	4700 Eupen
Hainaut	Yannick	Avenue de la Toison d'Or 104	6900 Marche en Famenne
Hamm	Patrick	Kölner Straße 73	D-53879 Euskirchen
Hansez	Cécile	Rue Sous l'Eglise 3a	4020 Temploux
Hansez	Cécile		5530 Yvoir
Hanson	Cécile		4141 Louveigné 4960 Malmédy
Hanuschk	Aurélie		4750 Bütgenbach
Haot	Patrick	Michamps 46	6600 Bastogne
Hardy	Vanessa	Montzener Straße 133	4710 Lontzen
Heidemann	Kristina	Oppenhoffallee 1	D-52066 Aachen
Heinen	Dagmar	Rodter Straße 56b	4780 Sankt Vith
Heinermann	Berd	Rotgornallee 43a	D-51503 Rösrath
Helson	Judith	Avenue Jacques Pastur 47A	1410 Waterloo
Helszajn	Diane	Rue de la Sablonnière 25	1000 Bruxelles
Henn	Elisabeth	Rue du Pré Louis 49	4950 Sourbrodt
Henrion	Catherine	Rue Bay Bonnet 2	4870 Forêt
Henry	Françoise	Place F.Bossuet 1	1210 Bruxelles
Hirschland	Liliane	Av. Mozart 103	1190 Bruxelles
Homburg	Elmar	Neustraße 36	4700 Eupen
Hörner-Schwarz	Gudrun	Am Kirchberg 7a	D-54550 Daun
Houmont	Brigitte		4000 Liège
Jacquemin, Eh. Crépin	Anne-Françoise	Rue du Midi 29	4100 Bonnelles
Jacques	Alexia	Boulevard Charlemagne 45	1000 Bruxelles
Jakers	Rosita		3700 Kortenberg 3540 Herk-de-Stad
Janssens de Bisthovens	Dorothee		1000 Bruxelles
Jenniges	Cornelia	Afst 2	4760 Büllingen
Johann	Lisa	Boxgraben 38	D-52064 Aachen
Jonius	Bénédicte		
Kaiser, Eh. Rekkas	Agnes	Chorherrstraße 4	D-81667 München
Kaissoun	Youssef		1080 Bruxelles
Kerf	Sabine	Rue Jules Cerexhe 12	4800 Verviers 4802 Heusy
Kessel	Annalinde		4780 Sankt Vith 4720 Kelmis
Kessen	Véronique	Rue Haute Vaulx 12	4960 Malmédy
Keutiens	Jessy	Place Verte 41	4800 Verviers
Kever	Céline	Rue Neuve 9	4000 Liège
Kever	Céline	Aachener Straße 6	4780 Sankt Vith
Kitzmantel, Eh. Banhidi	Monika		1180 Bruxelles
Klauser	Klaus Dieter	Dorf 37 b	4791 Thommen
Knecht	Tamara	Rue François Vande 79	1150 Brüssel
Koch	Julia	Münzgasse 29	78462 Konstanz
Kohnen	Célia	Rue de bois 12	4850 Montzen
Köttgen	Sophie	Langenstein 25	4851 Gemmenich
Krings	Stéphanie		4771 Mirfeld 4782 Rödgen
Kumst	Sahlia	Hufengasse 4-8	4700 Eupen
Kurrels	Viviane	Rue de l'église 30	1367 Mont Saint André

Lacasse	Marie		4960 Stavelot
Lakaye	Ariane		6690 Vielsalm 4800 Verviers
Laloire	Caroline		4800 Verviers
Laloyaux	Olivier		4020 Liège
Lambert	Julie	Rue derrière la Cour 8	4950 Thirimont
Lambion	Isabelle	Rue Magrite 40	4920 Aywaille
Lamy	Nadine		4780 Sankt Vith
Lancelotti	Elisa	Rue Général Jacques 7c	4970 Stavelot
Landenne	Delphinne	Rue de Campinne 4	4000 Liège
Laroi	Frank	Blvd. du Rectorat 3 (B33)	4000 Lüttich
Laverdeur	Raquel	Rue Sainte-Marie 8	4000 Liège
Lazzoni	Alda	Rue des Libellules 41	4100 Bonnelles
Lecloux	Roselyne	Village 40	4841 Henri Chapelle
Lelarge (S.)	Georgette	Genads Champs 33	6690 Vielsalm
Lemal	Marjorie		4624 Fleron
Lembo	Barbara	Rue Sainte Marie 10	4000 Lüttich
Lentz	Katja		4700 Eupen
Leonard	Benoît	Av. Eugène Müllendorf 82	4800 Verviers
Leonard	Christelle		4800 Verviers
Leonard	Christelle		4970 Stavelot
Lépinne	Ginette	Breitfeld 29	4783 Lommersweiler
Lepot	Aurelie	Domaine de Sart Tilmant (B35)	4000 Lüttich
L'Homme	Pascal	Rue Saivelette 126	4671 Saive
Liebin	Yolande	Rue Sainte Barbe 25	1400 Nivelles
Lienard	André		4000 Liège
Lieneman	Brunhilde	Oppenhoffallee 74	D-52066 Aachen
Lisaerde	Jef		3001 Heverlée
Lizin J	Joelle		1380 Lasne 1060 Bruxelles
Lodomez	Gaëlle		4990 Liernaux
Loneux	Katja	Place de la république Française N ½	4000 Liège
Longree	Patricia	Vieux Thier 1	4910 Polleur
Lorring	Nathalie	Aachener Straße 72	4728 Hergenrath
Louche	Marie-France	Rue Thomas 8	1435 Corbais
Lüthge	Svenja	Seeblick 2	D-24106 Kiel
Lutte	Jennifer		4000 Liège
Mahaux	Virginie	Rue Saint-Laurent 101	4000 Lüttich
Makris	Penelope	Martelarenlaan 73	3010 Leuven
Malaise	Nicole		4000 Liège
Malpas	Anne	Bd de la Sauvenière 110 c	4000 Liège
Manasievski	Jessica	Avenue de Broqueville 158	1200 Bruxelles
Mayers	Isabelle	Rue derrière la cour 8	4950 Waimes 4000 Liège
Meiners	Anke	Rue Froissart 25	1180 Uccle
Melen	Marc	Rue Simon Lobet 9	4800 Verviers
Mertens	Christiane	Oppenhoffallee 74	D-52066 Aachen
Meurrens	Anouk	Rue de la Féculerie A	1350 Jandrain-Jandrenouille
Michelet	Jacques	Rue du Bois 11	1150 Woluwé-Saint-Pierre
Michels	Angelika	Am Berg 48	4700 Eupen
Misson	Catherine	Rue du Vieux Marché 46	6690 Vielsalm
Moernaut	Sophie	Steenweg op Aalst 145	1745 Opwijk
Moijses	Virginie	Chaussée d'Alsemberg 243	1190 Forest
Mommen	Evelyne	Rue des Francs 27	1040 Etterbeck
Monseur	Ludinie	Aux quatre bras 2	6600 Bastogne
Moreau	Isabelle		4800 Verviers
Moreau	Lorraine	Rue Nicolas Spiroux 80	4030 Grivegnée
Mornard	Florence		4800 Verviers
Moson-Légrand	Ginette		4800 Verviers
Motte	Catherine		4000 Liège
Mourard	Françoise	Rue de France 34	4800 Verviers
Mouton	Pascal	Avenue du Gris Moulin 67	1310 La Hulpe
Müsgens-Braun	Irmgard		D-Herzogenrath
Niessen	Isabelle		4420 Montegnée
Nitz	Caroline	Dieffenbachstraße 65	D-10967 Berlin
Nols	Alexandra	Place St. Georges 18	4830 Limbourg
Norré	Jan	Tiensevest 146	3000 Löwen
Nyssen	Isabell	Au Pairon 13	4831 Bilstain
Oberste	Brita Janine	Hermannstraße 6	D-52062 Aachen



Oliekan	Brigitte	Lambermontstraat 18	NL-6373 BD Landgraaf
Offermann	Liliane		4700 Eupen 4780 Sankt Vith
Ossemann	Mirja		4700 Eupen
Pasque	Nelly	Rue St. Roch 28	4190 Xhoris
Paggen	Georgina	Lascheter Weg 12	4700 Eupen
Paulus	Rachel	Rue de Liège 75	4800 Verviers
Paulus	Sarah	Thimstraße 27	4720 Kelmis
Pauptorté	Aurélié		1060 Bruxelles
Pelsser	Victor	Rue de Heggen 26	4837 Baelen
Pelzer	Geneviève	Hostert 28	4700 Eupen
Perin	Marie		4000 Lüttich
Perin	Marie		4100 Seraing
Pestingier	Martina	Muffeter Weg 47	D-52074 Aachen
Petit	Celine		4000 Rocourt
Philippot	Pierre		1348 Louvain-la-Neuve
Pierat	Cécile		4880 Aubel 6460 Chimay
Piette	Déborah	Rue des Linalgrettes 12	4960 Ovifat
Pilz	Oliver	Rue Dr. Herr 2	L-9048 Ettelbrück
Pire	Marie	Rue Al Bâche 69	4540 Ampsin
Poncelet	Virginie	Rue du Coin 23	6780 Longeau
Post	Benoît		4780 Sankt Vith
Predazzler	Sandrine		4000 Lüttich
Principalli	Donnatella	Hookstraße 31	4700 Eupen
Proot	Catherine	Avenue des Phalènes 26	1000 Brüssel
Radermacher	Gaby		4730 Raeren
Raway	Bénédicte	Rue de Hèvreumont 22B Rue Laoureux	4834 Goé 4800 Verviers
Raymond	Laure	Rue tiège de peuplier 1	4530 Villers-le-bouillet
Reginster	Madeleine	Rue de Battice 223h	4800 Petit Rechain
Remacle	Manon		4990 Liernoux
Remacle	Manon		6690 Vielsalm
Reul	Annabelle	Hufengasse 4-8	4700 Eupen
Riga	Stéphane		4041 Vottem
Rittel	Eva	Clemensstraße 32	D-80803 München
Ritzenthaler-Schütze	Christa	Hohenstauffenstr. 4	D-40547 Düsseldorf
Rocha	Augusta Cindy		4000 Liège
Roncins	Jenilee	Rue Devant les Religieuses 2	4960 Malmedy
Roussaux	Jeanne	Avenue Louise 503	1050 Bruxelles
Roy	Emmanuel		1180 Uccle 1420 Braine l'Alleud
Sack	Kerstin		3080 Tervuren
Saint Remi	Jacqueline		4420 Montégnée
Schillings	Marie Hélène		4840 Welkenraedt
Schmetz, Eh. Weber	Marie Noelle	Voufeld 13	4700 Eupen
Schmitt	Christine	Lagerstraße 1	4750 Elsenborn
Schmitt	Kurt	Malmedyer Straße 49	4750 Bütgenbach
Schmitz	Anneliese	Rue Basse Desnié 9	4910 Theux
Schneiders	Nathalie		4780 Sankt Vith 4700 Eupen
Schröder, Eh. Dederichs	Marlene	Malmedyer Straße 98	4780 Sankt Vith
Schulz	Beatrix		4800 Verviers
Schulz-Wensky	Gudrun	Mülheimer Freiheit 2-4	D-51063 Köln
Schumacker	Marie-Noël	Rue la Vaulx	4960 Malmedy
Schwering	Karl Leo		Bruxelles
Senechal	Fabien		4537 Verlaine
Senechal	Fabien		4800 Verviers
Serafini	Albertina	Bvd Saint-Michel 125	1040 Etterbeek
Seffer	Emilie	Tchepson 3	4800 Ensival
Seron	Cécile		4900 Spa
Sini	Alice	Rue Saint Marie 8	4000 Lüttich
Ska-Jadot	Francy Anne	Basse Levée 24	4970 Stavelot
Soto Gastanu	Gustavo	Rue Haute-Wez 84	4030 Grivegnée
Stadler	Christina	Avenue de la Chasse 172	1040 Bruxelles
Stassart	Céline	Rue derrière la court 8	4950 Waimes
Stasse	Amélie	Rue Laurent Mairlot 22	4860 Wegnez
Steffen	Morgane		4950 Waimes
Steffens	Florence	Lascheter Weg 19	4700 Eupen

Stephien	Beata	Neustraße 36	4700 Eupen
Slaviero	Murielle	Montagne Sainte-Walburge 1a	4000 Lüttich
Stiers	Isabelle	Pater Daemsstraat 64	3290 Schafflen (Diest)
Swine-Aubert	Françoise	Avenue de l'aviation 23	1150 Bruxelles
Sydor	Guy		1348 Louvain-la-Neuve
Talbot	Laurence		1330 Rixensart
Taube-Ey	Elizabeth	Bd St.Michel 125	1040 Bruxelles
Tavier	Muriel	Rue Neuve 52	4970 Stavelot
Tenreira Martins	Chris	Boulevard Kleyer 134	4000 Lüttich
Thewes	Petra	Rue Michel Pire 23	4821 Andrimont
Thilgen	Estelle	Hernalsteenstraat 117	1970 Wezembeek-Oppem
Thomas	Celine	Elsenborn, Buchenweg 16	4750 Bütgenbach
Toucheque	Malorie	Rue Damry 1	4130 Tilff
Tromme	Emilie		4030 Grivegnée
Trost	Stéphanie		4710 Lontzen
Van der Heyden	Tine	Herderstraat 1a	9000 Gent
Vandersandeen	Tine	Zandstraat 54	3350 Linter (Wommersom)
Vanderveken	Maude	Avenue Eugène Isaye 10	4053 Embourg
Van Laethem	Alexandra	Rue Fontaine 5	1390 Grez-Doiceau
Van Ruymbeke	Agnès	Rue Charles Rittwéger 22	4910 Theux
Vasbinder	Anne-Françoise	Rue de Verviers 2	4841 Henri Chapelle
Volkova	Allessia		4960 Malmédy
Voos	Michel		4800 Verviers
Vranken	Geraldine		4000 Liège
Wauters, Eh. Demaret	Claire	Avenue Sainte Alix 60	1050 Bruxelles
Weisser	Christina	Hermannstraße 6	D-52062 Aachen
Weling	Claudia	Vervierser Straße 26	4700 Eupen
Wittezaele	Jean Jacques		4000 Liège
Wuidard	Letizia	Rue des Wallons 95	4000 Liège
Wuttke	Martina	Trichterstraße 14	D-52064 Aachen
Zickenheiner	Gisela	Kirchstraße 2	D-50996 Köln

## Anlage 7 zur Satzung

### Liste der anerkannten Kurhäuser für Genesungsaufenthalte (Artikel 74)

Zuletzt aktualisiert durch die Außerordentliche Generalversammlung vom 21. Juni 2016 und durch den Verwaltungsrat vom 12. Dezember 2017.

#### Pflegehäuser der Kategorie A

*Die Pflegehäuser der Kategorie A richten sich an Patienten mit leichter bis schwerer Pflegebedürftigkeit.*

<b>Name</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Le Belvédère	Avenue Reine Astrid 28 – 4910 Theux	087 539 191
Château Sous-Bois	Chemin Sous-Bois 22 – 4900 Spa	087 770 212
La Résidence du Lac	Avenue Amedée Hess 45 – 4900 Spa	087 771 074
La Seniorie du Sart-Tilman	Route du Condroz 406 – 4031 Liège-Angleur	04 367 45 55
Résidence Saint-James	Avenue Wolfers 9 – 1310 La Hulpe	02 653 62 99
Residentie 'T Neerhof	Nieuwstraat 69 – 9660 Brakel-Elst	05 543 15 10
La Résidence Dr. Hustin	Rue de l'Hôtel 9 – 6030 Marchienne-au-Pont	
Le Bois de la Pierre	Venelle du Bois de la Pierre 20 – 1300 Wavre	
Herstelverblijf Salvator	Ekkelgaarden 17 – 3500 Hasselt	011 272 921
Les Heures-Clares	Avenue Reine Astrid 131 – 4900 Spa	087 79 20 10

#### Pflegehäuser der Kategorie B

*Die Pflegehäuser der Kategorie B richten sich an Patienten mit leichter Pflegebedürftigkeit.*

<b>Name</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Astoria	Leopoldlaan 7 – 8420 De Haan	059 24 24 11
Dunepanne	Maria Hendrikalaan 5 – 8420 De Haan	059 23 61 31
Domaine de Nivezé	Route du tonnelet 76 – 4900 Spa	087 790 314
Villa Royale	Koningsstraat 79 – 8400 Oostende	059 804 519

#### Pflegehäuser der Kategorie C

*Die Pflegehäuser dieser Kategorie richten sich an Patienten, die einen organisierten Pflegeaufenthalt wünschen.*

<b>Name</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Cité Sérine	Rue des Cultivateurs 30 – 1040 Bruxelles	02 733 72 10
Het Namaste Huis	Veldestraat 57 – 9850 Merendree	09 371 58 20
VZW Zorghuis Oostende	Pater Pirelaan 6 – 8400 Oostende	059 446 206
VZW Zorghuis Gent	Coupure Rechts 262-272 – 9000 Gent	09 224 09 80

## Anlage 8 zur Satzung

### Liste der Aktionen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge (Artikel 87)

Aktualisiert durch die Generalversammlungen vom 25. September 2018 und durch den Verwaltungsrat vom 11. Dezember 2018.

Für das Jahr 2019 hat die Freie Krankenkasse folgende Projekte vorgesehen und Erstattungen festgelegt:

- **DIFIMA (Diabetiker-fit-mach-Projekt)**  
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einem vielfältigen Programm, angeboten durch das Zentrum „Medifit“. Die Teilnehmer werden durch eine ausgebildete Fachkraft für Diabetikersport betreut. Ziel ist es, durch Bewegung und angepasste Ernährung das Körpergewicht, den Blutdruck und die Blutwerte der Diabetiker zu optimieren.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 240 €.
- **Mindfulness (Achtsamkeitstraining)**  
Aktion zur Gesundheitsförderung für chronisch Kranke, bestehend aus einem achtwöchigen Programm, angeboten durch das Zentrum „Medikos“:  
Dieses Projekt zur Gesundheitsförderung besteht aus einem achtwöchigen Trainingsprogramm. Ziel des Achtsamkeitstrainings ist ein besserer Umgang mit Schmerzen und das Erreichen einer besseren psychischen Gesundheit.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **OBESI-Vith**  
Aktion zur Gesundheitsförderung (Bekämpfung der Fettleibigkeit), bestehend aus einem vielfältigen Programm, angeboten durch das Zentrum „PhysioVith“. Unter Anleitung von Kinesitherapeuten und Ernährungsberatern werden die Teilnehmer mit Hilfe einer individuellen Ernährungsberatung und mit Bewegung in der Gruppe dazu motiviert, Übergewicht zu bekämpfen und ein neues Selbstwertgefühl aufzubauen.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Rücken-fit**  
Aktion zur Gesundheitsförderung (Rückenstärkung), bestehend aus einem vielfältigen Programm, angeboten durch das Zentrum „Medifit“. Unter Anleitung von Rücken-Fit-Experten lernen Betroffene, ihre Rückenbeschwerden nachhaltig zu lösen.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Rückentraining**  
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einem therapeutischen Übungsprogramm, angeboten durch das Zentrum „PhysioVith“. Unter Anleitung von Kinesitherapeuten und mithilfe einer individuellen Trainingstabelle werden die Teilnehmer an ihr individuelles funktionelles Niveau herangeführt, um erneuten Verletzungen vorzubeugen.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Rückenschule FREIE**  
Eigenes Projekt der Freien Krankenkasse, bestehend aus einer theoretischen Einführung und zehn Sitzungen, bei denen die Teilnehmer unter Anleitung eines Kinesitherapeuten lernen, Rückenschmerzen vorzubeugen, Beschwerden zu lindern und ihre Bewegungsabläufe korrigieren.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 75 €.
- **Wassergymnastik**  
Aktion zur Gesundheitsförderung für chronisch Kranke, angeboten durch das Zentrum „AquaVith“. Dies Aktion betrifft Personen mit gravierenden gesundheitlichen Problemen: Nach einem chirurgischen Eingriff, bei Bandscheibenproblemen, Orthopädie, Traumata, Arthrose, Osteoporose, Rheumakranke, Fibromyalgie, Brustkrebspatientinnen. Das therapeutische Programm wird von Kinesitherapeuten geleitet und verteilt sich auf zehn Wochen.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.

- **Actiwita-Abnehmprojekt**  
Zielgruppe des Projektes „Actiwita“ sind Menschen, die einen BMI über 30 haben und die durch eine gesundheitsorientierte Ernährungsumstellung abnehmen möchten, in Verbindung mit einem Sportprogramm. Es wird angeboten durch das Zentrum „emotion“ in Sankt Vith, erstreckt sich über 8 Wochen und beinhaltet mehrere Seminare. Das Projekt wird ausgeführt und begleitet durch mehrere ausgebildete Personen (Regent in Sport&Rehatrainer, Osteopath mit Erfahrung in Ernährungsberatung, Master in Sportwissenschaften).  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Kurse des Belgischen Roten Kreuzes**  
Für die Teilnahme an den folgenden Kursen des Roten Kreuzes sieht die Krankenkasse eine einmalige Erstattung pro Mitglied vor:
  - Grundkurs „Erste Hilfe“: Erstattung in Höhe von 30 €
  - Ersthelferkurs: Erstattung in Höhe von 45 €
  - Wiederbelebung von Säuglingen und Kleinkindern: Erstattung in Höhe von 15 €
  - Erste Hilfe am Baby und Kleinkind: Erstattung in Höhe von 25 €
  - Ausbildung „3 Minuten für ein Leben“: Erstattung in Höhe von 15 €
- **Kurse der VoG „Retten macht Schule“**  
Für die Teilnahme an den folgenden Kursen der VoG „Retten macht Schule“ sieht die Krankenkasse eine einmalige Erstattung pro Mitglied vor:
  - Erste Hilfe Grundausbildung: Erstattung in Höhe von 30 €
  - Erste Hilfe am Kleinkind: Erstattung in Höhe von 25 €
  - Reanimationskurs „3 Minuten für ein Leben“: Erstattung in Höhe von 15 €
- **Projekt Diätklinik**  
Projekt der Klinik St. Joseph in Sankt Vith, wobei die Patienten individuell durch ein multidisziplinäres Team betreut werden. Ziel ist es, beim Patienten einen Gewichtsverlust zu erzielen und so evtl. von einem chirurgischen Eingriff (Magenverkleinerung) abzusehen.  
Für Adipositas-Patienten, welche ein Jahr lang kontinuierlich an dem Projekt teilgenommen haben, sieht die Krankenkasse folgende zusätzliche Erstattungen vor:
  - Kinesitherapie: eine einmalige pauschale Beteiligung von 100 €;
  - Endokrinologie, Kardiologie, Blutabnahmen, Laktose- und Soja-Intoleranz-Suche: Erstattung der Eigenanteile dieser Behandlungen, bis zu einem Betrag von 100 € pro Person.
- **SalSana**  
Zielgruppe des Projektes „SalSana“ sind Menschen, die unter Bronchial-Asthma, chronischer Bronchitis, Bronchiektasen, COPD, zystische Fibrose, Lungenfibrose oder unter einer die Atemwege betreffenden chronischen Krankheit leiden. Die Erstattung erfolgt bei einer vollständigen Behandlungsdauer von 20 Sitzungen und auf Grundlage der ärztlichen Diagnose, die auf dem Antrag auf Rückerstattung vom Arzt bestätigt sein muss.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Rücken-Spezialkurs**  
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einem zwölfwöchigen Trainingsprogramm, angeboten durch das medizinische Zentrum „Progesund“. Unter Anleitung von Fachkräften lernen Betroffene, ihre Rückenbeschwerden nachhaltig zu lösen.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Tinnitus-Atemtraining nach Holl ®**  
Zielgruppe des Projektes sind Menschen, die an subjektiven Tinnitus, Hörsturz, Hyperakusis, andauernden Schlafstörungen oder Schwindel leiden. Die Methode nach Maria Holl hilft den Menschen, besser mit dem Tinnitus und seinen begleitenden Symptomen umzugehen. Die zu erlernenden Techniken sind so konzipiert, dass sie später zu jeder Zeit in den Alltag transferiert werden können. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Teilnahmebescheinigung.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €

- **Achtsamkeitstraining bei chronischen Schmerzen**  
Aktion zur Gesundheitsförderung für Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, d.h. Schmerzen, die seit mindestens drei bis sechs Monaten fast immer vorhanden sind oder häufig wiederkehren und die den Patienten körperlich (Beweglichkeitsverlust, Funktionseinschränkung), körperlich-kognitiv (Befindlichkeit, Stimmung, Denken) und sozial beeinträchtigen. Der Kurs besteht aus einem sechswöchigen Programm, angeboten durch die Gemeinschafts-Arztpraxis Kompass Bütgenbach.  
Die Methoden, die bei diesem Achtsamkeitstraining erlernt werden, dienen dem besseren Umgang mit dem Körper und der Veränderung des eigenen Schmerzerlebens.  
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €

**Anlage 9 zur Satzung**  
**Liste des orthopädischen Materials**  
**(Artikel 79bis)**

Armtragetücher
Bandagen
Entlastungsschuhe
Halskrausen
Krücken
Schienen
Sohle für den unteren Gips

**Anlage 10 zur Satzung**  
**Liste der schweren Krankheiten**

Aids
Alzheimer-Erkrankung
Amyotrophe Lateralsklerose
Apoplexie (Schlaganfall)
Brucellose
Cholera
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
Crohn-Erkrankung
Diabetes
Diphtherie
Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute
Flecktyphus
Gehirnentzündung
Hodgkin-Erkrankung
Kinderlähmung
Krebs
Leberzirrhose infolge von Hepatitis
Leukämie
Malaria
Milzbrand-Krankheit
Mukovizidose
Multiple Sklerose
Niereninsuffizienz, die eine Dialyse erfordert
Organtransplantation (mit Ausnahme von Hornhaut- und Hauttransplantationen)
Parkinson-Erkrankung
Pompe'sche Erkrankung
progressive Muskeldystrophie
Sklerodermie mit Organbefall
Tuberkulose
Typhus-ähnliche Erkrankung und Paratyphuserkrankung
ulzeröshämorrhagische Proktokolitis
Wundstarrkrampf