

Statuts

Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2020

Mutualité Chrétienne du Brabant wallon
Boulevard des Archers, 54 – 1400 Nivelles

Version coordonnée approuvée par l'Assemblée générale
du 17 juin 2020

Version coordonnée approuvée par le Conseil de l'Office de contrôle
du 25 septembre 2020

Dispositions approuvées par la Conseil de l'Office de contrôle sous
réserve :

- Néant

La Mutualité Chrétienne du Brabant wallon est affiliée

- à l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes
- à la Société mutualiste Solimut
- à la Société mutualiste MC Wallonie
- à la Société mutualiste MC Bruxelles
- à la Société mutualiste CM-Zorgkas

Statuts disponibles à l'adresse
<http://www.mc.be/la-mc/brabant-wallon/statuts.jsp>

Table des matières

P R E A M B U L E.....	4
DÉFINITIONS.....	6
C H A P I T R E 1 ^{er} CONSTITUTION - DENOMINATION – BUTS SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA FEDERATION.....	9
C H A P I T R E II AFFILIATION - DEMISSION & EXCLUSION.....	12
§ 1. Introduction.....	14
Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, une personne affiliée à la mutualité peut être :.....	14
§ 2. Le membre qui peut bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire.....	15
§ 4. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée.....	17
C H A P I T R E III CATEGORIE DE MEMBRES.....	19
C H A P I T R E IV ORGANES DE LA MUTUALITE	21
Section 1 - L'Assemblée Générale.....	21
Section 2 - Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'Union nationale, pour l'Assemblée Générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, §1 de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée et pour l'Assemblée Générale de la société mutualiste d'assurance MC Assure.....	27
Section 3 - Conseil d'Administration.....	28
CHAPITRE V LES OPERATIONS ET SERVICES DE LA MUTUALITE: AVANTAGES, CONDITIONS D'AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS.....	33
Section 1 – Règles générales.....	33
Section 4 – Assurance complémentaire, prestations et services	35
1° NAISSANCE et adoption code classification 15	35
2° INDEMNITE "SEJOUR ENFANT" code classification 15	36
3° ABONNEMENT AUX CLUBS DE SPORT et Diététique "code classification 15.....	36
4° INDEMNITE "TRANSPORT DES MALADES" – code classification 15.....	37
5° THERAPIES ALTERNATIVES - code classification 15.....	38
6° PRESTATIONS MEDICALES DIVERSES – VACCIN - code classification 15.....	38
7° PRESTATIONS MEDICALES DIVERSES – PREVENTION/CONTRACEPTION - code classification 15	38
8° FRAIS D'OPTIQUE – code classification 15.....	38
9°INDEMNITE POUR LOCATION DE MATERIEL DE "TELE-ALARME" - code classification 15	39
PRESTATIONS DE SERVICES.....	39
1° SERVICE D'AIDE AUX MEMBRES - code classification 31	40

2° SERVICE DE SOINS A DOMICILE.....	40
3° SERVICE DE PRET DE MATERIEL <i>Qualias</i> - code classification 15.....	40
4° SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE code classification 15.....	41
5° SERVICE D'AIDE AUX MALADES code classification 15.....	42
6° SERVICE D'ENTRAIDE ENTRE PERSONNES MALADES, VALIDES OU HANDICAPEES – ALTEO - code classification 72.....	43
7° SERVICE D'ENTRAIDE AUX (PRE)PENSIONNES code classification 73	43
8° SERVICE DE LOISIRS ET DE VACANCES POUR ENFANTS code classification 70 43	
9° SERVICE DE LOGOPEDIE code classification 02	43
10° PROMOTION DE LA SANTE code classification 15	43
C. FONDS DE PROMOTION code classification 37.....	43
D. COTISATION ADMINISTRATIVE code classification 98	44
C H A P I T R E VI BUDGETS ET COMPTES.....	49
C H A P I T R E VII MODIFICATIONS DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS.....	50
C H A P I T R E VIII ENTREE EN VIGUEUR.....	51
Annexe 0 aux statuts : tableau de cotisations.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 1 aux statuts (années 2018 à 2019) - présentée à l'AG du 17 juin 2020	544
Annexe 3 aux statuts – Qualias liste articles réductions	555

P R E A M B U L E

=====

Dès sa création, la mutualité chrétienne a été proche des gens. Il s'agit d'un mouvement de personnes au service des autres, œuvrant pour la santé et le bien-être et soucieuses de partager, dans un esprit de solidarité et de prévoyance, les charges découlant de la maladie ou de l'invalidité. Le but principal de la mutualité chrétienne est d'éveiller et d'entretenir cet esprit de solidarité au sein de ses membres et de toute la population.

La mutualité chrétienne participe à l'administration correcte de l'assurance obligatoire. Elle veut garantir des soins de qualité accessibles à toute la population.

Dans un esprit de solidarité et de coresponsabilité, la mutualité chrétienne lance des initiatives en collaboration avec ses membres en vue de promouvoir la santé et d'assurer les risques de santé. Elle souhaite aussi jouer un rôle très actif dans le cadre des soins à domicile pour malades chroniques.

Des services de qualité proches des personnes constituent la principale force de la mutualité chrétienne. En outre, grâce à l'engagement de nombreux bénévoles, la vie de mouvement peut s'étendre à toutes les catégories de membres, des plus jeunes aux plus âgés, mais en particulier aux malades et aux handicapés.

La mutualité chrétienne veut également propager l'esprit de solidarité et l'idée mutualiste au niveau international.

Aide, responsabilité, prévoyance, solidarité, respect de la personne sont autant d'idées et de valeurs qui guident la mutualité chrétienne. Soutenue par la vision chrétienne de la vie et de la société, elle est sans cesse interpellée par le message de l'Evangile et l'appel des plus démunis.

MUTUALITE : C A R I T A S

Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon

MC Brabant Wallon

Etablie à Nivelles

Reconnue par Arrêté Royal du 18 août 1907

(Moniteur belge du 29 août 1907)

S T A T U T S

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution.

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

Après délibération en Assemblée Générale réunie le 17 juin 2020, les statuts de la Mutualité sont fixés comme suit:

DÉFINITIONS

Pour l'application de ces statuts, il faut entendre par :

Membre :

toute personne affiliée comme titulaire à la mutualité :

- soit pour l'assurance obligatoire et les services et opérations offerts,
- soit seulement pour les services et opérations offerts

Titulaire :

- Toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit au remboursement de prestations de santé en tant que titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 1° à 16°, 20°, 21° et 22° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.

- Ainsi que toute personne affiliée aux services et opérations et qui :
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de la HR Rail ;
 - pour ce qui est l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994
 - pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/régime de la sécurité sociale d'outre-mer ;
 - a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 ;
 - n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
 - se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs
 - est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Personne à charge :

- toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit aux remboursements des prestations de soins de santé en tant que personne à charge d'un titulaire, tel que visé à l'article 32, alinéa premier, 17°, 18°, 19° ou 23° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui bénéficie de droits dérivés au remboursement de prestations de santé à charge d'un membre qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.

- ainsi que la personne qui bénéficie ou peut bénéficier d'un droit dérivé au remboursement des prestations de soins de santé à charge d'une personne qui
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de la HR Rail ;
 - pour ce qui est l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994

- pour les soins de santé, est assurée en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/régime de la sécurité sociale d'outre-mer ;
- a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 ;
- n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge
- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs
- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Bénéficiaire :

Tout membre et ses personnes à charge affiliées à la mutualité pour les services et opérations offerts et qui a droit aux avantages offerts par ces services et opérations ;

Ménage mutualiste :

Le ménage mutualiste tel que défini à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 mars 2011 en exécution de l'article 67, alinéa 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;

Assurance obligatoire :

l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, a), de la loi du 6 août 1990 et qui est régie par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée du 14 juillet 1994 ;

Services et opérations :

- les services visés à l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010, à l'exception des services visés à l'article 1, 2°, de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6 de la loi du 26 avril 2010
- les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 août 1990.

Services et opérations offerts :

L'ensemble des services et opérations qui sont organisés par :

- La mutualité ;
- La société mutualiste SM Solimut à laquelle la mutualité est affiliée
- L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes à laquelle la mutualité est affiliée.

Intervention majorée :

l'intervention majorée de l'assurance dont bénéficient les personnes visées à l'article 37, §19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Avantages :

les avantages, prestations ou interventions faisant l'objet des services et opérations;

Droit aux avantages :

la possibilité de bénéficier des avantages en fonction de la disponibilité des moyens.

CHAPITRE 1^{er}

CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA FEDERATION

ARTICLE 1

Une mutualité a été fondée à Braine-le-Château, le 9 septembre 1894, sous la dénomination de "Fédération régionale des sociétés chrétiennes des mutualités du Brabant Wallon (Ouest)" et a été reconnue par arrêté royal du 1er juillet 1899.

De nouveaux statuts portant la dénomination de "Caisse de Réassurance du Brabant Wallon" ont été homologués par arrêté royal du 26 juin 1905.

Par arrêté royal du 27 octobre 1911, cette association a été autorisée à porter la nouvelle dénomination de "Caisse de Réassurance et Fédération des Mutualités de retraite du Brabant Wallon (Ouest)".

Cette fédération a été dissoute en assemblée générale du 20 février 1921. Les sociétés fédérées et les fonds sociaux ont été remis à la fédération mentionnée ci-dessous, en assemblée générale du 8 avril 1923.

Une deuxième fédération a été fondée le 20 mai 1907 à Wavre, et a été reconnue par arrêté royal du 18 août 1907, sous la dénomination de "Fédération Mutualiste de l'arrondissement de Nivelles".

A partir du 1er juillet 1929, la fédération prend la dénomination de "CARITAS" "Fédération Mutualiste Chrétienne de l'arrondissement de Nivelles"; cette nouvelle dénomination a été homologuée par arrêté royal du 31 décembre 1929.

Par arrêté royal du 28 décembre 1953, cette fédération prend la dénomination actuelle de "Caritas", "Fédération des Mutualités Chrétiennes du Brabant Wallon".

Dans ses relations avec des tiers, la Mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : "CARITAS" ou "Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon" ou "MC Brabant Wallon".

ARTICLE 2

La Mutualité Chrétienne du Brabant wallon a pour objectif la promotion du bien-être physique, psychique et social de ses membres et ceci dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité.

Etant un mouvement chrétien, social et démocratique fondé sur une philosophie personnaliste, elle s'inspire du message évangélique.

Les buts de la mutualité sont :

a) Dans le cadre de l'article 3) alinéa 1^{er}, a) et c) de la loi du 6 août 1990 :

- la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union nationale auprès de laquelle elle est affiliée
- et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'alliance. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'alliance.

- b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa premier, b et c de la loi du 6 avril 1990 et de l'article 67, 5e alinéa de la loi du 26 avril 2010 :
- intervention financière dans les frais découlant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité
 - attribution d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou quand se présente une situation où le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé
 - offrir aide, informations, accompagnement et assistance dans l'exécution de cette mission.
 - le financement d'actions collectives et le subventionnement de structures socio-sanitaires telles que visées à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

À cet effet, la mutualité organise les services et opérations suivants :

A. Opérations

Autres (code OCM 15)

- NAISSANCE et adoption (art. 43)
- INDEMNITE « SEJOUR ENFANT » (art.44)
- ABONNEMENT AUX CLUBS DE SPORT et Diététique (art.45)
- INDEMNITE "TRANSPORT DES MALADES" (art 46-47)
- PRESTATIONS MEDICALES DIVERSES - VACCIN (art.51)
- SERVICE DE SOINS A DOMICILE (art. 58)
- SERVICE DE PRET DE MATERIEL-Qualias (art.60)
- SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE (art.61)
- SERVICE D'AIDE AUX MALADES (art.62)
- PROMOTION DE LA SANTE (art.68)

B. Services qui ne sont pas des opérations et qui n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se produit un événement incertain et futur

1. Presse et documentation (code OCM 37) art.72
2. Service social (code OCM 37) art. 55 bis
3. Subventionnement de structures socio-sanitaires (code OCM 38) art. 72 bis
 - L'ASBL ENEO
 - L'ASBL Jeunesse & Santé
 - L'ASBL ALTEO
 - L'ASBL Solival
 - L'ASBL Aide et Soins à domicile en Brabant Wallon
 - L'ASBL Axedis
 - L'ASBL L'Exception
 - l'organisation non gouvernementale « APROSOC » - Action pour la Protection Sociale située à Cotonou, Quartier Arconville lot 3 Parcelle B au Bénin
 - L'ASBL « Mobilité en Brabant Wallon »
 - L'ASBL Santé et Participation
 - L'ASBL EnéoSport
 - L'ASBL Réméso en Brabant Wallon
4. Centre administratif - Centre de compensation (code OCM 98/1) art.71- Service administratif - résultat des frais d'administration de l'assurance obligatoire (code OCM 98/2) art.71bis
5. Patrimoniaire (code OCM 93) art.71ter

Pour atteindre cet objectif, la mutualité est affiliée à :

- L'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, sise à Bruxelles ;
- La société mutualiste Solimut, sise à Bruxelles.

L'affiliation à l'ensemble des services et opérations offert est obligatoire pour tous les membres.

Les avantages dans le cadre de ces services et opérations sont offerts en fonction des moyens disponibles.

- c) Offrir la possibilité à ses membres d'adhérer à la Protection sociale flamande organisée par la société mutualiste CM-Zorgkas à laquelle la mutualité est affiliée.

Affilier ses membres à la société mutualiste régionale MC Wallonie à laquelle la mutualité est affiliée en application de la loi du 6 août 1990 et de la réglementation régionale dont la société mutualiste relève.

Affilier ses membres à la société mutualiste régionale MC Bruxelles à laquelle la mutualité est affiliée en application de la loi du 6 août 1990 et de la réglementation régionale dont la société mutualiste relève.

- d) La mutualité a également pour but d'offrir à ses membres la possibilité de s'affilier aux assurances organisées par la société mutualiste MC Assure à laquelle la mutualité est affiliée.

La mutualité agit comme intermédiaire d'assurance auprès de la société mutualiste MC Assure.

ARTICLE 3

Le siège social de la mutualité est établi à Nivelles et son champ d'activité s'étend à la totalité du territoire couvert par l'arrondissement du Brabant Wallon et aux localités limitrophes.

ARTICLE 4

La mutualité est affiliée à l'Union nationale "Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes" établie à Bruxelles.

ARTICLE 5

La mutualité est répartie en sections locales regroupées par communes fusionnées et par secteurs comprenant plusieurs communes fusionnées, selon les décisions prises par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE II

AFFILIATION - DEMISSION & EXCLUSION

ARTICLE 6 Affiliation aux services de la mutualité

§ 1^{er}. Une personne peut s'affilier auprès de la mutualité :

- 1° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, a), de la loi du 6 août 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services :
 - de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
 - de l'union nationale des mutualités chrétiennes auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
 - de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
 - de la société mutualiste régionale MC Wallonie ou de la société mutualiste MC Bruxelles auprès desquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la réglementation régionale dont les sociétés mutualistes relèvent.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;

- 2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :
 - elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
 - elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;
 - elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;

- elle a droit ou peut avoir droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique ;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur ;
- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette personne est d'office affiliée aux services :

- de l'union nationale des mutualités chrétiennes auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

§ 2. Durant une période d'internement ou de détention, la personne, qui est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé est considérée, pour l'application du § 1^{er}, 1°, comme n'étant pas affiliée à la mutualité, sauf manifestation expresse de la volonté de rester affiliée aux services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

§ 3. La personne qui est, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, affiliée auprès de la mutualité au moins pour les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) a en outre, la possibilité :

- de participer le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à l'épargne prénuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ;
- de s'affilier à la société mutualiste régionale CM-Zorgkas auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à cette société mutualiste régionale lui est rendue possible en vertu de la réglementation régionale dont elle relève ;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance MC Assure, auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

§ 4. Tout titulaire qui souhaite s'affilier à l'assurance obligatoire ou aux services et opérations, doit aussi affilier ses personnes à charge.

ARTICLE 7. Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire

On entend par « assurance complémentaire » de la mutualité : les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services de la mutualité visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

L'affiliation aux services de l'assurance complémentaire prend cours :

- 1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois d'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire du mois au cours

- duquel elle acquiert une des qualités visées à l'article 32, 1° à 16°, et 20° à 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;
 - 3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
 - 4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription
 - 5° pour une personne visée à l'article 6, § 1er, 2°, ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d'une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
 - 6° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

ARTICLE 7 bis

Sont exclus de la mutualité les membres qui ont enfreint les présents statuts, les lois des 14 juillet 1994 et 6 août 1990 ou leurs arrêtés d'exécution. Le membre est informé de son exclusion par lettre recommandée.

ARTICLE 8. Types de membres

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, une personne affiliée à la mutualité peut être :

- 1° soit un membre qui peut bénéficier d'un avantage de ces services ;
- 2° soit un membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de ces services est suspendue ;
- 3° soit un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée.

Le paiement ou le non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire a également des conséquences au niveau :

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la mutualité est affiliée. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste ;
- de la possibilité de bénéficier de la couverture d'assurance que le membre a souscrite auprès de la société mutualiste d'assurances (SMA) MC Assure et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances.

Le paiement ou le non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire n'a aucune conséquence en ce qui concerne le droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il ne peut y avoir de compensation entre des cotisations de l'assurance complémentaire impayées et des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 2. Le membre qui peut bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire

Il s'agit du membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7:

1° pour le mois au cours duquel l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit.

A cet égard, le membre qui est en ordre de cotisations pour les services concernés depuis au moins 24 mois est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour ces services pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Lorsque le membre a été affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire depuis plus de 24 mois, et qu'il a été en ordre de cotisations pour les services concernés pour cette période, il est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés, pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Lorsque le membre a été affilié pour la première fois à une mutualité belge en qualité de titulaire depuis moins de 24 mois, et qu'il a été en ordre de cotisations pour les services concernés depuis la prise de cours de son affiliation, il est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Le membre qui, au 31 décembre 2018, peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est présumé, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour le premier trimestre de 2019 ;

2° pour la période de 23 mois qui précède.

Si la personne s'est affiliée pour la première fois en qualité de titulaire auprès d'une mutualité belge moins de 23 mois avant le mois de l'événement visé au 1°, elle doit y avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, pour l'entièreté de la période d'affiliation qui précède l'événement visé sous 1°.

Si, durant la période de référence visée au présent point 2°, la personne :

a) a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, elle doit, pour pouvoir bénéficier de l'avantage en question, avoir été en ordre de cotisations pour les services concernés, dans chacune des mutualités, pour les mois durant lesquels elle y était affiliée en qualité de titulaire durant cette période ;

b) n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

i° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

- le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;

- le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

ii° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous b, i°.

Dans le calcul de la période de référence visée au présent point 2°, les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Le membre qui était affilié en qualité de personne à charge pendant une partie de la période de référence visée au présent point 2° et qui, depuis qu'il est devenu titulaire durant cette période de référence, est en ordre de cotisations, est présumé être en ordre de cotisations pour l'entièreté de cette période de référence et, jusqu'à preuve du contraire, pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1^{er} janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un

événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

§ 3. Le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^{ème} mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

- 1° les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne a perdu sa qualité de titulaire au sens précité et est devenue personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées ;
- 2° les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1^{er}, la personne a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, les mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaires durant l'affiliation en qualité de titulaire dans une mutualité précédente sont pris en considération pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1^{er}, la personne n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;
 - 2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;
- 2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue ne pourra bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire qu'après paiement de l'entièreté des cotisations dues pour la période de 23 mois concernée et pour le mois au cours duquel l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit.

§ 4. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimé.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

- 1° les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne perd sa qualité de titulaire au sens précité et devient personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées.
- 2° les cotisations que le membre est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, c'est-à-dire antérieures au jugement d'admissibilité ou au jugement déclaratif de faillite, sont considérées comme payées.

Si, durant la période visée à l'alinéa 1^{er}, la personne a été affiliée en qualité de titulaire sans interruption auprès de différentes mutualités belges, les mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaires durant l'affiliation en qualité de titulaire dans une mutualité précédente sont pris en considération pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

Si, durant la période visée à l'alinéa 1^{er}, la personne n'a pas été affiliée auprès d'une mutualité belge pendant une période d'un ou de plusieurs mois, cette période d'interruption est assimilée :

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;
 - 2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;
- 2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée ne pourra à nouveau bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

La période de 24 mois visée à l'alinéa précédent est suspendue :

- 1° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Lorsqu'un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée a été, durant la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5, affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire, les 24 mois se comptent

à partir du 1^{er} jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

En cas d'interruption de l'affiliation auprès d'une mutualité belge en tant que titulaire après le début de la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5, la période d'interruption suspend ladite période de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage des services de l'assurance complémentaire ; cette suspension ne peut toutefois pas dépasser cinq ans.

CHAPITRE III

CATEGORIE DE MEMBRES

ARTICLE 9

Dans le présent article on entend par "Assurance complémentaire" les services et opérations qui sont organisés par la mutualité et les entités mutualistes auxquelles est affiliée la mutualité.

Les membres des mutualités sont classés en deux catégories uniquement en ce qui concerne la représentation dans les organes de gestion, à savoir :

- première catégorie :

les indépendants et les membres des communautés religieuses cités à l'article 32, alinéa premier, points 1bis, 2, 6bis, 6ter, 11bis, 11ter, 11quater, 21 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et leurs personnes à charge ;

- deuxième catégorie :

a. les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément aux autres points de l'article 32, alinéa premier, et les travailleurs salariés repris sous le point 2 du même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que celui qui s'applique aux membres de la première catégorie, et leurs personnes à charge ;

b. les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, conformément aux autres points de l'article 32, même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé que celui qui s'applique aux membres de la première catégorie, et leurs personnes à charge ;

c. Les personnes qui ont leur résidence ou leur domicile principal en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à une convention de sécurité sociale, ont en nom propre un droit au remboursement des prestations de soins de santé à charge de l'étranger, et qui se sont affiliées à la mutualité pour les services et opérations, et leurs personnes à charge ;

d. Les personnes qui ont leur résidence ou leur domicile principal en dehors de la Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à une convention de sécurité sociale, ouvrent en nom propre un droit au remboursement des prestations de soins de santé à charge de la Belgique, et qui se sont affiliées à la mutualité pour les services et opérations, et leurs personnes à charge ;

e. les personnes qui se sont affiliées à la mutualité pour les services et opérations et qui :

- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont titulaires à la Caisse des soins de santé de la HR Rail, et leurs personnes à charge ;
- pour ce qui est l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), et leurs personnes à charge ;

Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord

international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 et leurs personnes à charge ;

- pour les soins de santé, sont assurées en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer et leurs personnes à charge ;
- ont droit ou peuvent avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 et leurs personnes à charge ;
- ne sont plus assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge et leurs personnes à charge.
- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs et leurs personnes à charge ;
- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et leurs personnes à charge.

Tout membre est tenu de cotiser à l'assurance complémentaire organisée par la mutualité.

CHAPITRE IV

ORGANES DE LA MUTUALITE

Section 1 - L'Assemblée Générale

ARTICLE 10

L'Assemblée Générale se compose d'un délégué par 1000 membres tels que définis à l'article 2 § 3, premier alinéa de la loi du 6 août 1990, modifiée selon l'article 54 de la loi du 20 juillet 1991.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge pour une période de six ans, renouvelable.

Lorsque le nombre de candidats par circonscription est supérieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, les candidats non élus sont proclamés membres suppléants de l'assemblée, dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Leurs conditions de remplacement sont prévues à l'article 27.

Le nombre de membres de la Mutualité, et de ce fait le nombre de mandats de délégués effectifs à l'Assemblée Générale à pourvoir est arrêté au plus tard le 30 juin de l'année qui précède les élections mutualistes.

ARTICLE 11

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale, la mutualité est répartie en 8 circonscriptions électorales, à savoir la circonscription de :

- Tubize : Rebecq, Tubize, Ittre, Braine-le-Château,
- Braine l'Alleud : Braine l'Alleud , Waterloo,
- Nivelles : Nivelles, Genappe, Villers-la-Ville,
- Court-Saint-Etienne : Ottignies-Louvain-La-Neuve, Court-St-Etienne, Chastre, Mont-St-Guibert, Walhain,
- Wavre : Wavre, Grez-Doiceau, Beauvechain, Chaumont-Gistoux
- Jodoigne : Jodoigne, Hélécine, Orp-Jauche, Ramillies, Incourt, Perwez
- Rixensart : Lasne, La Hulpe, Rixensart
- Hors Brabant Wallon : les membres affiliés à la Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon mais habitant hors du territoire de la Province du Brabant wallon

Font partie d'une circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge qui habitent dans cette circonscription.

ARTICLE 12

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote élisent le nombre de représentants proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale, selon la méthode de calcul définie à l'article 10 de ces statuts.

La répartition du nombre de mandats entre circonscription s'effectue comme suit :

- Le nombre de membres de chaque circonscription électorale est déterminé au 30 juin de l'année précédant l'élection
- Pour chaque circonscription électorale, ce nombre est divisé par 1000 aux fins de fixer le nombre

- de mandats effectifs à pourvoir
- En outre, chaque circonscription électorale disposera d'un mandat de suppléant à pourvoir auquel s'ajoutera un mandat de suppléant à pourvoir additionnel par tranche de 5000 membres de la circonscription

La répartition du nombre de mandats effectifs et suppléants est approuvée par l'Assemblée générale qui suit la date de détermination du nombre de mandats effectifs à pourvoir

ARTICLE 13

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Pour avoir droit de vote à l'élection des représentants à l'Assemblée Générale :

- a. il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- b. il faut être majeur ou émancipé;
- c. s'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité;
- d. s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité.

Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- a. avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent;
- b. être de bonne conduite et ne pas être privé des droits civils;
- c. être affilié au 01/10 de l'année précédant la date d'élection;
- d. ne pas être licencié comme membre du personnel de la mutualité ou de l'Union nationale et des mutualités qui en font partie pour un autre motif que la mise à la retraite, la prépension conventionnelle ou pour des raisons d'ordre économique.
Pour être éligible, les personnes ayant le droit de vote ne peuvent pas être un membre du personnel de la mutualité ou de l'Alliance dont elle fait partie.
Par membre du personnel il faut comprendre celui qui a conclu un contrat de travail avec la mutualité, l'Alliance dont elle fait partie ou une A.S.B.L. faisant partie de la même unité technique d'exploitation, impliquant le paiement de cotisation de sécurité sociale.
Sont assimilés aux membres du personnel ceux qui sont mis au travail dans le cadre de programmes de résorption au chômage.
- e. être en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire.

Un membre ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dans laquelle sa commune est rattachée conformément à l'article 11.

ARTICLE 14

Procédure électorale

Les membres et leurs personnes à charge majeures ou émancipées sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité :

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

Les membres et leurs personnes à charge qui souhaitent se porter candidat disposent d'une période de quinze jours à partir de la fin du mois au cours duquel les publications ont été envoyées.

ARTICLE 15

Les candidatures doivent être adressées au président de la mutualité par lettre recommandée.

Le président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 13 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991.

ARTICLE 16

Une liste des candidats est établie par circonscription électorale. Les candidats y sont présentés par ordre alphabétique.

Le Conseil d'Administration de la mutualité détermine, par tirage au sort, la lettre qui occupera la première place.

ARTICLE 17

La période des élections ainsi que la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être communiquées aux membres et aux personnes ayant droit de vote par le canal des publications dans un délai maximum de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

Les élections commencent au plus tard dans les trente jours suivant cette communication.

Bureaux électoraux

ARTICLE 18

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

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

Le secrétaire est désigné par le président parmi les membres du personnel de la mutualité.

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

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

Pour chaque bureau de vote, le président désigne, en outre, un secrétaire parmi les membres du personnel de la mutualité afin de contrôler les procédures électorales dans les bureaux de vote et de transmettre le plus rapidement possible les bulletins de vote au bureau électoral.

Etablissement des listes électorales

ARTICLE 19

Les listes électorales sont établies par circonscription.

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

Les listes d'électeurs sont définitivement clôturées à la fin du trimestre qui précède le trimestre au cours duquel commence la procédure électorale.

Le vote

ARTICLE 20

Le vote est secret et libre.

Le vote se déroule par correspondance *ou* dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur.

L'électeur a le choix entre les deux modes de vote, en ce sens qu'il a en tout cas la possibilité de voter par correspondance.

Au cas où le vote a lieu, chaque électeur doit recevoir la convocation et le bulletin de vote au moins 10 jours avant la période d'élection.

Vote par correspondance

Une enveloppe portant la mention « élections », ainsi que le sigle M comme utilisé en général par les mutualités affiliées auprès de l'A.N.M.C., est envoyée à l'électeur.

Cette enveloppe contient l'envoi suivant :

- l'invitation pour participer au vote ainsi que les instructions qui doivent permettre à l'électeur d'exprimer son vote de manière valable ;

Les documents suivants doivent être anonymes :

- le bulletin de vote ;
- l'enveloppe (« enveloppe réponse ») destinée à renvoyer le bulletin de vote au bureau électoral et reprenant les données suivantes :
 - * la mention : « port payé par destinataire » ;
 - * la mention : « Au président du bureau électoral » ;
 - * la dénomination de la mutualité ;
 - * le numéro d'ordre de la circonscription électorale où l'électeur a droit de vote ;

L'électeur traite l'envoi susvisé de la manière suivante:

1° l'électeur exprime son vote en indiquant sa préférence pour un ou plusieurs candidats ou (si cette possibilité est prévue) pour la liste. Ceci se fait en colorant complètement la (les) case(s) destinée(s) à cet effet.

Le bulletin de vote doit alors être glissé dans l'enveloppe destinée au renvoi au bureau électoral. Plusieurs bulletins de vote peuvent être insérés dans l'enveloppement réponse.

Cette enveloppe peut alors (si les statuts le prévoient) être déposée aux lieux prévus (guichet, boîte M, ...), ou envoyée par la poste.

2° Pour être valable, l'enveloppe doit parvenir au bureau électoral avant la fin des opérations de vote.

La mutualité veillera à ce que le bulletin de vote parvienne ou soit envoyé personnellement à chaque personne ayant le droit de vote.

Le bureau électoral désigné par le CA valide la liste d'électeurs proposée par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. L'Alliance organise l'envoi des bulletins de vote à chaque électeur de la liste de manière à ce que l'électeur soit en possession de son bulletin de vote au plus tard 10 jours avant la période électorale.

Un membre du bureau électoral de la Mutualité procède à la vérification des bulletins de vote édités par l'Alliance des Mutualités Chrétiennes avant leur envoi aux électeurs.

Vote dans un des bureaux de vote

Si le vote a lieu dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale, l'électeur remettra son bulletin de vote aux heures, lieux et dates publiées au moins 10 jours avant la période d'élection.

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné par le bureau électoral (voir l'article 19, dernier alinéa), note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur les listes d'électeurs.

Après la fermeture du bureau de vote, le délégué du bureau électoral transmet le jour même les bulletins de vote au président du bureau électoral. Ceci dans une urne scellée.

ARTICLE 21

Chaque électeur peut voter pour un ou plusieurs candidats . Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du (des) nom(s) et du (des) prénom(s) du (des) candidat(s) pour lequel l'électeur souhaite voter.

Dépouillement des bulletins de vote

ARTICLE 22

Le bureau électoral procède au dépouillement des bulletins de vote dans les sept jours ouvrables suivant la période d'élection.

Les représentants sont élus en fonction du nombre de voix obtenues.

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le mandat est accordé au candidat le plus jeune.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur
- les bulletins qui contiennent toute autre marque que le vote.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin, les circonscriptions pour lesquels il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 23 des statuts.

Exemption de l'application d'organiser des élections

ARTICLE 23

Lorsque le nombre de candidats par circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus (voir articles 14 et 15 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991).

ARTICLE 24

Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après la clôture de la période d'élection.

La partie concernée qui souhaite l'annulation ou la modification du scrutin, peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991.

ARTICLE 25

Un exemplaire du règlement électoral, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'Alliance, ainsi qu'à l'Office de contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

Un exemplaire des lettres et/ou publications adressées aux membres doit être envoyé en même temps à l'Alliance et à l'Office de contrôle.

ARTICLE 26

La nouvelle Assemblée Générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale. Un recours auprès de l'Office de contrôle suspend la période de trente jours.

Elle peut désigner au maximum cinq conseillers à l'Assemblée Générale. Ceux-ci ont voix consultative. Les membres de la direction (directeur, directeurs adjoints) de la mutualité assistent à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

Compétence de l'Assemblée Générale

ARTICLE 27

L'Assemblée Générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 de la loi du 6 août 1990 et suivant les modalités fixées aux articles 16, 17 et 18 de cette même loi.

L'Assemblée Générale peut déléguer ses compétences au Conseil d'Administration pour décider des adaptations de cotisations. Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Les décisions de l'Assemblée Générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi ou les statuts le stipulent autrement. Si le quorum des présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents et représentés.

Chaque membre présent ou valablement représenté de l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Un membre qui ne peut personnellement assister à l'Assemblée Générale, peut se faire représenter moyennant une procuration écrite, par un autre membre de l'Assemblée Générale. Chaque membre ne peut être détenteur que d'une procuration.

Un membre de l'Assemblée Générale est réputé démissionnaire dans quatre cas de figure : 1/ lorsque ce dernier n'est plus membre de la Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon, 2/ lorsque la personne a été absente 3x consécutives sans s'excuser, 3/ en cas de décès ou 4/ lorsqu'il remet d'initiative sa lettre de démission. Dans ces cas précités, un mandat sera confié au membre suppléant disposant du plus grand nombre de voix aux élections et disponible. Le membre suppléant deviendra effectif pour la durée restante du mandat.

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale désigne un réviseur d'entreprise parmi le Collège de réviseurs d'entreprise désigné par l'Assemblée Générale de l'Alliance.

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

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

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

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

Section 2 - Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'Union nationale, pour l'Assemblée Générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, §1 de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée et pour l'Assemblée Générale de la société mutualiste d'assurance MC Assure

ARTICLE 28

La délégation de la mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Union nationale comprend 1 délégué par 7.500 membres.

Les représentants de la mutualité à l'assemblée générale de l'Alliance sont élus selon les modalités prévues dans l'AR du 7 mars 1991 et dans les statuts de l'Alliance.

Les représentants de la mutualité à l'assemblée générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, §1 de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée sont élus selon les modalités prévues dans l'AR du 5 octobre 2000, AR portant exécution des articles 2, § 2 et 3, alinéa 2, 14 § 3 et 19, alinéa 3 et 4 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées à l'article 43 bis de cette même loi et dans les statuts de ces sociétés mutualites.

Les représentants de la mutualité à l'assemblée générale de la Société Mutualiste MC Assure sont élus selon les modalités prévues par l'AR du 26 août 2010 portant exécution des articles 2, § 3, alinéa 2, 14, § 3, et 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, § 7, de cette même loi et dans les statuts de la Société Mutualiste MC Assure.

ARTICLE 29

Les délégués sont élus par l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale élit les délégués suppléants à l'Assemblée Générale de l'Union nationale et des sociétés mutualistes auxquelles est affiliée la mutualité.

ARTICLE 30

Les représentants des membres et des personnes à charge de l'Assemblée Générale des mutualités qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée Générale de l'Union nationale, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection.

Le Conseil d'Administration détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par le Président.

ARTICLE 31

Le vote est secret. Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Section 3 - Conseil d'Administration

ARTICLE 32

Le Conseil d'Administration de la mutualité est composé de 22 membres, dont il ne peut pas y avoir plus de 70 % de personnes du même sexe.

En vertu de l'article 27 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, le nombre de membres du conseil d'administration ne peut être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'assemblée générale de notre mutualité.

S'ils n'ont pas la qualité d'administrateurs régulièrement élus, les membres de la direction de la mutualité assistent aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut être membre de la Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon, majeur et de bonne conduite vie et mœurs. Il n'est cependant pas obligatoire de faire partie de l'Assemblée Générale.

Le mandat de membre du Conseil d'Administration n'est pas rémunéré mais fait l'objet de l'octroi d'indemnités.

Ainsi, un administrateur perçoit une indemnité trimestrielle dont les montants sont fixés par l'Assemblée générale dans les limites prévues par l'article 10 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

Le président perçoit les mêmes indemnités que les autres administrateurs.

ARTICLE 33

Le Conseil d'Administration est élu par les membres de l'Assemblée Générale.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au président du Conseil d'Administration.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin secret. Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions.

Le Conseil d'Administration peut désigner au maximum cinq conseillers. Ils ont une voix consultative.

Le président détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même.

ARTICLE 34

Le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine Assemblée Générale. L'administrateur ainsi élu, achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission ou l'exclusion en tant que membre de la mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la mutualité.

L'administrateur qui aura été absent 3 fois consécutives sans motif justifié est considéré comme démissionnaire.

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un administrateur suivant la procédure prévue à l'article 19, alinéa 2 et 4 de la loi du 6 août 1990 au cas où :

- l'administrateur commet une infraction à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution;
- l'administrateur commet une infraction à la loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution;

- l'administrateur a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, conditionnelle ou pas, coulée en force de chose jugée;
- l'administrateur accomplit des actes de matière à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ou de l'alliance dont elle fait partie;
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité ou de l'alliance dont elle fait partie.

Le Conseil d'Administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité absolue des votes exprimés.

Lorsqu'il faut voter au sujet de personnes, il y a scrutin secret.

ARTICLE 35

Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée Générale.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs ou, encore, à une ou plusieurs commissions, dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration en son sein.

Ainsi, le Conseil d'Administration désigne le Comité de Gestion composé du président, des 2 vice-présidents, du directeur pour autant qu'il ait la qualité d'administrateur régulièrement élu, plus trois administrateurs élus en son sein.

S'ils n'ont pas la qualité d'administrateurs régulièrement élus, les membres de la direction y assistent avec voix consultative.

Le Comité de Gestion ainsi constitué est chargé par le Conseil d'Administration des actes de la gestion journalière que lui délègue le Conseil ainsi que de l'instruction et de la préparation des dossiers à soumettre au Conseil.

Le Comité de Gestion peut confier des tâches urgentes au Bureau Journalier composé du président, des 2 vice-présidents et du directeur pour autant qu'il ait la qualité d'administrateur régulièrement élu. Le Bureau Journalier est chargé notamment des problèmes de nature confidentielle liés aux personnes ainsi que la nomination et la révocation du personnel de la mutualité.

Le Comité de Gestion compose également la commission pour les marchés publics, établie dans le cadre du Conseil d'Administration.

La commission, sous la responsabilité du Conseil d'Administration et au nom de la mutualité, prend toutes les décisions dans le cadre des marchés publics et des autres conventions contenant des engagements financiers. Les décisions de la commission sont prises valablement si au moins deux des membres sont présents.

La commission peut à son tour habiliter des personnes à signer des actes en son nom et à engager la mutualité à l'égard de tiers, ces personnes ne seront compétentes que pour ce qui concerne l'exécution des décisions prises par la Commission pour les marchés publics.

En aucun cas cette commission ne peut empiéter sur les compétences de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 36

Le Conseil d'Administration élit en son sein un président, deux vice-présidents.

Le président de la mutualité ne peut pas être un membre du personnel.

En vertu de l'article 25 de la loi du 6 août 1990, le directeur nommé sur avis conforme de l'alliance, exerce la fonction de secrétaire du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale. Il doit rendre des comptes à l'Union nationale.

ARTICLE 37

Le président est chargé de diriger l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration.

Les membres du Conseil d'Administration désignent la personne qui représente la mutualité dans les actes judiciaires et extrajudiciaires.

Le président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale l'étant par les administrateurs.

ARTICLE 38

Le secrétaire fait tous les écrits requis, il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives.

Il assume, en outre, la direction générale du secrétariat. Il est responsable devant le Comité et le Conseil d'Administration de la bonne marche des services. Il est secondé dans ses tâches par les membres de la direction.

ARTICLE 39

Le trésorier est responsable vis-à-vis du Conseil d'Administration des finances de la mutualité, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques, ainsi que de la situation financière.

A chaque Assemblée Générale, le Conseil d'Administration fait rapport de la situation financière.

CHAPITRE V LES OPERATIONS ET SERVICES DE LA MUTUALITE:

AVANTAGES, CONDITIONS D’AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS

PREAMBULE

Assurance Obligatoire contre la Maladie et l'Invalidité

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité visé à l'article 2 a) des présents statuts, est assurée par les services administratifs de la Mutualité; à savoir les services accueil, assurabilité, indemnités, médecin-conseil, soins de santé, conseillers mutuellistes, informatique, comptabilité, social, pension, infor-santé.

Pour ses membres affiliés et leurs personnes à charge, la Mutualité organise les services visés à l'article 2 des présents statuts selon les modalités prévues à cet effet par le présent chapitre.

Section 1 - Règles générales

ARTICLE 40

- A.- L'affiliation à la Mutualité permet au membre de bénéficier des avantages prévus par les présents statuts, à condition que:
- 1° le stage, prévu pour chaque service et opération, et qui est fixé en principe à six mois sauf avis contraire, soit accompli;
 - 2° les cotisations, en ce compris celles afférentes à la période de stage soient payées;
 - 3° l'âge maximum, prévu pour chaque service, ne soit pas dépassé.
- B.- Les personnes à charge sont bénéficiaires des opérations et services organisés par les présents statuts, dès que leur inscription comme bénéficiaires est acquise; pour autant que le titulaire ne soit pas en période de stage.

La présente disposition s'applique sans préjudice des dispositions reprises dans l'article 8 Types de membres.

ARTICLE 40 bis

Si un stage d'attente est prévu, il ne s'applique pas à la personne qui, avant l'affiliation à la mutualité, était affiliée à un service ou opération similaire d'une autre entité mutualiste et qui n'avait pour cela pas de stage à accomplir ou qui a accompli entièrement ce stage.

Si un stage d'attente est prévu et que la personne, immédiatement avant l'affiliation à la mutualité, était affiliée à un service similaire d'une autre entité mutualiste et n'avait pour cela pas encore accompli entièrement le stage, le stage à accomplir dans la mutualité en application des présents statuts est réduit de la durée du stage effectué par cette personne pour le service similaire.

ARTICLE 41

- A. Les cotisations sont dues à partir de l'entrée en vigueur de l'affiliation, tel que défini par l'article 7 et pour chaque mois entamé.
- B. Les membres s'engagent à payer les cotisations pour les services et opérations.
- C. Les cotisations sont réclamées par ménage mutualiste, dans le chef du titulaire.
- D. Le montant annuel des cotisations pour les services et opérations organisés par la mutualité

est fixé dans le tableau des cotisations se trouvant en annexe des présents statuts. Ce tableau fait partie intégrante des statuts.

- E. L'action en paiement des cotisations pour les services et opérations offerts se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

ARTICLE 41 bis

Les catégories suivantes de membres paient une cotisation de 0,00 € :

- les personnes de moins de 21 ans, atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %, tel que visé à l'article 37, § 19, 5 ° de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrites comme titulaires auprès de la mutualité et ses personnes à charge ;
- Les personnes de moins de 25 ans, à qui l'une des interventions visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux interventions aux personnes handicapées est accordée, tel que visé à l'article 37, § 19, 4 ° de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrits comme titulaires auprès de la mutualité et ses personnes à charge ;

ARTICLE 42

La demande d'obtention des avantages dans le cadre des services et opérations organisés par la mutualité se prescrit deux ans après l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage.

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services au sens de l'article 7, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Cette prescription n'est pas applicable lorsque l'octroi indu d'interventions financières et indemnités a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

L'action en paiement des cotisations pour les services visés aux articles 2 b et c, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

L'action en remboursement des cotisations payées indûment pour les opérations et services visés aux articles 2 b et c, se prescrit par cinq ans à compter du jour où le paiement des cotisations indues a été effectué.

Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

La prescription est suspendue pour cause de force majeure.

ARTICLE 42 bis

a) Lorsque l'assurance obligatoire, l'assurance contre les accidents du travail, le Fonds des maladies professionnelles, les pouvoirs publics ou une assurance, une caisse, un fonds, un organisme ou une institution créés par les pouvoirs publics, prévoit une prise en charge ou une intervention, la mutualité n'intervient qu'après déduction de la prise en charge ou intervention prévue.

b) Lorsqu'une assurance à laquelle l'affiliation est légalement obligatoire prévoit une prise en charge ou une intervention, la mutualité n'intervient qu'après déduction de la prise en charge ou intervention prévue.

Ces dispositions s'appliquent dans la mesure où elles n'ont pas pour effet que :

- la somme de toutes les prises en charge ou interventions susvisées pour les bénéficiaires ayant droit à l'intervention majorée serait inférieure à celle pour les bénéficiaires qui n'y ont pas droit ;
- le bénéficiaire se verrait refuser un avantage au motif que la prise en charge ou l'intervention susvisée n'est accordée qu'après la fin du délai de prescription visé à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 42 ter

La mutualité est subrogée à concurrence des avantages octroyés dans tous les droits que les bénéficiaires peuvent faire valoir à l'égard de tiers du chef du dommage subi.

Section 4 - Assurance complémentaire, prestations et services

Cette section est d'application générale à tous les bénéficiaires, membres affiliés ainsi qu'à leurs personnes à charge, selon les modalités décrites ci-après.

1° NAISSANCE et adoption code classification 15

ARTICLE 43

Ce service octroie :

- aux futures mamans, à partir du 3^e mois de grossesse, un cadeau ayant trait à la santé d'une valeur de 35 € en collaboration avec la SCRLFS Qualias Brabant wallon (N° 0462.280.917).
Le cadeau sera accordé sur présentation d'un certificat médical ou du décompte de la prestation 469895 (échographie du premier trimestre).
- 400 € de chèque-cadeaux ayant trait à la santé à valoir dans les magasins SCRLFS Qualias Brabant wallon (N° 0462.280.917) ou 300 € de prime de naissance lors de l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté à la MC109.

L'intervention est choisie par le membre.

Le droit à l'intervention est ouvert par le titulaire. L'avantage est alloué au titulaire pour autant que :

- Celui-ci soit membre de la mutualité le jour de la naissance ou de l'adoption sur la présentation d'un extrait d'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant
- L'enfant soit à sa charge au sens de la législation assurance obligatoire.

Il n'est octroyé qu'une seule fois par enfant. En d'autres termes, un seul titulaire peut bénéficier d'une prime de naissance ou d'adoption pour le même enfant. Ceci a notamment pour conséquence qu'une prime d'adoption ne pourra pas concerner l'adoption par le titulaire de l'enfant ou des enfants de son cohabitant qui a déjà bénéficié d'une prime de naissance en tant que titulaire de la mutualité.

Les naissances multiples donnent droit à des primes multiples. La prime est due dans l'éventualité où l'enfant serait mort-né.

- à la jeune maman qui vient d'accoucher et qui a fait le choix de recourir au dispositif « retour au domicile prématuré » proposé par des hôpitaux en collaboration avec l'ASBL Aide & Soins à domicile en Brabant wallon (siège social : Chaussé de Namur 52 C 1400 Nivelles), 8 heures de prestations d'aides à la vie journalière prestés par la dite ASBL et ce dans les 2 mois à dater de l'accouchement

La mutualité remboursant directement l'ASBL susmentionnée, le coût du service en question

n'est alors pas facturé au membre.

2° INDEMNITE "SEJOUR ENFANT" code classification 15

ARTICLE 44

L'intervention est de plusieurs types :

1. La Mutualité alloue une indemnité journalière du coût du séjour avec un maximum de 10 € par jour, plafonné à 100 € par an, à tout enfant bénéficiaire de moins de 18 ans, en cas de participation
 - a. Aux camps des mouvements de jeunesse agréés ONE à l'exception de l'asbl « Jeunesse et Santé »
 - b. Aux stages et plaines de vacances agréés ONE ou ADEPS à l'exception de l'asbl « Jeunesse et Santé »
 - c. Aux séjours résidentiels agréés ONE
 - d. Aux classes de dépaysement

L'indemnité journalière est portée à maximum 20 € par jour et plafonnée à 200 € par an lorsque l'enfant bénéficie d'une allocation familiale majorée pour handicap.

2. Par ailleurs une intervention dans les frais de formation de base à l'animation organisés par Jeunesse et Santé asbl est allouée au membre titulaire pour les personnes à charge. L'intervention se monte à 100 € par cycle de formation. Cette intervention est directement prise en compte dans le montant facturé par J&S.

Pour pouvoir bénéficier de ces avantages, il faut être membre durant la totalité de la durée du séjour concerné. Par ailleurs, l'intervention ne peut dépasser le coût du séjour.

3° ABONNEMENT AUX CLUBS DE SPORT et Diététique "code classification 15

ARTICLE 45

Objectif

Le service a pour objectif de promouvoir sur le territoire belge

- A. la pratique d'une activité physique saine et régulière en accordant un remboursement partiel de leurs frais d'abonnement à un club ou à une infrastructure de sport.
- B. De couvrir partiellement les frais de diététique (honoraires de consultation) concourant au maintien de la forme,

Bénéficiaires

Les bénéficiaires de ce service sont les membres qui sont en ordre de cotisation d'assurance complémentaire. Le bénéficiaire doit être membre de la mutualité et en ordre de cotisation le jour du paiement de son abonnement à un club de sport ou de la séance chez le diététicien.

Montant

L'intervention par année civile et par bénéficiaire est de 40 euros maximum pour la catégorie A (abonnement sportif) et de 40 euros maximum pour la catégorie B (frais de diététique) reprises ci-avant. Elle ne peut dépasser le montant des frais d'abonnement ou les coûts de prestation diététique réellement encourus par le membre.

Remboursement

Pour la catégorie A (Sport), le remboursement s'effectue sur la base d'un formulaire de demande d'intervention fourni par la Mutuelle et complété par le membre et le responsable du club sportif ou de l'infrastructure sportive, du prestataire de service ou, à défaut, de tout autre document attestant des mêmes informations.

Pour la catégorie B (Diététique), une intervention de maximum 10€ par séance.

Pour chaque prestation, les données suivantes doivent être reprises clairement sur le document d'intervention :

- La date de traitement
- Le type de prestataire
- Le montant payé par le patient.
- Le cachet et la signature du prestataire.

4° INDEMNITE "TRANSPORT DES MALADES" - code classification 15

ARTICLE 46 : transport par l'ASBL Altéo - Régionale du BW

La Mutualité intervient dans les frais de transport des bénéficiaires malades uniquement sur le territoire belge.

Par des accords avec l'ASBL Altéo, la Mutualité permet à tous ses membres de bénéficier du service transport en prenant en charge le coût de l'affiliation à concurrence de 50 € par an et par bénéficiaire.

La mutualité remboursant directement l'ASBL susmentionnée, le coût de l'affiliation en question n'est alors pas facturé au membre.

ARTICLE 47 : transport en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, c'est-à-dire séjour en clinique ou en maternité d'au moins une nuit. Les interventions sont limitées à un trajet "aller-retour" par jour.

En particulier pour le transport en taxi ou en voiture :

la Mutualité intervient dans les frais de transport à raison de 15 c par km en VOITURE privée, à raison de 20 c par km en TAXI. Les interventions sont limitées au trajet "domicile - hôpital supérieur à 10kms".

En particulier pour le transport en ambulance :

L'intervention couvrira en outre :

- les traitements ambulatoires en hôpital de dialyse, chimiothérapie ou radiothérapie ;
- les traitements ambulatoires en hôpital des patients souffrant de tétraplégie, hémiplégié.

L'intervention est au maximum de :

0,50 € par km en Véhicule Sanitaire Léger (VSL)

0,75 € par km en AMBULANCE

1,10 € par km en AMBULANCE DE REANIMATION.

L'intervention portera sur les kms parcourus avec une distance maximale correspondant au trajet aller - retour compris entre la base de départ la plus proche du lieu de prise en charge du patient jusque l'hôpital.

Un forfait minimum de 10 € est accordé pour les déplacements en AMBULANCE.

L'intervention financière est également accordée, à l'issue d'une hospitalisation (séjour d'un minimum une nuit), lors du transport, en AMBULANCE uniquement, d'un hôpital vers un centre de convalescence agréé si les frais de déplacement ne sont pas déjà remboursés par un autre service.

ARTICLE 48

Abrogé au 01/01/13

ARTICLE 48 bis

L'intervention financière pour tout type de transport couvert par ces statuts, est limitée à 2500 € par année civile et par bénéficiaire.

L'intervention ne peut dépasser le coût à charge du patient.

ARTICLE 49

La Mutualité offre à partir du 01.01.2000 à ses membres et à leurs personnes à charge les avantages statutairement octroyés par la Société Mutualiste SOLIMUT, dont le siège est établi à Bruxelles et auprès de laquelle elle est affiliée conformément aux dispositions de l'article 43 bis, § 1^{er} de la loi du 06.08.90 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales.

5° THERAPIES ALTERNATIVES - code classification 15

Abrogé au 01/01/15.

6° PRESTATIONS MEDICALES DIVERSES - VACCIN - code classification 15

ARTICLE 51

Remboursement, sans condition d'âge, dans le coût d'achat des vaccins et/ou traitement désensibilisant des personnes allergiques.

Pour faire l'objet d'un remboursement, ces vaccins et/ou traitements désensibilisants doivent être achetés et reconnus en Belgique.

Le service vaccination rembourse 25% des frais restant à charge des membres (frais réellement encourus par les membres déduction faite de tout autre remboursement et de toute ristourne).

Le service n'intervient pas pour les vaccinations qui peuvent être obtenues gratuitement dans les réseaux de vaccination de la petite enfance, de la médecine du travail ou de toute autre réglementation.

L'intervention du service est limitée à 25 euros par bénéficiaire et par année civile. L'intervention est accordée sur base de l'attestation de vaccination dûment remplie par le médecin ayant effectué la vaccination et/ou la preuve de paiement délivrée par le pharmacien.

Si le vaccin est administré dans un centre spécialisé reconnu pour la vaccination lors de voyages, il suffit de remettre une attestation et/ou une facture spécialement conçue du centre de vaccination complétée par le médecin

L'action en paiement de l'avantage se prescrit par deux ans après la fin du mois de la date de l'attestation d'achat fournie par l'officine pharmaceutique.

7° PRESTATIONS MEDICALES DIVERSES - PREVENTION/CONTRACEPTION - code classification 15

ARTICLE 52

Abrogé au 01/01/15

8° FRAIS D'OPTIQUE - code classification 15

ARTICLE 53

Abrogé au 01/01/2019

ARTICLE 53 bis

Abrogé au 01/01/2019

9° INDEMNITE POUR LOCATION DE MATERIEL DE "TELE-ALARME" - code classification 15

ARTICLE 54

Abrogé au 01/01/15

ARTICLE 55

Abrogé au 01/01/15

PRESTATIONS DE SERVICES

1° SERVICE SOCIAL - code classification 37

ARTICLE 55 bis

But :

Le service a pour but d'assurer par un travail social individuel et collectif un service permettant aux bénéficiaires de faire face aux conséquences de toutes formes de vulnérabilités socio-sanitaires dans le champ prioritaire de la santé et de la protection sociale et participer ainsi concrètement à la réduction des inégalités sociales et de santé.

Bénéficiaires :

Ce service s'adresse à tout chacun sans condition.

Avantages:

Le service social a une vocation généraliste offrant un premier accueil, une écoute, ainsi qu'une proposition d'aide et d'accompagnement social, en exécution de la réglementation applicable de l'autorité compétente. Il inclut une offre de service proactive orientée vers des publics plus vulnérables ou confrontés à des événements de vie ou de santé potentiellement déstabilisateurs et assure une veille sociale active afin d'agir sur les causes des problèmes socio-sanitaires identifiés auprès et avec le concours de la population aidée et des services concernés. Aucune aide financière n'est accordée par ce service.

Moyens

Pour la réalisation des avantages qui ne relèvent pas de l'exécution de l'assurance obligatoire, le service est intégralement financé par des moyens mis à disposition par l'autorité compétente.

Il n'est pas octroyé de cotisation de membres à ce service.

par le Titre IV du « Code wallon de l'action sociale et de la santé » institué par l'« Arrêté du Gouvernement wallon du 29 septembre 2011 portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale », publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, deuxième édition et confirmé par le « Décret de la Région wallonne du 1er décembre 2011 », publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, cinquième édition et par l'arrêté du 14 septembre 1987 de l'Exécutif de la Communauté française fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.

Modalités

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et aux directives fixés dans la réglementation applicable de l'autorité compétente, pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010. »

1° SERVICE D'AIDE AUX MEMBRES - code classification 31

ARTICLE 56

Abrogé au 01/01/13

ARTICLE 57

Abrogé au 01/01/13

2° SERVICE DE SOINS A DOMICILE

ARTICLE 58

SERVICE DE SOINS A DOMICILE - code classification 15

Par des accords avec l'ASBL Aide & Soins à domicile en Brabant wallon (siège social : chaussée de Namur 52 C 1400 Nivelles), la Mutualité permet à tous ses membres de bénéficier de soins à domicile de qualité en prenant en charge le coût de l'affiliation à concurrence de 25 € par an. La mutualité remboursant directement l'ASBL susmentionnée, le coût de l'affiliation en question n'est alors pas facturé au membre.

ARTICLE 59

Abrogé au 01/01/2017

3° SERVICE DE PRET DE MATERIEL *Qualias* - code classification 15

ARTICLE 60

La Mutualité oriente ses membres, vers un service de prêt de matériel pour les aider à se procurer le matériel ou les instruments les plus adéquats dont ils ont besoin soit en prêt, soit en acquisition.

À cette fin, une gamme d'appareils dont la liste est jointe en annexe est proposée aux demandeurs en veillant spécialement à l'adaptation du matériel au cas particulier du demandeur. Le Conseil d'administration peut modifier la liste limitative annexée aux statuts à condition que :
la décision du Conseil d'administration soit immédiatement transmise à l'Office de contrôle par courrier recommandé signé par un responsable de la mutualité ;
cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
les modifications soient reprises avec effet rétroactif dans la liste annexée aux statuts à la suite de l'Assemblée générale suivante. Cette liste fait partie intégrante des statuts.

Les membres bénéficient d'une réduction de 50 % sur les prix de location.

En ce qui concerne la lunetterie, Qualias accorde, aux membres de la mutualité chrétienne, une réduction de :

30 % sur les verres correcteurs

20 % sur les montures de lunettes optiques

10 % sur les verres et lunettes solaires, les lentilles et les accessoires

La Mutualité veillera à rechercher le perfectionnement des moyens existants, à assumer le suivi de l'évolution des techniques.

La Mutualité veillera à exercer un rôle de régulateur économique sur le marché du matériel de soin, à procéder à la défense des consommateurs dans le domaine, notamment par sa politique d'achats.

L'organisation concrète du service prêt de matériel est confiée à la SCRLFS Qualias Brabant wallon (N° 0462.280.917), avec laquelle un accord de collaboration a été conclu.

- - -

4° SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE code classification 15

ARTICLE 61

La Mutualité organise pour tous ses membres bénéficiaires, un service d'information et de défense de leurs intérêts en cas de problème lié aux atteintes portées à l'intégrité physique suite à un accident avec tiers responsable, un accident de travail ou une maladie professionnelle.

L'assistance juridique n'est accordée que si une procédure dans le cadre de l'article 136 § 2 de la loi coordonnée du 14/07/94 est pendante en justice et s'il apparaît qu'il y a motif à demander l'obtention d'un dédommagement mieux approprié en faveur du membre.

Très concrètement, l'assistance juridique se traduit en :

- consultations juridiques
- mise à disposition du membre d'un avocat qu'elle désigne. Elle avance ou prend en charge la totalité ou une partie (voir ci-dessous, prise en charge de la procédure en justice) des frais et honoraires de cet avocat.

Conditions d'octroi

- Dès que le litige survient, le membre doit informer immédiatement, par écrit, le service d'assistance juridique
- Le membre doit transmettre à ce service tous les éléments de preuves permettant d'évaluer ses chances de succès en justice, ceci à ses frais.
- Pour chaque décision, la décision d'octroi de l'assistance en justice est prise par le service d'assistance juridique, une nouvelle décision est nécessaire en cas d'appel ou de recours en cassation.
- La décision d'octroi de l'assistance en justice est liée à l'accord du membre au sujet des moyens juridiques qui seront développés devant le tribunal.
- L'assistance en justice se limite aux litiges portés devant les juridictions belges.

L'assistance en justice est refusée

- Lorsqu'un règlement à l'amiable par le service assistance juridique est rendu impossible par le comportement du membre
- Lorsque le service assistance juridique estime que la procédure en justice n'a pas de chance d'aboutir favorablement ou que son coût est disproportionné par rapport aux avantages escomptés.
- Si les informations ou données transmises par le membre sont manifestement erronées, incomplètes ou fausses, dans ce cas les frais et honoraires déjà pris en charge devront être remboursés par le membre.
- Si le litige est né avant l'affiliation à l'assurance libre complémentaire de la mutualité.

Prise en charge de la procédure en justice :

Honoraires et frais d'avocat

- La mutualité chrétienne fait l'avance des honoraires et frais d'avocat
- Si le membre perd le procès, ces frais et honoraires restent définitivement à charge de la mutualité chrétienne
- Si le membre gagne le procès, il rembourse le montant des frais et honoraires à la mutualité avec un maximum égal à 10 % des sommes qui lui sont octroyées.

Honoraires et frais judiciaires

- La mutualité chrétienne fait l'avance des frais judiciaires (frais d'huissiers et frais d'expertise)

- Si le membre perd le procès, ces frais tombent à charge de la mutualité chrétienne.
- Si le membre gagne le procès, ces frais ainsi que l'indemnité de procédure tombent à charge de la partie adverse. Le membre reverse ces sommes à la mutualité chrétienne.

5° SERVICE D'AIDE AUX MALADES code classification 15

ARTICLE 62

Le fonds social octroie sur base d'un rapport établi par le service social de la mutualité une aide financière. Le rapport social contient une description de la situation sociale et médicale, ainsi qu'une estimation du montant de l'aide à apporter.

Cette aide, unique sur l'année civile, est plafonnée à 550€ par année et ne peut excéder le coût de la prestation.

Peuvent en bénéficier les membres résidant en Belgique dont la moyenne économique journalière (somme d'argent disponible par jour et par personne pour se nourrir, se vêtir, se distraire) est inférieure à 7 euros avec un maximum de 75 % de la somme totale qui reste à charge de la personne. Pour ceux dont la moyenne économique est comprise entre 7 et 10 euros, une intervention maximum de 50% de la somme totale qui reste à charge de la personne. Cet indice part du principe qu'il existe une contribution financière du Bénéficiaire.

et qui :

sont en incapacité de travail au sens de l'AMI
 et/ou sont en invalidité au sens de l'AMI
 et/ou sont bénéficiaires du régime BIM et/ou bénéficient d'une allocation accordée à la personne handicapée par le SPF sécurité sociale, DG personnes handicapées. et/ou sont bénéficiaires du revenu d'intégration sociale accordé par le CPAS
 et/ou famille monoparentale

Conditions

Entrent en considération pour une intervention :

- les frais exceptionnels et élevés consécutifs à l'état de santé, à un traitement médical ou à des soins :
 - qui n'entrent pas en considération pour une intervention dans le cadre de l'assurance soins ou de la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé après déduction de l'intervention payée ou à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le Fonds des maladies professionnelles et toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, d'une caisse, d'un fonds, d'un organisme ou d'une institution ;
 - qui ont été encourus durant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention ;
 - Après une demande d'intervention du membre au CPAS de sa commune.

Intervention dans les domaines ci-dessous :

- Les soins médicaux, paramédicaux et de revalidation.
- Les frais de transport médico-sanitaires.
- Les frais de maintien à domicile.
- Les frais d'aide matérielle qui permet à la personne de maintenir au maximum son autonomie, de compenser son handicap ou de prévenir son aggravation (arrêté du gouvernement wallon fixant les conditions et les modalités d'intervention individuelle à l'intégration des personnes handicapées - MB du 07/07/2009).
- Les frais d'activité de prévention-santé

Attention, En cas d'hospitalisation, les suppléments facturés suite au choix de séjourner dans une chambre individuelle ne sont pas pris en considération.

Preuves :

-Les devis et factures d'interventions.

6° SERVICE D'ENTRAIDE ENTRE PERSONNES MALADES, VALIDES OU HANDICAPEES - ALTEO - code classification 72

ARTICLE 63

Abrogé au 01/01/13

ARTICLE 64

Abrogé au 01/01/13

7° SERVICE D'ENTRAIDE AUX (PRE)PENSIONNES code classification 73

ARTICLE 65

Abrogé au 01/01/13

8° SERVICE DE LOISIRS ET DE VACANCES POUR ENFANTS code classification 70

ARTICLE 66

Abrogé au 01/01/13

9° SERVICE DE LOGOPEDIE code classification 02

ARTICLE 67

Abrogé au 01/01/12

10° PROMOTION DE LA SANTE code classification 15

ARTICLE 68

Ce service est abrogé à partir du 01 janvier 2014 à l'exception des dispositions transitoires pour les traitements orthodontiques entamés jusqu'au 31/12/13 au sein de l'ASBL-Santé et Participation, Place Sainte Anne, 13 1420 Braine l'Alleud avec laquelle la Mutualité a conclu un accord.

Pour tout traitement orthodontique entamé au plus tard le 31/12/13, la Mutualité rembourse au membre le montant qui reste à sa charge après intervention de l'assurance obligatoire. Le remboursement ne peut pas être supérieur au coût pris en charge par le membre.

- Le remboursement est effectué, sur base de l'attestation de soins.
- Pour les soins orthodontiques,
 - o L'intervention est attribuée aux membres de moins de 18 ans
 - o l'intervention de l'assurance complémentaire est plafonnée à 110 € par année civile.

C. FONDS DE PROMOTION code classification 37

ARTICLE 69

La Mutualité a créé un fond destiné à faire connaître, selon des formes adéquates, l'ensemble des services et opérations.

ARTICLE 70

Abrogé au 01/07/12.

D. COTISATION ADMINISTRATIVE code classification 98

ARTICLE 71 Centre administratif - Centre de répartition

Le centre administratif (98/1), distinct du service administratif (98/2) mentionné à l'article suivant, a une fonction de centre de répartition de frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé y seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur base de clés objectives. A l'issue de l'exercice comptable, ce centre administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.

Article 71 bis - Service administratif - Résultat des frais d'administration de l'assurance obligatoire

Le service administratif (98/2), distinct du centre administratif (98/1), a pour but :

1. la gestion de la réserve comptable des frais d'administration de l'assurance maladie obligatoire résultant de l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
2. la gestion de la cotisation destinée à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire conformément à l'article 1er, point 4 de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 ;

Les produits et charges déterminés par l'Office de contrôle sont également attribués au **service** administratif (code 98/2).

Article 71 ter - Patrimoine - code classification 93

La Mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'A.S.B.L. "Prévoyance et Santé" qui en contrepartie de la cotisation prévue à cet effet, se portera garant de gérer les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation des objectifs prévus à l'article 2.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL Patrimoine telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

ARTICLE 72 Presse et documentation. code classification 37

La mutualité organise un service presse et documentation dont le but est de donner aux membres une information correcte concernant les règlements, droits et devoirs relatifs aux problèmes mutualistes et de santé par abonnement au journal "En Marche" et/ou par documentation.

Article 72 bis - Subvention de structures socio-sanitaires

La mutualité octroie un financement aux structures socio-sanitaires suivantes, sous forme d'une subvention maximale mentionnée à l'annexe aux statuts. Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

La subvention, octroyée par la mutualité à un bénéficiaire, ne peut en aucun cas servir à financer un avantage individuel particulier pour les membres mutualistes chrétiens par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité subventionnée.

1. l'ASBL « Enéo » dont le siège est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579 - code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL Enéo dont l'objet social est d'encourager la participation et l'engagement des (pré)pensionnés dans la vie sociale, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL Enéo telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

2. l'A.S.B.L. « Jeunesse et Santé » , dont le siège est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579- code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Jeunesse et Santé' dont l'objet social vise à promouvoir l'épanouissement de la jeunesse, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Jeunesse et santé' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

3. l'A.S.B.L. « Altéo », dont le siège social est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579- code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Altéo' dont l'objet social est de favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale de personnes rencontrant des limites significatives d'ordre physique, mentale ou de santé, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Altéo' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

4. l'A.S.B.L. « Solival », dont le siège social est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579- code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Solival' dont le but social vise à aider les personnes handicapées à conserver leur autonomie, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Solival' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

5. l'A.S.B.L. « Aide & Soins à Domicile en Brabant wallon », dont le siège social est situé à 1400 Nivelles, chaussée de Namur 52 c - code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Aide & Soins à Domicile en Brabant wallon ' dont le but social est de mettre à la disposition de la population des services de soins à domicile intégrés, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Aide & Soins à Domicile en Brabant wallon ' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

6. L'ASBL «Axedis», dont le siège social est situé à 1300 Limal, Rue de la Station, 13 - code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Axedis' dont l'objet social est d'organiser et gérer dans la province du Brabant wallon des institutions tendant à l'aide aux handicapés et à leur intégration socio-professionnelle, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Axedis' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts

7. L'ASBL « L'Exception », dont le siège social est situé à 1400 Nivelles, Boulevard des Archers, 58 - code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'L'Exception' dont l'objet social est de faciliter l'intégration des personnes handicapées et l'acquisition ou la conservation de leur autonomie dans toutes les sphères de la vie courante, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'L'Exception' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts

8. L'Organisation non gouvernementale « APROSOC » - Action pour la Protection Sociale située à Cotonou, Quartier Arconville lot 3 Parcelle B au Bénin, classification 38¹

But :

Soutenir APROSOC dont l'objet est le suivant : (articles 5 à 9 de leurs statuts)

VISION³

APROSOC veut être une organisation forte, crédible, reconnue, respectueuse de la légalité et consultée en matière de protection sociale et de mutualité et qui développe progressivement des activités économiques et une offre de soins mutualiste de qualité au plan national, régional et international.

MISSION

APROSOC a pour mission l'extension et le renforcement de la protection sociale à toutes les couches de la population, notamment les travailleurs ruraux et informels, les élèves et écoliers et les groupes sociaux vulnérables (orphelins et enfants vulnérables, personnes âgées, indigents, enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, les personnes vivant avec le VIH et les veuves).

BUT

Le but d'APROSOC est d'œuvrer pour un socle de protection sociale pour les populations en général et les travailleurs ruraux et informels à travers la promotion et le développement des mécanismes alternatifs de protection sociales et les actions politiques.

OBJECTIFS

Objectif Général

Etendre la protection sociale aux acteurs de l'économie informelle et le monde rural y compris les indigents et autres catégories sociales exclues.

Objectifs Spécifiques

- ✓ Faciliter l'accès financier des populations aux soins de santé de qualité à travers les mutuelles sociales.
- ✓ Promouvoir la santé à travers des actions préventives, de dépistage, de vaccination et de nutrition.
- ✓ Contribuer à l'émergence d'une médecine scolaire.

¹ Cette modification entre en vigueur au 01/07/2015

- ✓ Contribuer au renforcement du mouvement mutualiste béninois.
- ✓ Améliorer et renforcer les relations entre prestataires de soins et usagers des services de santé.
- ✓ Promouvoir et développer progressivement une offre de soins mutualiste.
- ✓ Développer progressivement des activités économiques mutualistes.

Domaines d'intervention

APROSOC est une organisation pour la protection sociale et ses domaines d'intervention sont en lien avec la thématique. Il notamment de :

- Promotion, développement et renforcement des mutuelles sociales.
- Développement des actions d'éducation à la santé, de dépistage et de nutrition.
- Plaidoyer et actions politiques en faveur de la protection sociale et de la mutualité.
- Conseils et accompagnement juridique des mutuelles sociales en matière de protection sociale, d'assurance maladie universelle et de mutualité.
- Recherche et capitalisation.
- Développement et gestion d'offres de soins mutualistes.
- Développement et gestion d'activités économistes mutualistes.
- Renforcement des capacités des acteurs d'APROSOC (Bénévoles et salariés).

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ONG APROSOC telle que mentionnée à l'annexe des statuts

9. L'ASBL « Mobilité en Brabant wallon », dont le siège social est situé à 1300 Wavre, Chaussée de Bruxelles, 5- code classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Mobilité en Brabant wallon' dont l'objet social est de faciliter le déplacement des personnes à mobilité réduite, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Mobilité en Brabant wallon' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

10. L'ASBL « Santé et participation », dont le siège social est situé Place Sainte Anne, 13 à 1420 Braine l'Alleud, code de classification 38

But :

Soutenir l'ASBL 'Santé et participation' dont l'objet social est de développer une offre de soins dentaires de qualité à des tarifs respectant les conventions Inami, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Santé et Participation' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

11. L'ASBL « EnéoSport », dont le siège social est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579- code classification 38²

But :

Soutenir l'asbl EnéoSport dont l'objet social est :

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

² Cette modification entre en vigueur au 01/11/2015

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'EnéoSport' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

12. L'ASBL « Rémésio province du Brabant wallon », numéro d'entreprise 0728.670.730, dont le siège social est situé à 1400 Nivelles, Boulevard des Archers, 54 -code classification 38³³

But :

Soutenir l'asbl Rémésio province du Brabant wallon dont l'objet social est :

- de soutenir l'action d'entraide, de solidarité et de prévoyance, ainsi que toute action médico-sociale dans l'environnement de la Mutualité chrétienne de la province du Brabant Wallon.

Elle a également pour but de procurer à tous organismes ou institutions, constitués dans le même but, toute aide matérielle et morale destinée à leur faciliter la réalisation de leur objet social.

Pour la réalisation de ces buts, l'association peut organiser tout service et exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet.

Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sien, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.

Elle peut conclure toute convention de partenariat avec des personnes morales poursuivant des buts identiques ou similaires sien et leur accorder éventuellement des prêts financiers.

Fonctionnement :

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Rémésio en province du Brabant wallon' telle que mentionnée à l'annexe aux statuts.

COTISATION

ARTICLE 73

La cotisation due figure en annexe des présents statuts. Ce tableau fait partie intégrante des statuts.

ARTICLE 74

La Mutualité offre à partir du 01.01.2000 à ses membres et à leurs personnes à charge les avantages statutairement octroyés par la Société Mutualiste SOLIMUT, dont le siège est établi à Bruxelles et auprès de laquelle elle est affiliée conformément aux dispositions de l'article 43 bis, § 1^{er} de la loi du 06.08.90 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales.

³ Cette modification entre en vigueur au 07/11/2019

CHAPITRE VI

BUDGETS ET COMPTES

ARTICLE 75

Les règles comptables sont fixées par l'article 29 de la loi du 6 août 1990.

Pour chacun des services et opérations mentionnés à l'article 2, b des présents statuts, la mutualité emploie les comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 § 3, 2° de la loi du 6 août 1990, modifiée par l'article 56 de la loi du 20 juillet 1991.

Les recettes de chacun des services et opérations sont constituées par :

- les cotisations mentionnées à l'article 58, 86, 87 § 41;
- les subsides de pouvoirs publics;
- les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux;
- les intérêts ainsi que le bénéfice sur titre réalisé afférents à chacun d'eux.

Chaque opération et service doit supporter une quote-part des frais d'administration des pertes sur titres et des dépenses résultant de l'application de ces statuts.

En application de l'article 78, alinéa 1^{er}, points 3 et 4 de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, § 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, aux termes duquel les produits financiers sont répartis entre les services et groupes de services de l'assurance complémentaire sur la base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces différents services ou groupes de services. Si la somme des disponibilités d'un service ou d'un groupe de services est négative, aucune part n'est attribuée mais un intérêt débiteur peut être imputé à ce service ou à ce groupe de services, à hauteur du taux d'intérêt moyen effectif des revenus placements pour l'exercice considéré.

En application de l'articles 74 et 75, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, § 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités :

- Les produits et charges techniques, à savoir les produits et charges afférents, par nature, directement à un service déterminé de l'assurance complémentaire, tels les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les prestations, les variations des provisions techniques, sont directement imputés à ce service ;
- Les charges, autres que techniques et notamment les frais de personnel, les charges en matière d'infrastructure et d'équipement et les autres charges d'exploitation, doivent être imputées à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une part et aux différents services ou groupes de services de l'assurance complémentaire, d'autre part, sur la base d'une analyse des charges effectives afférentes à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le patrimoine de la mutualité ne peut être affecté à d'autres fins que celles qui sont expressément définies par les présents statuts.

Le patrimoine de la mutualité doit être placé conformément aux dispositions de l'article 29 § 4 de la loi du 6 août 1990.

C H A P I T R E V I I

MODIFICATIONS DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS *****

ARTICLE 76

Toute proposition tendant à modifier les statuts et les règlements spéciaux est présentée au Conseil d'Administration avant décision à l'Assemblée Générale .

Exception : Toute proposition de modification statutaire contresignée par au moins un cinquième des membres de l'Assemblée Générale ou introduite pendant la séance de cette Assemblée Générale doit être soumise à celle-ci selon les modalités prévues aux articles 10, 11, 15 et 16 de la Loi du 6 août 1990.

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une assemblée générale dont les décisions doivent, pour être valables, réunir les suffrages des deux tiers des délégués présents ayant droit de vote. Les contacts officiels avec le service de contrôle au nom et à l'attention des mutualités ont lieu par l'Alliance. Les documents qui doivent être envoyés à l'Office de contrôle en application de l'article 35 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991 doivent, d'abord, être envoyés à l'"Alliance".

ARTICLE 77

§ 1 - En cas de cessation d'un ou plusieurs services ou opérations visés à l'article 2 b de ces statuts, les actifs résiduels sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres. Les décisions de l'assemblée générale relatives à la cessation de services et opérations et à l'affectation de leurs actifs résiduels sont soumises à l'application des articles 10, 11 et 12, § 1er, alinéa 3 de la loi du 6 août 1990.

§ 2 La mutualité peut être dissoute sur décision de l'assemblée générale convoquée spécialement à cet effet et qui délibère valablement que si la moitié des membres sont présents ou représentés et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents. En cas de dissolution, la liquidation doit être opérée conformément aux articles 45 et 48 de la loi du 6 août 1990.

En cas de dissolution de la mutualité, les actifs résiduels de ses services visés à l'article 2 b de ces statuts, sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres. L'indemnisation des membres visés par l'alinéa 1er peut s'effectuer sur une base actuarielle. S'il ressort des comptes de la liquidation, après l'apurement de toutes les dettes et la consignation des sommes dues à certains créanciers, que des actifs résiduels subsistent, l'assemblée générale décide la destination à donner aux actifs résiduels, dans le respect de ses buts statutaires.

ARTICLE 78

Pendant la durée de la mutualité, tout partage des fonds est interdit.

CHAPITRE VIII

ENTREE EN VIGUEUR

ARTICLE 79

Ces statuts entrent en vigueur au 17/06/2020.

Annexe 0 aux statuts - Tableau de cotisations de l'entité : 109 - CARITAS -
Fédération des mutualités chrétiennes du Brabant wallon

Version: 2020/1

Date d'approbation: 07/11/2019

Date d'application: 01/01/2020

Statut: A0 – approuvé par l'OCM

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

Cat.3: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et sans personnes à charge

Cat.4: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et avec personnes à charge

Références (articles des statuts)

41 bis

41 bis

A. Cotisations propres

Services		Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
Code	Nom			Cotisations normales		Cotisations réduites	
				Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
15	Autres opérations	0	Divers	34,16	34,16	0,00	0,00
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	69 et 72	0,41	0,41	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	10	72 bis	10,14	10,14	0,00	0,00
93	Patrimoine	1	71 ter	0,00	0,00	0,00	0,00
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	-	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	71	12,00	12,00	0,00	0,00
Total				56,71	56,71	0,00	0,00

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0418.415.834	EnéoSport
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0414.474.169	Enéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0458.197.217	L'Exception
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0867.868.007	Mobilité en Brabant Wallon
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.383.442	Altéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0424.249.492	Santé et Participation
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0411.971.074	Jeunesse et Santé ASBL
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.674.974	Aide & Soins à domicile en Brabant Wallon
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0460.213.530	Solival
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0465.786.674	Axedis
93	Patrimoine	0408.592.803	Prévoyance et Santé du Brabant Wallon

B. Union nationale + Société(s) mutualiste(s)

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2019/2	01/01/2019	82,32	82,32	0,00	0,00
Total				93,29	93,29	0,00	0,00

Total A + B

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
109	CARITAS - Fédération des mutualités chrétiennes du Brabant wallon	2020/1	01/01/2020	56,71	56,71	0,00	0,00
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2019/2	01/01/2019	82,32	82,32	0,00	0,00
Total				150,00	150,00	0,00	0,00

Annexe 1 aux statuts⁴ (années 2018 et 2019) - présentée à l'AG du 17 juin 2020

Aperçu subventionnement de l'ASBL Patrimoniale

ASBL Patrimoniale (article statutaire 71 ter)	Subvention 2018	Subvention 2019
L'ASBL « Prévoyance et Santé »	50.000 €	0 €

Aperçu subventionnement de structures socio-sanitaires

Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires visées à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Entité subventionnée (article statutaire 72 bis)	Subventions 2018	Subventions maximales 2019	Subventions 2019
L'ASBL « Enéo »	84.401,43 €	100.000 €	67.487,67€
L'ASBL « Enéo Sport »	22.615,64 €	50.000 €	18.475,45€
L'ASBL « Jeunesse et Santé »	41.145,05 €	50.000 €	36.018,71€
L'ASBL « Altéo »	58.161,46 €	120.000 €	79.626,27€
L'ASBL « Solival »	24.452,20 €	25.000 €	25.000€
L'ASBL « Aide & Soins à Domicile en Brabant wallon »	75.000 €	25.000 €	0€
L'ASBL « Axedis »	45.000 €	45.000 €	45.000€
L'ASBL « L'Exception »	3.000 €	3.000 €	3.000€
APROSOC - Action pour la protection sociale (Bénin)	30.000 €	30.000 €	27.000€
L'ASBL « Mobilité en Brabant wallon »	16.000 €	22.500 €	22.500€
L'ASBL « Santé et Participation »	158.862,22 €	120.000 €	120.000€

Les subventions sont fixées annuellement par l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut modifier les subventions envisagées pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- la décision du Conseil d'administration est aussitôt transmise à l'Office de contrôle par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
- les modifications sont reprises dans les statuts avec effet rétroactif à l'occasion de l'Assemblée générale suivante.

⁴ Ce tableau entre en vigueur au 17 juin 2020.

Annexe 3 aux statuts – Qualias liste articles réductions

Remise optique client MC	10% montures solaires 10% lentilles de contact 10% accessoires 20% montures optique 30% verres
Remise optique client non MC	0%
Remise bandagisterie client MC	10, 15 ou 20% selon le fournisseur
Remise bandagisterie client non MC	0% sauf promotions mensuelles
Remise sur matériel INAMI	0%
Remise locations membres MC	50%