

MUTUALITE : O.A. N° 128
MUTUALITE CHRETIENNE DU HAINAUT ORIENTAL

Etablie à
Rue du Douaire, 40
6150 ANDERLUES

Reconnue par Arrêté Royal du 27 juin 1900
(Moniteur belge du 29-30 octobre 1900)

Affiliée à

- l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (OA 100)
 - la Société Mutualiste Solimut (OA 180/2)
- la Société Mutualiste d'Assurances MC Assure (OA 150/02)
- la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Chrétiennes pour la Région wallonne ((OA180/07)
- la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Chrétiennes pour la région de Bruxelles-Capitale (OA180/06)
 - la Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM - Zorgkas Vlaanderen (OA180/03)

STATUTS

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} janvier 2020

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été décidées par l'assemblée générale de la mutualité le 2 décembre 2020 et approuvées par le Conseil de l'Office de Contrôle des Mutualités en date du 26 mars 2021.

L'office de contrôle a approuvé les dispositions statutaires suivantes sous réserve d'une ou plusieurs modifications à apporter : **article 44**
Les dispositions concernées par une réserve de l'office de contrôle apparaissent sous la forme d'un texte souligné et écrit en caractère gras et italiques.

Ces statuts, ainsi que ceux de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et ceux des sociétés mutualistes Solimut, MC Wallonie, MC Bruxelles et CM Zorgkas sont publiés sur Internet à l'adresse

<http://www.mc.be/la-mc/hainaut-oriental/statuts.jsp>

[\(Table des matières en fin de document : cliquez ici\)](#)

TEXTE COORDONNE
en vigueur à partir du 01. 01. 2020
(Assemblée Générale du 02.12.2020)

Préambule ¹

Textes de base au 01.01.1995 approuvés par le Ministre des Affaires Sociales en date du 23.12.1994 (Moniteur Belge du 11.01.1995)

Nouvelle numérotation des articles au 01.01.2006 - AG du 06.10.05

Nouvelle dénomination à partir du 01.01.2008 - AG du 21.06.07

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

Vu la loi du 26/04/2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) et ses arrêtés d'exécution.

Vu la loi du 02/06/2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (II) 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.

Après délibération, aux dates indiquées ci-dessous, ces-décisions ayant été approuvées par le conseil de l'Office de Contrôle des Mutualités aux dates indiquées :

Date AG statutaire	Date accord OCM	Date AG statutaire	Date accord OCM
6 octobre 2005	19 décembre 2005	26 juin 2014	02 octobre 2014
19 octobre 2006	15 janvier 2007	23 octobre 2014	18 décembre 2014
21 juin 2007	15 octobre 2007	25 juin 2015	01 octobre 2015
4 octobre 2007	21 janvier 2008	22 octobre 2015	25 février 2016
13 octobre 2007	21 janvier 2008	21 juin 2016	27 octobre 2016
19 juin 2008	24 juillet 2008	27 octobre 2016	23 février 2017
16 octobre 2008	22 décembre 2008	26 octobre 2017	8 février 2018
25 juin 2009	14 septembre 2009	25 juin 2018	31 août 2018
22 octobre 2009	21 décembre 2009	25 octobre 2018	04 février 2019
28 octobre 2010	14 mars 2011	20 juin 2019	25 octobre 2019
23 juin 2011	25 octobre 2011	24 octobre 2019	30 janvier 2020
29 septembre 2011	16 janvier 2012	02 décembre 2020	26 mars 2021
a	24 avril 2012		
28 juin 2012	09 octobre 2012		
25 octobre 2012	28 janvier 2013		
20 juin 2013	12 novembre 2013		
17 octobre 2013	16 janvier 2014		

l'assemblée générale de la mutualité nommée ci-dessus a décidé, à la majorité des voix exigée par la loi, de fixer les statuts de la mutualité comme suit :

¹ Préambule remis en forme par l'A.G. du 28.10.2010 – Accord OCM du 12.04.2011

Chapitre Un : Constitution - Dénomination - Buts - Siège social et Circonscriptions de la mutualité

Article 1 - Constitution - Dénomination ²

[Retour TM ↵](#)

Une mutualité a été établie à THUIN, le 19 mars 1900 avec la dénomination "LA PREVOYANCE MUTUELLE".

L'ancienne dénomination : Fédération des Mutualités Chrétiennes de l'arrondissement de Thuin "La Prévoyance Mutuelle" avait été homologuée par arrêté royal du 10 mai 1965.

Suite à la fusion en date du 1er janvier 1995, approuvée par l'Assemblée Générale du 25 juin 1994, ladite mutualité reprend les droits et obligations des deux mutualités absorbées en date du 01.01.1995 et connues antérieurement sous les dénominations suivantes :

- Mutualité Chrétienne du Centre à LA LOUVIERE, constituée le 27 août 1900
- Mutualité Chrétienne de Charleroi à CHARLEROI, constituée le 1er janvier 1963.

Le 1er janvier 1995 elle a adopté la dénomination suivante : "Mutualité Chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie".

Depuis le 1er janvier 2008, la dénomination de la mutualité est « Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental ».

Article 2 - Buts ³

[Retour TM ↵](#)

La mutualité poursuit les objectifs suivants :

- 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, pour laquelle une autorisation lui a été donnée par l'union nationale à laquelle elle est affiliée

L'exécution de l'assurance obligatoire s'effectue sous la responsabilité de l'Alliance nationale. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales et statutaires et les directives de l'Alliance nationale.

- b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b et c de la loi du 6 août 1990 et de l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 :
- l'intervention financière dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ;
 - l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé ;
 - l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance dans l'accomplissement de cette mission ;
 - le financement d'actions collectives et le subventionnement de structures socio-sanitaires telles que visées à l'article 1^{er}, 5^o 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

1. Autres (code OCM 15)

- Matériel de soins
- Orthodontie
- Lunettes et prothèses
- Prestations médicales diverses
- Soins de santé à domicile
- Aide familiale et aux personnes âgées
- Service de prêt
- Conseils d'aide à l'indépendance fonctionnelle de personnes dépendantes
- Ambulance et transport des malades

² En vigueur depuis le 01.01.2008 – A.G. du 21.06.2007 – accord OCM du 15.10.2007

³ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 et du 25.10.2018 – accord sous réserve OCM du 31.08.18

- Indemnités uniques - Naissance - adoption
 - Fonds social
 - Jeunesse : Interventions individuelles
 - Malades - Handicapés : interventions individuelles
 - Assistance juridique
- 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. Informations thématiques diverses et information aux membres (code OCM 37)
 2. Service social (code OCM 37)
 3. Subventionnement de structures socio-sanitaires (code OCM 38)
 4. Centre administratif 2 (code OCM 98/2)
 5. Patrimoine (code OCM 93)

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 offerts 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 .⁴- Siège social - Champ d'application

[Retour TM ↵](#)

Le siège social de la mutualité précédemment établi à THUIN, puis à LOBBES a été transféré à ANDERLUES et sa circonscription comprend les communes suivantes :

AISEAU-PRESLES, ANDERLUES, BEAUMONT, BINCHE, BRAINE-LE-COMTE, CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT, CHARLEROI, CHATELET, CHIMAY, COURCELLES, ECAUSSINNES, ERQUELINNES, ESTINNES, FARCIENNES, FLEURUS, FONTAINE L'EVEQUE, FROIDCHAPELLE, GERPINNES, HAM-SUR-HEURE-NALINNES, LA LOUVIERE, LE ROEULX, LES BONS VILLERS, LOBBES, MANAGE, MERBES, MOMIGNIES, MONTIGNY LE TILLEUL, MORLANWELZ, PONT-A-CELLES, SENEFFE, SOIGNIES, SIVRY-RANCE, THUIN.

La mutualité s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique ainsi qu'aux :

- personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge.
- militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger pour autant qu'elles soient assujetties à l'assurance obligatoire.

Article 4 - Union Nationale

[Retour TM ↵](#)

La mutualité est affiliée auprès de l'union nationale : "ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES" établie à Bruxelles.

Article 5 - Sections administratives ⁵

[Retour TM ↵](#)

⁴ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – Accord OCM du 24.04.2012

⁵ Titre modifié par l'AG du 25.06.2015 – prise de cours le 01.07.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

La mutualité est répartie en sections administratives.
La liste de ses sections ainsi que toute modification est arrêtée annuellement par le Conseil d'Administration.

Chapitre Deux : Définitions, admission, démission et exclusion

Article 5bis ⁶- Définitions

[Retour TM](#) 

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 premier, 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 qui est affiliée aux services et opérations et qui
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est affilié à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est affilié à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
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 ;
 - 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 les envoient, 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.
 - Toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit aux remboursements des prestations de soins de santé en raison d'une affiliation 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,

⁶ En vigueur au 01.01.2019 – AG du 25.10.2018 – accord OCM du 04.02.2019

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 HR Rail ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ;
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 ;
 - 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 les envoient, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 ;
 - n'est plus assujettie 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 affiliés 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, alinéas 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

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, 5e alinéa 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, 6e alinéa de la loi du 26 avril 2010.
- Les services visés à l'article 3, alinéa premier, b) et c) de la loi du 6 août 1990.

Services et opérations offerts :

Les services et opérations qui sont organisés par la mutualité et les entités mutualistes auxquelles est affiliée la mutualité.

Intervention majorée :

L'intervention majorée de l'assurance dont bénéficient les personnes visées à l'article 37, §§ 1 et 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 offerts.

Enfant :

Une personne qui n'a pas atteint l'âge de 6 ans

Mineur :

Une personne qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans

Adulte :

Une personne qui a atteint l'âge de 18 ans

Famille :

Une communauté de personnes réunies par des liens de parenté ou de cohabitation légale ou de fait.

Invalide :

Une personne qui est reconnu comme telle par le CMI après une année d'incapacité de travail au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

En perte d'autonomie :

Une personne dont la mobilité est entravée par un problème de santé.

Handicapé :

Une personne qui

- soit possède une décision de l'AVIQ (postérieure au 1/12/1996) octroyant une intervention en accueil-hébergement-accompagnement, en aide matérielle, en Entreprise de Travail Adapté, en aide individuelle à l'intégration, en éducation, en formation et emploi, ou un Budget d'Assistance Personnalisé
- soit fournit un des documents suivants :
 - un document provenant d'une administration (SPF sécurité sociale, allocations pour personnes handicapées, allocations majorées, enseignement spécialisé) ou par une des 3 autres Administrations Régionales ou Communautaires compétentes en matière d'intégration des personnes handicapées ;
 - une attestation d'un service hospitalier agréé ;
 - une attestation d'un service reconnu par l'INAMI ;
 - une décision d'un Gouverneur de province dans le cadre de l'Ex-Fonds 81 ;
 - une attestation établie par une équipe pluridisciplinaire, composée au moins d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social ou paramédical ;
 - une attestation de reconnaissance d'un pourcentage de handicap par un assureur-loi, par le fonds des maladies professionnelles ou par une caisse d'allocations familiales
 - une attestation établie par un service de consultation ONE.
- soit fournit une attestation délivrée par un médecin (spécialisé en fonction du type de handicap et agréé par l'INAMI) et validée par le Médecin du Bureau régional l'AVIQ.

Article 6 ⁷- Affiliation aux services de la mutualité

[Retour TM ↓](#)

§ 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

⁷ En vigueur au 01.01.2019 – AG du 25.06.2018 et du 25.10.2018 – accord conditionnel OCM du 31.08.18

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^o, 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), et 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 6bis⁸ - 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^o 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^o à 16^o, et 20^o à 22^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2^o 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 ;

⁸ Prise de cours le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18

- 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 6ter⁹- Refus d'affiliation en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

[Retour TM ↴](#)

L'affiliation pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'une personne visée à l'article 32 ou à l'article 86, §1er, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne peut être refusée pour autant que :

- 1° ladite personne s'engage à respecter le prescrit des présents statuts, ceux de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et ceux de la société mutualiste Solimut ;
- 2° si l'affiliation consiste en une mutation individuelle au sens de l'article 255, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, cette mutation ne soit pas refusée ou retirée, en exécution de l'article 118, alinéa 3, de ladite loi coordonnée, par l'union nationale de la mutualité dont cette personne était membre à la date mentionnée, selon le cas, à l'article 3ter, 1° ou 2°, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Article 7¹⁰- Exclusion

[Retour TM ↴](#)

Pour un membre exclu des services et opérations, le droit aux avantages s'éteint à partir du 1^{er} jour du 1^{er} mois de non paiement des cotisations.

Peuvent être exclus comme membres des services ou opérations visés à l'article 2a, 2b les membres qui se rendent coupables d'une infraction qui a un rapport avec la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et la loi du 6 août 1990, ou avec leurs arrêtés d'exécution.

La décision d'exclusion en application de l'alinéa précédent est prise par le Conseil d'Administration (ou la personne ou commission désignée à cet effet par le conseil d'Administration suite à la possibilité de délégation de compétence - article 23 de la loi du 6 août 1990) après avoir entendu le membre en ses moyens de défense. Le membre qui ne répond pas au jour et heure proposés, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense pour autant qu'il ait été convoqué à temps (au moins 10 jours ouvrables avant l'audience) et qu'il n'ait pu justifier valablement son absence.

L'exclusion a lieu le premier jour du second trimestre suivant l'audience.

Article 8¹¹- Démission

[Retour TM ↴](#)

Un membre qui est affilié à la mutualité pour l'assurance obligatoire ne peut résilier son affiliation aux services visés à l'article 2a et/ou 2b de sa propre initiative sauf par transfert vers une autre mutualité chrétienne, ou par mutation vers un autre organisme assureur en application de l'article 118, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cette résiliation ne dispense pas le membre de payer les cotisations pour les services et opérations pour les périodes écoulées pour lesquelles la prescription n'est pas encore intervenue.

⁹ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 et du 20.12.2011 – accord OCM du 24.04.2012 – nouveau numéro depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18

¹⁰ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18

¹¹ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18

Un membre qui est affilié à la fois pour l'assurance obligatoire et pour les services complémentaires peut résilier, de manière simultanée, son affiliation à l'assurance obligatoire et pour les services complémentaires sans devoir attendre d'être sanctionné pour non paiement des cotisations en application de l'article 45bis des statuts, mais dans le respect de l'alinéa précédent.

Un membre qui n'est pas affilié à la mutualité pour l'assurance obligatoire peut résilier son affiliation aux services visés à l'article 2a et/ou 2b de sa propre initiative, quand bien même il n'aurait pas payé la totalité de ses cotisations, celles-ci restant toutefois dues pour les périodes d'affiliation écoulées pour lesquelles la prescription de 5 ans prévue à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990 n'est pas encore intervenue. Cette résiliation peut intervenir sans devoir attendre d'être sanctionné pour non-paiement des cotisations en application de l'article 45bis des statuts.

Chapitre Trois : Catégories de membres

Article 9 ¹²- Catégories de membres

[Retour TM d](#)

Les membres de la mutualité 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 et indemnités, conformément aux autres points de l'article 32, 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 ;
 - c. Les personnes qui ont leur résidence ou leur domicile principal en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à un traité 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 un traité bilatéral 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 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 les personnes à leur 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 les personnes à leur charge.
 - pour les soins de santé, sont assurées en nom propre à l'Office National de sécurité sociale / 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

¹² En vigueur au 01.01.2019 – AG du 25.06.2018 et du 25.10.2018 – accord conditionnel OCM du 31.08.18

prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui les envoient, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 et leurs personnes à charge ;

- n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge, ne sont plus soumises à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités 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 les personnes à leur charge.
- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé, et les personnes à leur charge.

Chapitre Quatre : Organes de la mutualité

Section 1 . L'Assemblée Générale - Composition

Article 10 - Assemblée Générale - Composition

[Retour TM ↵](#)

L'assemblée générale se compose d'un délégué par 500 membres, tels que définis à l'article 2 paragraphe 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.

Article 11 - Assemblée Générale - Circonscriptions électorales ¹³

[Retour TM ↵](#)

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale, la mutualité est répartie en 7 régions et 17 circonscriptions électorales.

REGION DE LA HAUTE SENNE :

1ERE CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Braine-le-Comte, Ecaussinnes, Rebecq, Tubize et Ittre.

2EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Soignies, le Roeulx, Jurbise, Lens et Silly.

REGION DU CENTRE :

3EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Manage, Nivelles, Seneffe.

4EME CIRCONSCRIPTION :

La commune de La Louvière.

REGION ANDERLUES - BINCHE - COURCELLES :

5EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Anderlues, Courcelles, Fontaine-l'Evêque, et l'ancienne commune de Roux.

6EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Binche, Chapelle-lez-Herlaimont et Morlanwelz.

REGION DE LA THUDINIE :

7EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes d'Erquelines, Merbes. Estinnes, Quévy et Mons.

8EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Thuin, Gerpinnes, Lobbes, Montigny-Le-Tilleul et Ham-sur-Heure-Nalinnes.

REGION DE LA BOTTE DU HAINAUT :

9EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Beaumont, Froidchapelle et Sivry-Rance

10EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Chimay et Momignies.

REGION DE CHARLEROI SUD :

11EME CIRCONSCRIPTION :

Les anciennes communes de Charleroi et Montignies-Sur-Sambre.

12EME CIRCONSCRIPTION :

Les anciennes communes de Gilly, Ransart et Lodelinsart.

13EME CIRCONSCRIPTION :

Les anciennes communes de Marcinelle, Couillet et Mont-Sur-Marchienne.

14EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Châtelet et Aiseau-Presles ainsi que les communes de Fosses, Mettet et Florennes.

¹³ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

REGION DE CHARLEROI NORD :

15EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Fleurus, Farciennes, Villers-La-Ville, Sombreffe et Sambreville.

16EME CIRCONSCRIPTION :

Les communes de Gosselies, Les Bons Villers et Pont-à-Celles.

17EME CIRCONSCRIPTION :

Les anciennes communes de Marchienne, Monceau, Goutroux, Dampremy et Jumet.

Font partie d'une circonscription électorale,

- les membres et leurs personnes à charge qui habitent dans cette circonscription;
- les membres et leurs personnes à charge, domiciliés hors du territoire des entités communales citées plus avant, mais inscrits auprès d'une section administrative située sur le territoire de cette circonscription.

Article 12 - Circonscriptions électorales

[Retour TM ↴](#)

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 les quotas prévus à l'article 10 de ces statuts.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

**Article 13 - Assemblée Générale - Droit de vote -
Eligibilité**

[Retour TM ↴](#)

Pour avoir droit de vote pour 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 depuis au moins 1 an avant la date d'élection;
- d. ne pas être licencié comme membre du personnel de la mutualité ou de l'union nationale pour un autre motif que la mise à la retraite, la prépension, la fin d'un contrat à durée déterminée ou de remplacement 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'union nationale à laquelle elle est affiliée.

Par membre du personnel, il faut comprendre celui qui a conclu un contrat de travail avec la mutualité, l'union nationale dont elle fait partie ou une ASBL faisant partie de la même unité technique d'exploitation, impliquant le paiement de cotisations de sécurité sociale.

Sont assimilés aux membres du personnel ceux qui sont mis au travail dans le cadre de programmes de résorption du chômage.

Un membre ne peut se porter candidat que dans une seule circonscription électorale.

Procédure électorale

Article 14 - Assemblée Générale - Procédure électorale - Candidatures [Retour TM ¶](#)

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 civils, à partir de la fin du mois au cours duquel les publications ont été envoyées.

Article 15 - Assemblée Générale - Candidatures [Retour TM ¶](#)

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 - Assemblée Générale - Procédure électorale [Retour TM ¶](#)

Une liste de candidats est établie par circonscription électorale.

Les candidats y sont présentés dans l'ordre alphabétique.

Article 17 - Assemblée Générale - Procédure électorale [Retour TM ¶](#)

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 poste et/ou 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 - Assemblée Générale - Bureau électoral ¹⁴ [Retour TM ¶](#)

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.

Etablissement des listes électorales

Article 19 - Assemblée Générale - Listes électorales [Retour TM ¶](#)

Les listes électorales sont établies par circonscription.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs.

Les 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.

¹⁴ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

Article 20 - Assemblée Générale - Mode de scrutin ¹⁵

[Retour TM ¶](#)

Le vote est libre. Il se déroule par correspondance.

Article 21 - Assemblée Générale - Procédure électorale

[Retour TM ¶](#)

Lorsque le nombre de candidats par circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus.

Article 22 - Assemblée Générale - Mode de scrutin ¹⁶

[Retour TM ¶](#)

Sauf en ce qui concerne la situation décrite à l'article 21, chaque électeur reçoit, par un envoi personnel au moins 10 jours avant la période d'élection :

- un bulletin de vote reprenant la liste des candidats pour sa circonscription électorale
- la manière d'exprimer un vote valable
- la procédure de vote par correspondance

Article 23 -¹⁷

[Retour TM ¶](#)

Article 24 - Assemblée Générale - Mode de scrutin ¹⁸

[Retour TM ¶](#)

L'électeur dispose pour exprimer son vote d'au moins quinze jours, à partir de la date de réception des documents décrits. La procédure doit prévoir l'identification de l'expéditeur et la garantie du secret du vote.

Article 25 - Assemblée Générale - Mode de scrutin

[Retour TM ¶](#)

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul bulletin de vote. Il peut voter pour un nombre de votes nominatifs, égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir.

Article 26 - Assemblée Générale - Dépouillement

[Retour TM ¶](#)

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 attribué au plus jeune.

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.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui contiennent plus de votes nominatifs que le nombre de mandats à pourvoir.
- 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 lesquelles il n'y a pas eu d'élections, pour les raisons décrites à l'article 21 des statuts.

Article 27 - Assemblée Générale - Procédure électorale

[Retour TM ¶](#)

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 le mois de 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.

¹⁵ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

¹⁶ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

¹⁷ Abrogé le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

¹⁸ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

Article 28 - Assemblée Générale - Procédure électorale

[Retour TM ↵](#)

Un exemplaire du règlement électoral, des publications et lettres visés aux articles 20 à 27 de ces statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

Article 29 - Assemblée Générale - Installation ¹⁹

[Retour TM ↵](#)

La nouvelle Assemblée générale est installée dans un délai maximum de trente jours civils 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 élire au maximum cinq conseillers à l'Assemblée générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Les membres de la Direction (Directeur, Directeurs Adjoints, Attachés de Direction) de la mutualité peuvent assister à l'Assemblée générale avec voix consultative.

Article 30 ²⁰ - Assemblée Générale - Compétences - Procuracy - Délégation - Revisorat

[Retour TM ↵](#)

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.

Un membre de l'assemblée générale empêché de participer à une réunion peut donner une procuration à un autre membre de l'assemblée générale de son choix, élu de la même circonscription électorale, et disposant également du droit de vote. Cette procuration donne au porteur tout pouvoir d'agir en lieu et place du mandant lors de la réunion en question. Un membre de l'assemblée générale ne peut être porteur que d'une seule procuration. Les procurations portent les noms du mandant et du mandataire, et la date de la réunion concernée. Elles doivent être renouvelées à chaque réunion.

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.

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 désigné par l'Assemblée Générale de l'Union nationale à laquelle la Mutualité est affiliée.

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.

Article 31 - Assemblée Générale - Vacance

[Retour TM ↵](#)

Lorsqu'un mandat à l'assemblée générale est vacant suite à la démission ou au décès d'un membre effectif, les membres élus de la circonscription concernée peuvent proposer le nom du membre suppléant, désigné en application de l'article 26, qui achèvera le mandat en cours. Le nouveau membre de l'assemblée est installé dès que l'assemblée générale a pris connaissance de la proposition des membres élus de la circonscription.

¹⁹ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

²⁰ En vigueur depuis le 01.07.2004 – A.G. du 24.06.2004 – accord OCM du 30.08.2004

Section 2 . Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'union nationale et des sociétés mutualistes auxquelles la mutualité est affiliée.

Article 32 ²¹ Assemblée Générale de l'Union Nationale

[Retour TM ¶](#)

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

Article 33 ²²⁻ Assemblée Générale des sociétés mutualistes

[Retour TM ¶](#)

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 par l'AR du 5 octobre 2000 et dans les statuts des Sociétés Mutualistes.

Article 34 ²³⁻ Assemblée Générale de la société mutualiste MC Assure

[Retour TM ¶](#)

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 35 ²⁴⁻

[Retour TM ¶](#)

Section 3 . Conseil d'Administration.

Article 36 - Conseil d'Administration - Composition - Eligibilité - Indemnités ²⁵

[Retour TM ¶](#)

Le conseil d'administration de la mutualité est composé de 30 membres, parmi lesquels il ne peut pas y avoir plus de 80 % de personnes du même sexe.

Chaque circonscription électorale doit être représentée au Conseil d'administration par au moins un administrateur.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur et fournir un certificat de bonne vie et mœurs.

Il faut être membre de l'Assemblée générale.

Les membres du Conseil d'administration cessent d'être éligibles à partir de l'âge de 70 ans.

Le mandat de membre du Conseil d'administration est exercé à titre gratuit. Les frais de déplacements occasionnés pour se rendre aux réunions du conseil sont cependant remboursés au tarif fixé pour les services publics par l'arrêté royal du 18 janvier 1965.

Article 37 ²⁶ - Conseil d'Administration - Election

[Retour TM ¶](#)

Le Conseil d'administration est élu par les membres de l'Assemblée générale pour une période de 3 ans.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration. L'ordre de la liste est établi par le Conseil d'Administration.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin. Chaque membre de l'Assemblée générale a droit à un bulletin de vote et peut voter pour un nombre de candidats égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir. Parmi les candidats issus de la même circonscription, celui qui a obtenu le plus grand nombre de voix est élu. Les mandats restants sont ensuite attribués aux autres candidats dans l'ordre du nombre de voix obtenues. Si la proportion de membres des deux sexes prévue ci-dessus n'est pas atteinte, les derniers élus doivent s'effacer devant les candidat(e)s suivant(e)s dans l'ordre de leur résultat électoral. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, ce mandat est attribué au candidat le plus jeune.

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

Si une circonscription n'est représentée par aucun candidat, le mandat qui lui est réservé au sein du Conseil d'administration n'est pas attribué.

Le Conseil d'administration peut élire au maximum cinq conseillers. Ils ont voix consultative.

²¹ En vigueur au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011.

²² En vigueur au 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18.

²³ En vigueur au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 et du 20.12.2011 – Accord OCM du 24.04.2012.

²⁴ Abrogé au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011.

²⁵ En vigueur depuis le 01.01.2018 – AG du 26.10.2017 – Accord OCM du 08.02.2018

²⁶ En vigueur depuis le 01.07.2004 – AG du 24.06.2004 – Accord OCM du 30.08.2004

Les membres de la Direction (Directeur régional, Directeurs adjoints, Attachés de Direction) de la mutualité peuvent participer au Conseil d'administration avec voix consultative.

Article 38 - Conseil d'Administration - Démission - Exclusion

[Retour TM ¶](#)

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, la révocation ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la mutualité.

L'administrateur qui aura été absent cinq 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 paragraphe 2 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 manière à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ou de l'Union nationale dont elle fait partie.
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité ou de l'Union nationale 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 simple des votes exprimés.

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

Article 39 - Conseil d'Administration - Compétences

[Retour TM ¶](#)

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 bureau de la mutualité.

Section 4 . Président - Secrétaire - Trésorier.

Article 40 ²⁷ - Conseil d'Administration - Composition

[Retour TM ¶](#)

Le Conseil d'administration élit en son sein un président et deux vice-présidents. Les vice-présidents assistent le Président et le remplacent en cas d'absence.

La fonction de secrétaire de l'assemblée générale et du Conseil d'administration est assumée par le Directeur régional, désigné par le Conseil.

La fonction de trésorier est assumée par le Directeur financier de la mutualité, désigné par le Conseil.

Article 41 - Président

[Retour TM ¶](#)

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée générale et le Conseil d'administration; il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux; il représente la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques; il soutient toutes actions au nom de la mutualité, soit en demandant, soit en défendant.

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière au Directeur régional ou à un membre du Conseil d'administration pour traiter avec les autorités publiques et soutenir toutes actions au nom de la mutualité.

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration et l'Assemblée générale.

Article 42 - Secrétaire

[Retour TM ¶](#)

²⁷ En vigueur depuis le 01.07.2004 – A.G. du 24.06.2004 – accord OCM du 30.08.2004

Le Directeur régional fait toutes les écritures requises, 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 bureau et le Conseil d'administration de la bonne marche des services.

Article 43 - Trésorier

[Retour TM d](#)

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.

Une fois l'an, lors de l'assemblée générale, le Conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

Section 5 . Bureau

Article 44 ²⁸ - Bureau

[Retour TM d](#)

Outre, le Président et les deux vice-présidents, le Conseil élit en son sein, six membres qui constituent le bureau journalier. Le Directeur régional assiste au bureau avec voix consultative.

Les membres de la direction peuvent y être invités avec voix consultative.

Le bureau est chargé de la gestion journalière dans les limites des prérogatives que lui confère le Conseil.

D'autre part, le Conseil institue le bureau en tant que commission pour les marchés publics.

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 contrats où sont pris des engagements financiers. Les décisions de la commission sont prises valablement si au moins deux des administrateurs sont présents.

Cette délégation de pouvoirs ne porte toutefois pas préjudice aux compétences que la loi du 6 août 1990 et les présents statuts réservent à l'assemblée générale.

Le bureau fait rapport au Conseil.

Le mandat de membre du bureau est exercé à titre gratuit. Les frais de déplacements occasionnés pour se rendre aux réunions du bureau sont cependant remboursés au tarif fixé pour les services publics par l'arrêté royal du 18 janvier 1965. **En outre, les frais du président et des vice-présidents sont couverts par une indemnité forfaitaire.**

Réserve de l'Office de Contrôle des Mutualités :

Le Conseil a décidé [d'approuver les modifications apportées à cet article] à l'exception de la dernière phrase, qui est approuvée sous réserve que le montant de l'indemnité forfaitaire ne soit pas de nature à constituer une infraction au caractère gratuit des mandats, prévus par l'article 22 de la loi du 6 août 1990, eu égard aux frais réellement exposés présentant un lien avec le mandat concerné. L'Office de contrôle n'est en effet pas en possession d'une quelconque indication quant au montant de cette indemnité forfaitaire.

²⁸ En vigueur depuis le 01.01.2018 – A.G. du 26.10.2017 – accord OCM du 08.02.2018

Chapitre Cinq : Cotisations

Article 45 ²⁹ - Cotisations

[Retour TM d](#)

A. Cotisations

Les cotisations sont dues à partir de l'entrée en vigueur de l'affiliation, tel que défini par l'article 6bis et pour chaque mois entamé.

Les membres s'engagent à payer les cotisations pour les services et opérations offerts.

Les cotisations sont réclamées par ménage mutualiste, dans le chef du titulaire.

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.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de la période de 5 ans commençant à la fin du mois auquel elles se rapportent.

B. Cotisations d'un montant nul

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

- 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, inscrits 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 45bis ³⁰ - Sanction en cas de défaut de paiement des cotisations

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis, 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 6bis :

²⁹ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 et du 25.10.2018 – accord conditionnel OCM du 31.08.18

³⁰ Nouvel article en vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord conditionnel OCM du 31.08.18

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 6bis, 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 6bis, 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'entière 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 6bis, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée.

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 6bis 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.

Article 46 -³¹ Cotisations

[Retour TM d](#)

Les membres paient trimestriellement ou annuellement leur cotisation dès le premier jour du mois au cours duquel l'affiliation prend cours.

Les changements de catégorie sortent leurs effets le 1^{er} jour du mois qui suit.

³¹ En vigueur depuis le 01.01.2007 – A.G. du 19.10.2006 – accord OCM du 15.01.2007

Chapitre Six : Assurance complémentaire - Services organisés par la mutualité

Article 47 ³²⁻ Généralités

[Retour TM ↵](#)

La mutualité réalise les buts visés à l'article 2 des présents statuts, en instituant des services et opérations selon les modalités déterminées ci-après.

Article 48 ³³⁻ Stage d'attente

[Retour TM ↵](#)

Un stage d'attente de six mois est prévu pour les services et opérations organisés par la mutualité, sauf pour les services et opérations pour lesquels une dispense de stage ou une durée différente est explicitement prévue dans les statuts.

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 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, ce stage est réduit de la durée du stage effectué par cette personne pour le service similaire.

Le stage d'attente pour le titulaire est aussi d'application pour ses personnes à charge.

La présente disposition s'applique sans préjudice des dispositions reprises dans les articles 9 et 45bis.

Article 48bis³⁴ - Prescription

[Retour TM ↵](#)

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

Article 48ter³⁵ - Subrogation

[Retour TM ↵](#)

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.

Article 48quater³⁶ - Concours

[Retour TM ↵](#)

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.

Première partie : Opérations et services à affiliation obligatoire

Section 1 . Soins médicaux et paramédicaux

1. Soins à l'Etranger

Article 49 ³⁷⁻ Soins à l'Etranger

[Retour TM ↵](#)

(Pas utilisé à ce jour par la mutualité - numéro réservé)

2. Logopédie et psychomotricité

Article 50 Logopédie - Service ³⁸

[Retour TM ↵](#)

³² En vigueur au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

³³ En vigueur au 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18

³⁴ En vigueur au 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – Accord OCM du 31.08.18

³⁵ En vigueur au 01.01.2014 – A.G. du 17.10.2013 – accord OCM du 16.01.2014

³⁶ En vigueur au 01.01.2014 – A.G. du 17.10.2013 – accord OCM du 16.01.2014

³⁷ En vigueur au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

Article 51 39

[Retour TM ¶](#)

Article 52 40

[Retour TM ¶](#)

3. Pédicure

Article 53

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

4. Matériel de soins

Article 54

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

5. Orthodontie

Article 55 41 -

[Retour TM ¶](#)

6. Lunettes et prothèses

Article 56 42 -

[Retour TM ¶](#)

Article 57 43 -

[Retour TM ¶](#)

7. Thérapies alternatives

Article 58 44

[Retour TM ¶](#)

Article 59 45

[Retour TM ¶](#)

Traitement des troubles du comportement alimentaire

Article 60 46 - **Prévention / Diététique**

[Retour TM ¶](#)

La mutualité intervient dans le coût du traitement des troubles du comportement alimentaire compliqués d'obésité ou d'anorexie pour les membres mineurs à raison de :

- 30 € dans le coût d'un bilan diététique ou psychothérapeutique ;
- 15 € par séance dans les frais du suivi diététique et psychologique, avec un maximum de 10 séances

Le membre doit fournir au diététicien / psychologue une attestation médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique et/ou psychologique.

La mutualité intervient également dans le coût d'un traitement ambulatoire contre l'obésité. Cette intervention est limitée à 200 € par patient et par année.

8. Prestations médicales diverses

a. Vaccins

Article 61 47 - **Prévention / Vaccins**

[Retour TM ¶](#)

³⁸ Abrogé au 01.01.2010 – A.G. du 22.10.2009 – Accord OCM du 21.12.2009

³⁹ Abrogé au 01.01.2017 – A.G. du 27.10.2016 – Accord OCM du 23 février 2017

⁴⁰ Abrogé au 01.01.2015 – A.G. du 23.10.2014 – Accord OCM du 18.12.2014

⁴¹ Abrogé au 01.01.2017 – A.G. du 27.10.2016 – Accord OCM du 23.02.2017

⁴² Abrogé au 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 – Accord OCM du 04.02.2019

⁴³ Abrogé au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

⁴⁴ Abrogé au 01.01.2015 – A.G. du 23.10.2014 – Accord OCM du 18.12.2014

⁴⁵ Abrogé au 01.01.2015 – A.G. du 23.10.2014 – Accord OCM du 18.12.2014

⁴⁶ En vigueur depuis le 01.01.2017 – A.G. du 27.10.2016 – accord OCM du 23.02.2017

⁴⁷ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 – accord OCM du 04.02.2019

La mutualité intervient à hauteur de 25 € par an dans le ticket modérateur de tous les vaccins et désensibilisants reconnus en Belgique.

L'intervention se fait sur présentation du BVAC.

b. Soutien aux personnes diabétiques

Article 62 ⁴⁸- Diabète

[Retour TM ¶](#)

La mutualité accorde une allocation forfaitaire de 25 € par an aux membres qui apportent la preuve de leur affiliation à l'Association belge du diabète.

c. Contraception

Article 63 ⁴⁹ -

[Retour TM ¶](#)

d. Ophtalmologie

Article 64 ⁵⁰ -

[Retour TM ¶](#)

e. Soins ambulatoires

Article 65 ⁵¹ -

[Retour TM ¶](#)

Section 2 . Incapacité de travail

1. Indemnités journalières pour une durée d'un an au maximum

Article 66

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

2. Indemnités journalières pour une durée de 3 mois au maximum

Article 67

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

Section 3 . Soins Intra-Muros

1. Hospitalisation : Indemnité forfaitaire - affiliation obligatoire

Article 68

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

2. Hospitalisation : Indemnité variable - affiliation obligatoire

Article 69 - Hospitalisation ⁵²

[Retour TM ¶](#)

La Mutualité offre à ses membres 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 43bis, § 1er de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

3. Séjour dans un préventorium

Article 70

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

⁴⁸ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 - accord OCM du 04.02.2019

⁴⁹ Abrogé au 01.01.2015 – A.G. du 23.10.2014 – Accord OCM du 18.12.2014

⁵⁰ Abrogé depuis le 01.01.2017 - A.G. du 27.10.2016 - accord OCM du 23.02.2017

⁵¹ Abrogé depuis le 01.01.2012 - A.G. du 20.12.2011 - accord OCM du 24.04.2012

⁵² En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 23.06.2011 et du 20.12.2011 - accord OCM du 24.04.2012

4. Cures de convalescence

Article 71 ⁵³

[Retour TM ↵](#)

(Pas utilisé à ce jour par la mutualité - numéro réservé)

5. Courts séjours

Article 72

[Retour TM ↵](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

6. Hospitalisation : personnes accompagnantes

Article 73 ⁵⁴

[Retour TM ↵](#)

(Pas utilisé à ce jour par la mutualité - numéro réservé)

⁵³ En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 23.06.2011 - accord OCM du 25.10.2011

⁵⁴ En vigueur depuis le 01.01.2012 - A.G. du 23.06.2011 - accord OCM du 25.10.2011

Section 4 . Soins à Domicile

1. Soins de santé à domicile

Soins infirmiers

Article 74 ⁵⁵ - Soins à domicile

[Retour TM ↵](#)

La Mutualité veut favoriser l'accès de tous ses membres aux prestations de soins infirmiers et aux soins d'hygiène dont ils peuvent avoir besoin à leur domicile ou dans un centre de soins.

Pour la réalisation de cet objectif, la Mutualité choisit de faire appel aux services de soins à domicile développés par l'ASBL « Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental », enregistrée sous le numéro d'entreprise 465.077.485. A cet effet, un accord de collaboration a été conclu entre cette l'ASBL et la mutualité.

En application de cet accord de collaboration, la mutualité rembourse

- les tickets modérateurs demandés aux membres par le service Croix Jaune et Blanche de l'ASBL, conformément à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'application, tant que ces tickets modérateurs ne sont pas remboursés dans le cadre de la réglementation relative au « Maximum à Facturer » (loi du 05-06-2002).
- L'intervention personnelle demandée aux membres par le service Aide Familiale de l'ASBL, pour un maximum d'une heure d'intervention journalière pour effectuer les soins d'hygiène conformément au Décret de la Région Wallonne du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées, et l'Arrêté du Gouvernement wallon du 30 avril 2009 portant application du décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées, tant qu'ils sont conformes à la loi du 6 août 1994 et à la loi du 26 avril 2010.

La même intervention est accordée au membre qui fait appel aux services de soins à domicile des ASBL suivantes :

410.120.651 - Wit-Gele Kruis van Limburg

407.672.687 - Wit-Gele Kruis van Antwerpen

458.516.129 - Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant

410.442.335 - Wit-Gele Kruis van Oost-Vlaanderen

458.549.484 - Wit-Gele Kruis van Brussel

411.030.867 - het Wit-Gele Kruis van West-Vlaanderen

449.977.357 - Aide et Soins a Domicile en Province de Luxembourg

465.170.923 - Aide et Soins a Domicile (ASD) - Croix Jaune et Blanche (CJB) de Mons Borinage

465.074.814 - Aide et Soins a Domicile (ASD) - Croix Jaune et Blanche (CJB) Tournai-Ath-Lessines-Enguien

413.282.257 - Croix Jaune et Blanche Liège-Huy-Waremme

449.513.143 - Aide et Soins a Domicile de l'Arrondissement de Verviers

461.264.593 - Aide et Soins a Domicile Province de Namur

465.214.770 - Croix Jaune et Blanche de Mouscron-Comines

458.549.484 - Croix Jaune et Blanche de Bruxelles

460.481.863 - Aide et Soins à Domicile (ASD) du Brabant Wallon

Coordination d'aide et de soins à domicile

Article 75 ⁵⁶ -

[Retour TM ↵](#)

Garde d'enfants malades à domicile

Article 76 ⁵⁷ - Accueil enfants malades

[Retour TM ↵](#)

Article 76bis ⁵⁸

[Retour TM ↵](#)

2. Aide familiale et aux personnes âgées

Article 77 ⁵⁹ - Aide aux personnes - aide à la maternité

[Retour TM ↵](#)

⁵⁵ En vigueur depuis le 01.01.2014 – A.G. du 20.06.2013 – accord OCM du 12.11.2013

⁵⁶ Abrogé depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – accord OCM du 24.06.2012

⁵⁷ Abrogé au 01.01.2014 – A.G. du 20.06.2013 – accord OCM du 12.11.2013

⁵⁸ Abrogé au 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 – accord OCM du 04.02.2019

⁵⁹ En vigueur depuis le 01.07.2019 – A.G. du 20.06.2019 et du 24.10.2019 – accord OCM du 30.01.2020

La Mutualité souhaite faciliter pour ses membres l'accès aux prestations d'aides ménagères sociales et de garde à domicile.

Dans ce cadre, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL « Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental », enregistrée sous le numéro d'entreprise 465.077.485. Aux termes de cet accord, l'ASBL applique aux membres de la mutualité une réduction de minimum 25% du montant fixé par le barème des prestations. La mutualité paie à l'ASBL un montant équivalent à 25% du même barème.

La Mutualité souhaite aussi offrir une aide à la maternité.

Dans cet objectif, une intervention dans les frais d'aide-ménagère ou d'aide familiale est offerte par la mutualité en raison de la naissance d'un enfant. Pour pouvoir bénéficier de cette prime offerte par enfant, il faut que le parent à la charge duquel est inscrit le nouveau-né soit membre de la mutualité 128 au moment de la naissance.

L'intervention est définie comme suit :

- 4 € par heure de prestation durant les 5 mois postnataux pour des prestations de services à domicile (ménage et repassage), effectuées par une aide-ménagère du service conventionné, avec un maximum de 20 heures ;

ou

- à concurrence des frais réels avec un maximum de 4 € par heure de prestation à domicile d'une aide familiale du service conventionné durant les 5 mois postnataux, avec un maximum de 20 heures de prestation.

Cette intervention est versée uniquement au parent dont le nouveau-né est à la charge au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour la réalisation de cet objectif, la Mutualité choisit de faire appel aux services développés par l'ASBL « Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental », enregistrée sous le numéro d'entreprise 465.077.485. A cet effet, un accord de collaboration a été conclu entre cette ASBL et la mutualité.

En cas d'impossibilité pour l'ASBL précitée d'assurer les différentes prestations décrites dans le présent article, le membre peut faire appel à une autre entreprise agréée par la Région Wallonne en tant que Service d'aide aux familles, disposant d'un service d'aide-ménagère et/ou d'aide familiale et/ou de « garde à domicile ». L'intervention de la mutualité se fait aux mêmes conditions.

3. Service de prêt

Article 78 -⁶⁰

[Retour TM ↵](#)

4. Système d'alarme

Article 79 -⁶¹

[Retour TM ↵](#)

5. Conseils d'aide à l'indépendance fonctionnelle de personnes dépendantes

Article 80 -⁶²

[Retour TM ↵](#)

6. Assurance soins

Article 81

[Retour TM ↵](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

⁶⁰ Abrogé au 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2011 – accord OCM du 04.02.2019

⁶¹ Abrogé au 01.01.2015 – A.G. du 23.10.2014 – Accord OCM du 18.12.2014

⁶² Abrogé depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – accord OCM du 24.04.2012

Section 5 . Transport et frais de déplacement

1. Ambulance

Article 82 ⁶³ - Transport des malades

[Retour TM ¶](#)

La Mutualité organise l'opération « transport des malades » dans les limites du territoire belge, étendu au territoire français couvert par la convention « Transcards », et compte tenu des dispositions de l'article 221 de l'Arrêté Royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsque le bénéficiaire ne peut se déplacer par ses propres moyens (train, tram, autobus, voiture), la mutualité accorde une intervention dans les frais de transport des malades dans les limites du territoire belge, étendu au territoire français couvert par la convention « Transcards ».

Il doit s'agir du transport d'un malade pour entrée ou sortie d'hospitalisation entre sa résidence et l'hôpital ou d'un transfert d'hôpital avec hospitalisation dans le deuxième.

N'est par remboursable dans ce cadre :

- Le transport dans un deuxième hôpital pour y subir un examen (sans y séjourner).
- Le ramassage sur la voie publique ainsi que l'appel via le système d'appel unifié (100 ou 112).

Article 83 - Transport des malades

[Retour TM ¶](#)

L'intervention est de :

- 20 € pour les 10 premiers km
 - 0,50 € par km à partir du 11ème km
- sur présentation de la facture acquittée.

Article 84 ⁶⁴ - Transport des malades

[Retour TM ¶](#)

Pour le transport de réanimation non urgent, l'intervention est de :

- 25 € pour les 10 premiers km
 - 2,25 € par km à partir du 11ème km
- sur présentation de la facture acquittée.

Article 85 ⁶⁵- Transport des malades

[Retour TM ¶](#)

Pour le transport concernant la dialyse, la chimiothérapie, la radiothérapie, la radiumthérapie, les 30 premières consultations de contrôle après transplantation d'organe, ainsi que les 30 premières séances relatives à la réadaptation après infarctus et la rééducation des membres inférieurs, l'intervention est de :

- 0,20 € du km en ambulance
- 0,15 € du km en taxi ou voiture particulière

Cette intervention est limitée à 30 km sauf accord de la mutualité lorsque le centre le plus proche ne se situe pas dans ce rayon. L'indemnité n'est accordée que pour un aller et un retour pour chaque séance.

Article 86 - Transport des malades

[Retour TM ¶](#)

Le remboursement octroyé aux articles 83 et 84 ne peut en aucun cas dépasser le montant de la facture.

2. Frais de déplacement

Article 87 ⁶⁶

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour par la mutualité - numéro réservé)

3. Frais de transport divers

Article 88

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

⁶³ En vigueur depuis le 01.01.2011 – A.G. du 28.10.2010 – accord OCM du 12.04.2011

⁶⁴ En vigueur depuis le 01.01.2006 – A.G. du 06.10.2005 – accord OCM du 19.12.2005

⁶⁵ En vigueur depuis le 01.01.2011 – A.G. du 28.10.2010 – accord OCM du 12.04.2011

⁶⁶ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

Section 6 . Indemnités uniques

1. Naissance - adoption

Article 89 ⁶⁷ - Naissance - Adoption

[Retour TM ¶](#)

Une prime fixée forfaitairement à 300 euros est offerte par la mutualité en raison de la naissance ou de l'adoption d'un enfant. Pour pouvoir bénéficier de cette prime offerte par enfant, il faut qu'au moins un des deux parents ou adoptants soit membre de la mutualité 128 au moment de la naissance ou de l'adoption.

Cette intervention est versée uniquement au membre dont le nouveau-né ou l'enfant adopté est à la charge au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Décès

Article 90

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

3. Autres indemnités uniques

Article 91

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

⁶⁷ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 28.06.2012 – accord OCM du 09.10.2012

Section 7 . Indemnités et interventions diverses

1. Fonds social

Article 92 ⁶⁸⁻ Fonds social

[Retour TM ¶](#)

But :

octroyer une intervention financière aux bénéficiaires qui sont confrontés à des frais exceptionnels et élevés ou à des pertes de revenus consécutifs à leur état de santé, à un traitement médical ou à des soins.

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 ;
- le montant des cotisations mutualistes personnelles pour une année civile au maximum.

Les coûts d'un traitement médical ou de soins n'entrent en considération qu'à condition que la nécessité médicale du traitement ou des soins puisse être démontrée au moyen d'une attestation du médecin spécialiste traitant.

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

Avantage

L'intervention prévue dans ce service :

- n'est octroyée que si le montant total des frais s'élève à minimum 100 euros ;
- s'élève à 75 % des frais pris en considération qui sont à charge du bénéficiaire ;
- est limitée à un maximum de 1000 euros par dossier ;
- est limitée à un maximum de 3000 euros par année civile;

Pour les bénéficiaires avec un statut social au sens de l'article 37, §§ 1, 2 et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le montant total de l'intervention (l'addition de l'intervention de l'entité mutualiste et d'une autre intervention éventuellement octroyée en vertu d'une disposition légale ou réglementaire) ne peut pas être inférieur à celui octroyé aux autres membres.

On entend par "dossier" au sens du présent article: tous les frais qui sont la conséquence d'un même état de santé, d'un même traitement ou des mêmes soins. Dès que les frais se rapportent à ou sont la conséquence d'un nouvel état de santé, d'un nouveau traitement médical ou de nouveaux soins, un nouveau dossier est ouvert.

Modalités

L'intervention est octroyée sur présentation :

- d'une demande du bénéficiaire ;
- des factures et notes de frais qui prouvent les frais exceptionnels et élevés à charge du membre.

2. Coopération au développement

Article 93 ⁶⁹⁻ Abrogé

[Retour TM ¶](#)

3. Indemnité de vacances pour invalides

Article 94

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

⁶⁸ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011, du 20.12.2011 et du 20.06.2013 – Accord OCM du 12.12.2013

⁶⁹ Annulation de l'insertion au 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 puis du 28.06.2012 – Accord OCM du 09.10.2012

Section 8 . Bien-être

1. Jeunesse : Interventions individuelles

Interventions individuelles

Article 95 ⁷⁰ - Vacances

[Retour TM ↵](#)

La Mutualité accorde une intervention financière aux membres qui participent à un séjour ou une activité défini ci-après.

1. Camps de vacances organisés par un mouvement de jeunesse et stages résidentiels

La Mutualité intervient dans les frais d'inscription des participants ou animateurs à un camp de vacances organisé par un mouvement de jeunesse ou à un stage résidentiel.

L'organisateur doit avoir son siège social ou son domicile en Belgique.

Le camp doit avoir une durée minimale de 4 nuitées.

L'intervention s'élève à 2,5 € par nuitée.

Cet avantage n'est pas attribué pour les camps de vacances organisés par l'asbl Jeunesse et Santé dont le numéro d'entreprise est le 0411.971.074.

2. Séjours de vacances organisés par un institut médico-pédagogique

La Mutualité intervient dans les frais d'inscription des participants à un séjour de vacances organisé par un Institut Médico-Pédagogique belge.

L'intervention s'élève à 5 € par nuitée.

3. Séjours pédagogiques organisés par une école maternelle ou primaire

La Mutualité intervient dans les frais d'inscription des participants à un séjour pédagogique (classe verte, classe de neige,) organisé par leur établissement scolaire maternel ou primaire belge, pendant la durée de l'année scolaire.

L'intervention s'élève à 5 € par nuitée.

4. Plaines de jeux et stages non résidentiels

La Mutualité intervient dans les frais de participation des participants à une plaine de jeux ou un stage non résidentiel en Belgique.

L'intervention s'élève à 1,50 € par jour. Elle est cependant réduite à 0,50 € par jour pour les 10 premiers jours de chaque année si, parmi ces 10 jours, au moins 5 sont consécutifs.

Cet avantage n'est pas attribué pour les plaines de jeux organisées par l'asbl Jeunesse et Santé dont le numéro d'entreprise est le 0411.971.074.

Pour toutes les interventions prévues par cet article, la qualité de membre en ordre de cotisation et de stage doit exister le jour de la dépense qui fait naître le droit à l'avantage.

Article 95bis ⁷¹ - Abonnements aux clubs ou infrastructures sportifs

[Retour TM ↵](#)

L'opération a pour objectif de promouvoir la pratique d'une activité physique saine et régulière auprès des enfants et des adolescents en accordant un remboursement partiel de leurs frais d'abonnement en tant que sportif amateur à un club ou à une infrastructure de sport.

Les bénéficiaires de cette opération sont les mineurs qui sont en ordre de cotisation d'assurance complémentaire le jour du paiement des frais d'abonnement au club ou à l'infrastructure de sport.

L'intervention est de 40 euros maximum par année civile et par bénéficiaire. Elle ne peut dépasser le montant des frais d'abonnement réellement encourus par le membre.

Le remboursement s'effectue sur la base d'un formulaire de demande d'intervention fourni par la mutualité et complété par le membre et le responsable du club sportif ou de l'infrastructure sportive ou, à défaut, de tout autre document attestant des mêmes informations.

⁷⁰ En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 – accord OCM du 4 février 2019

⁷¹ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011, du 20.12.2011, du 28.06.2012 – accord OCM du 09.10.2012

Article 96 ⁷² Vacances et formation des jeunes

[Retour TM ¶](#)

Afin de mieux réaliser ses buts définis à l'article 2 et notamment vis-à-vis des jeunes et des familles, la Mutualité peut organiser des activités et des services au profit de ses membres ainsi que de leurs bénéficiaires, tels que :

- La formation d'animateurs et de coordinateurs de centres de vacances,
- l'organisation de séjours de vacances,

Dans ce cadre, la Mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'A.S.B.L. « Jeunesse et Santé » dont le numéro d'entreprise est le 0411.971.074.

En application de cet accord, la mutualité rembourse à ses membres 75 euros par an dans le prix d'une session de formation à l'animation / encadrement des jeunes organisée par l'ASBL Jeunesse et Santé

Article 96bis⁷³ -

[Retour TM ¶](#)

2. Malades - Handicapés : Interventions individuelles

Interventions individuelles

Article 97 ⁷⁴ Malades

[Retour TM ¶](#)

La Mutualité accorde une réduction sur le prix du séjour des aidants qui encadrent les vacances pour personnes malades organisées dans le cadre du service « Caisse nationale de convalescence » de l'Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes (article 42 des statuts de l'ANMC).

L'intervention est de 50 % du prix demandé.

Article 98 ⁷⁵

[Retour TM ¶](#)

3. Handicapés : Interventions individuelles

Hébergement en institution

Article 99 ⁷⁶

[Retour TM ¶](#)

Transport collectif adapté

Article 100 ⁷⁷

[Retour TM ¶](#)

4. Pensionnés : Interventions individuelles

Article 101 ⁷⁸

[Retour TM ¶](#)

5. Education sanitaire et promotion du sport :

Article 102 ⁷⁹ -

[Retour TM ¶](#)

La mutualité veut favoriser les attitudes et actions préventives de ses membres en vue de conserver une santé optimale, et ce au moyen

- de formation d'animateurs santé
- de promotion d'activités sportives

Dans ce but, elle a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL Promusport , enregistrée sous le numéro d'entreprise 0435.795.759, ainsi qu'avec le service « activités extrascolaires » de l'ASBL Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental, enregistrée sous le numéro d'entreprise 465.077.485.

En application de cet accord, la mutualité rembourse au membre 30 % du prix demandé pour sa participation à une activité organisée dans ce cadre par l'une de ces ASBL.

⁷² En vigueur depuis le 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 – Accord OCM du 04.02.2019

⁷³ Abrogé depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – accord OCM du 24.04.2012

⁷⁴ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – Accord OCM du 24.04.2012

⁷⁵ Abrogé depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

⁷⁶ Abrogé depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.10.2011 – accord OCM du 24.04.2012

⁷⁷ Abrogé depuis le 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – accord OCM du 24.04.2012

⁷⁸ Abrogé depuis le 01.01.2014 – A.G. du 20.06.2013 – accord OCM du 12.11.2013

⁷⁹ En vigueur depuis le 01.07.2014 – A.G. du 26.06.2014 – accord OCM du 02.10.2014

6. Aide aux victimes

Article 103

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

Section 9 . Information

1. Assistance juridique

Article 104 - Assistance juridique ⁸⁰

[Retour TM ¶](#)

La mutualité organise, en collaboration avec l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, un service d'Assistance Juridique. Le service a pour but d'organiser et de prendre partiellement à sa charge l'assistance juridique des membres visés à l'article 9, en vue de la défense des droits qui résultent pour eux des législations concernant :

- l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et, en particulier, les accords et conventions avec les dispensateurs de soins;
- les pensions de retraite et de survie;
- les allocations familiales pour handicapés;
- les prestations d'assistance sociale;
- le dédommagement dû par des personnes et Institutions, dans les cas qui peuvent tomber dans le champ d'application de l'article 136 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
- le droit de la famille
- l'endettement

De manière très concrète, le service d'assistance juridique offre à ses membres :

- la gratuité pour
 - une consultation de l'avocat de la mutualité dans les matières reprises à l'alinéa précédent ;
 - des démarches (courrier, avis médical,...) en vue d'obtenir des arrangements à l'amiable;
- une prise en charge partielle pour une assistance devant le tribunal ad hoc; cela consiste en la préparation du dossier, en la désignation d'un avocat, la prise en charge financière de toute expertise, frais d'huissier, indemnité de procédure,...
- un service de médiation de dettes, tel que défini par le décret du gouvernement de la région Wallonne du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes, tant que les principes de fonctionnement et lignes directrices dudit décret sont conformes à la loi du 6 août 1990 et à la loi du 26 avril 2010.

2. Information périodique des membres

Article 105 Information

[Retour TM ¶](#)

Ce service est destiné à la prise en charge du coût des journaux et publications ainsi que le financement des initiatives de la mutualité en matière d'information.

3. Information concernant l'utilisation de formules de soins médicaux moins coûteuses

Article 106

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

4. Assistance sociale

Article 107 ⁸¹ Centre de service social

[Retour TM ¶](#)

But :

Le service social 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

⁸⁰ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

⁸¹ En vigueur depuis le 01.07.2015 – AG du 25.05.2015 – Accord OCM du 01.10.2015

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 un chacun sans condition quel que soit son âge, son sexe et son état de santé.

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 l'espèce 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. 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.

Ressources :

Pour la réalisation des prestations qui ne font pas partie de la mise en œuvre de l'assurance obligatoire, le service est financé par des ressources allouées par le Gouvernement Wallon. Il n'y a pas de cotisations allouées à ce service.

Modalités :

Tant qu'ils sont conformes à la loi du 6 août 1990 et à la loi du 26 avril 2010, le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et lignes directrices

Article 107bis ⁸² :

5. Informations thématiques diverses

Consultations et planning familiaux

Article 108 ⁸³ Planning familial

[Retour TM ¶](#)

La mutualité a la volonté de favoriser l'accès de ses membres à des services de qualité en matière de consultations et de planning familiaux. Dans ce but, elle a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL "Centre de planning et de consultation familiale et conjugale LA BULLE », enregistrée sous le numéro d'entreprise 0414.439.626.

En application de cet accord, la mutualité rembourse au membre qui fait appel aux services de l'ASBL :

- 6 euros pour chaque consultation d'un juriste, d'un sexologue ou d'un conseiller conjugal
- le ticket modérateur du prix des consultations d'un médecin.

L'ASBL pratique le tiers payant avec les membres bénéficiant de cette opération.

6. Animation des circonscriptions

Article 109 ⁸⁴

[Retour TM ¶](#)

Section 10 . Fonctionnement et garanties

1. Fonds spécial de réserve - régime général

Article 110

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

⁸² Introduit au 01.01.2012 – AG du 25.10.2012 – accord OCM refusé le 28.01.2013 → annulation

⁸³ En vigueur depuis le 01.01.2017 – A.G. du 27.10.2016 – accord OCM du 23.02.2017

⁸⁴ Abrogé au 01.01.2012 – A.G. du 20.12.2011 – Accord OCM du 24.04.2012

2. Fonds spécial de réserve - régime des travailleurs indépendants

Article 111

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

3. Fonds de garantie

Article 112

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

4. Patrimonial

Article 113 ⁸⁵⁻ Patrimoine

[Retour TM ¶](#)

La mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'association sans but lucratif "Association Chrétienne de l'Entraide et de la Solidarité" (n° d'entreprise 0411.079.664), pour soutenir l'accomplissement de son objet.

L'objet social repris à l'article 1^{er} des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour objet, la réalisation d'œuvres régulièrement agréées par la Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental.

Par réalisation d'œuvres, on entend :

prendre, promouvoir, soutenir toutes initiatives susceptibles de préserver, d'améliorer et de défendre la santé physique et morale des membres de la mutualité.

A ce titre, elle pourra créer, acquérir, administrer, gérer et exploiter en tous lieux jugés opportuns par le conseil d'administration, en Belgique ou à l'étranger, un ou plusieurs centres de locaux affectés aux œuvres de la mutualité chrétienne du Hainaut Oriental, cet objet doit être entendu dans son sens le plus large et comprendre notamment:

l'ouverture de locaux de travail, de réunions, de salles de lecture, de homes de vacances, de convalescence...

où les mutualistes et leurs ayants droits seront admis suivant les conditions d'accès et de séjour fixées souverainement par ledit conseil d'administration, dans un règlement d'ordre intérieur. Cette énumération n'est qu'exemplative et en aucun cas limitative.

En outre, elle pourra procurer à tous organismes ou institutions, constitués dans le même but ou dans le but de prendre, promouvoir et soutenir toutes initiatives d'ordre médico-social, agréées par le conseil d'administration de la mutualité, toute aide matérielle et morale destinée à leur faciliter la réalisation de leur objet social.

L'association pourra posséder soit la jouissance, soit la propriété de tous immeubles nécessaires à la réalisation de ses objets.

Elle pourra également procéder à tous emprunts, affecter tous biens en gage et en hypothèque, donner tous cautionnements.

L'association est notamment habilitée à recevoir et à utiliser les fonds, soit pour la réalisation de ses immeubles propres, soit pour accorder toute aide matérielle selon des modalités à déterminer par l'assemblée générale, fonds spécialement perçus aux fins ci-dessus, auprès des affiliés de la Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental. »

Le financement est destiné à l'action collective suivante :

Acquisition, gestion et exploitation de locaux loués à la Mutualité pour permettre à celle-ci d'exercer ses activités.

Le montant annuel du financement est repris en annexe 2 des présents statuts.

5. Centre administratif

Article 114 ⁸⁶⁻ Centre administratif - Centre de compensation

[Retour TM ¶](#)

⁸⁵ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011, du 20.12.2011, du 28.06.2012 et du 25.10.2012 – accord OCM du 28.01.2013

⁸⁶ En vigueur depuis le 01.01.2014 – A.G. du 26.06.2014 – Accord OCM du 02.10.2014

Le centre administratif (98/1), distinct du centre administratif (98/2) mentionné à l'article suivant, a une fonction de centre de répartition des 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 déterminés seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur la base de clés objectives. À l'issue de l'exercice comptable, ce service administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.

Article 114bis⁸⁷- Centre administratif - Résultat des frais d'administration de l'assurance obligatoire

[Retour TM ↵](#)

Le centre administratif (98/2), distinct du centre administratif (98/1), a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, §5, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service. Les produits et charges déterminés par l'Office de contrôle sont également attribués à ce service de code 98/2.

Article 114ter⁸⁸- Actions collectives (Abrogé)

[Retour TM ↵](#)

Article 114quater⁸⁹ - Subvention de structures socio-sanitaires

La mutualité octroie une subvention aux structures socio-sanitaires suivantes, lesquelles ne constituent pas une opération ni un service ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur ÷.

Le montant annuel des subventions est repris en annexe 3 des présents statuts.

1. l'ASBL « Coordination Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental », enregistrée sous le numéro d'entreprise 442.514.889.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour objet la coordination nécessaire à la dispensation structurée de soins et services à domicile en faveur des personnes résidant dans les communes des zones 2 Centre Soignies, 8 Charleroi et 11 Philippeville selon l'agrément et les zones définis par la Région Wallonne.

Elle vise également :

- à développer des conventions de collaboration avec différents services et prestataires pour réaliser cette coordination ;
- à mener une action de prévention et d'éducation à la santé par la sensibilisation et la prise de conscience des besoins de santé personnels et collectifs ;
- à recréer des solidarités locales pour promouvoir l'entraide sociale.

Elle prend toutes initiatives utiles à cet objet social et suscite la rencontre de partenaires et la création de services nouveaux favorisant le maintien des personnes dans leur cadre de vie familial. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

2. l'ASBL « Centre régional de Santé de la Thudinie - Services préventifs médico-sociaux » (n° d'entreprise 0409.147.285)

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour but, à l'exclusion de tout but de lucre, tout ce qui concerne directement ou indirectement la création, l'organisation, la gestion des services de médecine préventive, la promotion de la santé à l'école, et plus généralement de toutes activités relevant de la médecine sociale et de l'éducation à la santé. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

3. l'ASBL "Le Rouveroy", enregistrée sous le numéro d'entreprise 0430.684.453.

L'objet social repris à l'article 1^{er} des statuts de cette ASBL est le suivant :

⁸⁷ En vigueur depuis le 01.01.2014 – A.G. du 26.06.2014– Accord OCM du 02.10.2014

⁸⁸ Insertion au 01.01.2012 annulée – A.G. du 20.12.2011, du 28.06.2012 et du 25.10.2012 – Accord OCM du 28.01.2013

⁸⁹ En vigueur au 01.01.2018– A.G. du 26.10.2017 – Accord OCM du 08.02.2018

« [L'association] a pour objet la création, le développement en particulier par acquisition de biens, et la gestion à tout titre quelconque et notamment comme propriétaire, gérante, locataire, commodataire, emphytéote de toute institution ou organisme développant des activités au profit des personnes présentant des besoins psycho-médico-sociaux, et notamment au profit des handicapés et des personnes âgées. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

4. L'ASBL « Mobilité en Hainaut » enregistrée sous le numéro d'entreprise 479.410.919.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour but l'organisation d'un ou plusieurs services de proximité, et notamment la mise en œuvre et la réalisation de tous les projets facilitant le déplacement des personnes à mobilité réduite, principalement dans la province du Hainaut, ainsi que la sensibilisation de l'opinion publique à cette question.

De plus, l'association a pour but de favoriser la mise au travail de personnes en rupture d'intégration sociale et veiller à leur assurer une formation qualifiante. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

5. L'ASBL « Autonomie », enregistrée sous le numéro d'entreprise 0447.571.757.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour objet l'accompagnement en milieu ouvert des personnes adultes présentant un handicap physique ou mental, en vue de leur insertion sociale et/ou professionnelle la meilleure possible et de l'acquisition et/ou la prévention de leur autonomie dans les actes de la vie courante et notamment ceux qui touchent le logement, le travail, la gestion budgétaire, les loisirs, etc.

Elle vise également l'aide aux familles d'enfants et de jeunes handicapés.

Elle peut aussi mener des actions de conscientisation du grand public sur les problèmes d'intégration des personnes handicapées. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

6. L'ASBL « Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental », enregistrée sous le numéro d'entreprise 0465.077.485.

L'objet social repris à l'article 2 des statuts de cette SBL est le suivant :

« L'association a pour objet

- de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinions politiques philosophiques ou religieuses, des professionnels qualifiés dans le domaine de l'aide à domicile - notamment des aides familiales, des aides seniors, des garde-malades, des aides ménagères - à la disposition des familles des personnes âgées ou des personnes gravement malades et/ou handicapées ou des familles avec petits enfants, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales et de tout acte de la vie quotidienne, et de leur proposer une réponse adaptée à leur perte d'autonomie en termes de transport adapté notamment pour se rendre à des rendez-vous médicaux, à caractère social, récréatifs.
- de favoriser et de systématiser, dans le cadre des centres de coordination de soins et de services à domicile, la réponse coordonnée aux différents besoins.
- de mettre à la disposition de toute la population des services de soins infirmiers et palliatifs à domicile, et de médecine sociale dans son sens le plus large
- l'organisation de tous services collectifs destinés à la petite enfance et à l'enfance (crèche, accueil extrascolaire, halte-garderie, maison d'enfants, cette liste n'étant pas limitative). »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres ni les avantages prévus aux articles 74, 76, 77, et 102 des présents statuts ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres.

7. L'A.S.B.L. « Centre de planning et de consultation familiale et conjugale LA BULLE », enregistrée sous le numéro d'entreprise 414.439.626.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« 1. La préparation des jeunes à la vie affective, sexuelle, conjugale et parentale ;

2. L'adaptation réciproque des époux ;

3. La prise de conscience par les parents de leur rôle à l'égard de leurs enfants ;

4. La guidance des familles dont les membres ont des problèmes relationnels ;
 5. L'information concernant la régulation des naissances et les moyens contraceptifs, ainsi que, le cas échéant, la mise à disposition de ces moyens ;
 6. L'accueil et la guidance des femmes qui, à cause de leur grossesse, se trouvent dans une situation critique ;
 7. Les informations relatives aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA et tout ce qui s'y rapporte directement, indirectement ou accessoirement. »
- En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres ni les avantages prévus à l'article 108 des présents statuts ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres.

8. l'Union Technique de la Mutualité (UTM), mutualité régie par la loi 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali.

L'objet social repris à l'article 2 des statuts de cette mutualité est le suivant :

- a) « Assurer le développement de la mutualité sur toute l'étendue du territoire à travers la sensibilisation et l'appui aux initiatives des communautés,
- Assurer la représentation et la défense des intérêts de la Mutualité Malienne auprès :
 - des pouvoirs publics et/ ou privé nationaux,
 - des instances et institutions internationales,
 - des professionnels de santé et autres prestataires.
 - Assurer des services communs de gestion des garanties pour ses groupements membres
 - Réaliser des actions d'étude et de recherche devant permettre le développement des groupements membres
 - Veiller à leur bon fonctionnement en apportant :
 - un appui technique, des conseils,
 - des prestations de services pour toutes les actions de communication, de gestion, d'administration, financières ou de commercialisation,
 - une cellule de formation pour former leurs administrateurs et leurs personnels.
 - Favoriser tant la définition que l'évolution de la doctrine et de la politique mutualiste, grâce en particulier à la tenue de congrès nationaux ou assemblées générales nationales.
 - Gérer les activités ci-après dans les conditions déterminées par des règlements spéciaux approuvés par l'autorité administrative
 - des caisses de réassurance mutualiste,
 - un fonds de garantie,
 - un fonds de formation des administrateurs, militants et personnel salarié,
 - un centre de formation »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

9. l'ASBL « Énéo » dont le numéro d'entreprise est le 0414.474.169.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

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

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

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres ni les avantages prévus à l'article 101 des présents statuts ni aucun autre avantage par rapport aux non-membres.

10. l'ASBL « PROMUSPORT » (n° d'entreprise 0435.795.759).

L'objet social repris à l'article 2 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour objet la promotion de la santé par le biais d'activités sportives, de formation, d'éducation, de sensibilisation visant à accroître le bien-être physique, mental et social, principalement de la population du Hainaut oriental.

Ses moyens d'action sont, notamment, à son initiative ou en soutien, la production et la diffusion d'outils pédagogiques ; l'organisation de conférences-débat, de stages résidentiels ou non résidentiels, de séances d'initiation sportive ; l'organisation et la conduite d'actions dans le champ de la santé ; ... »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres ni les avantages prévus à l'article 102 des présents statuts ni aucun autre avantage par rapport aux non-membres.

11. L'A.S.B.L. « Jeunesse et Santé » dont le numéro d'entreprise est le 0411.971.074.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour but de promouvoir, par des activités sociales, culturelles et sportives et dans une dynamique d'éducation permanente, le sain épanouissement de la jeunesse, ce qui postule sa participation.

Ce but se réalise entre autres au travers des objets suivants :

- a) la formation technopédagogique d'animateurs de jeunes ;
- b) le développement de projets de promotion de la santé ;
- c) le soutien et la représentation des Régionales qui la constituent ;
- d) l'encouragement et la collaboration avec d'autres mouvements ou services de jeunesse ;
- e) la mise à disposition de toute l'infrastructure appropriée à ces activités. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres ni les avantages prévus aux articles 95 et 96 des présents statuts ni aucun autre avantage par rapport aux non-membres.

12. L'A.S.B.L. « Altéo », enregistrée sous le numéro d'entreprise 410.383.442.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

« L'association a pour but de prendre, promouvoir, soutenir toutes initiatives ayant pour but de favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale de toutes les personnes rencontrant des limites significatives d'ordre physique, mental ou de santé, dans le sens le plus large et en particulier leur insertion dans le circuit économique et social, ainsi que d'assurer leur représentation en vue de défendre leurs intérêts.

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

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres ni les avantages prévus à l'article 98 des présents statuts ni aucun autre avantage par rapport aux non-membres.

13. (abrogé)

14. L'A.S.B.L. « EnéoSport », enregistrée sous le numéro d'entreprise 418.415.834.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant :

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

L'association a pour objet :

- D'encourager et d'organiser, dans les meilleures conditions de sécurité, la pratique sportive des aînés de manière à contribuer, par l'intermédiaire de ses activités, à l'épanouissement et au bien-être physique, psychique et social des membres de ses cercles.
- D'assurer la formation des 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. »

En aucun cas cette subvention ne sert à octroyer aux membres un avantage quelconque par rapport aux non-membres.

Article 115 Information ⁹⁰

[Retour TM ↓](#)

Il est créé un fond de promotion destiné à faire connaître les services et opérations offerts aux membres.

⁹⁰ En vigueur au 01.01.2012 – A.G. du 28.06.2012 – Accord OCM du 09.10.2012

Deuxième partie : Assurances à affiliation facultative

Section 1 . Soins médicaux et paramédicaux

1. Soins de santé

Article 116 ⁹¹ - Soins de santé

[Retour TM ¶](#)

(Abrogé suite à l'intégration des soins de santé petits risques dans l'assurance obligatoire)

2. Soins à l'Etranger

Article 117 ⁹²

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour par la mutualité - numéro réservé)

Section 2 . Incapacité de travail

1. Indemnités journalières pendant plus d'un an

Article 118

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

2. Indemnités journalières pour une durée d'un an au maximum

Article 119

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

3. Indemnités journalières pour une durée de trois mois au maximum

Article 120

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

Section 3 . Soins intra-muros

1. Hospitalisation : Indemnité forfaitaire - Affiliation facultative

Article 121

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour - réservé)

2. Hospitalisation : Indemnité variable - Affiliation facultative

Article 122 - Hospitalisation ⁹³

[Retour TM ¶](#)

La Mutualité offre à ses membres les avantages statutairement octroyés par la Société Mutualiste MC Assure, dont le siège est établi à Bruxelles et auprès de laquelle elle est affiliée conformément aux dispositions de l'article 43bis §5 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Section 4 . Indemnités uniques

1. Epargne prénuptiale

Article 123 ⁹⁴

[Retour TM ¶](#)

(Pas utilisé à ce jour par la mutualité - numéro réservé)

⁹¹ Abrogé depuis le 01.01.2008 – A.G. du 13.10.2007 – accord OCM du 21-01-2008

⁹² En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

⁹³ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

⁹⁴ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord OCM du 25.10.2011

Chapitre Sept : Dispositions générales (abrogé)

Article 124 ⁹⁵

[Retour TM ↓](#)

Chapitre Huit : Budgets et comptes

Article 125 ⁹⁶- Comptabilité - Recettes - Patrimoine

[Retour TM ↓](#)

Pour chacun des services et opérations mentionnés à l'article 2, b des présents statuts, la mutualité emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 paragraphe 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 45;
- 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 titres réalisés afférents à chacun d'eux et ce, sur la base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces différents services ou groupes de services.

Les produits et les charges techniques, à savoir les produits et les charges afférents, par nature, directement à un service déterminé de l'assurance libre et 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 libre et 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 paragraphe 4 de la loi du 6 août 1990.

⁹⁵ Disposition abrogée au 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 – Accord O.C.M. du 25.10.2011

⁹⁶ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011, du 20.12.2011 et du 28.06.2012 – Accord OCM du 09.10.2012

Chapitre Neuf : Modifications statutaires - Dissolution - Fusion et liquidation - Partage de fonds

Article 126 Modifications statutaires ⁹⁷

[Retour TM ↴](#)

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.

Article 127 ⁹⁸- Dissolution et liquidation - Partage des actifs résiduels

[Retour TM ↴](#)

§ 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 06 août 1990.

§ 2 - 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 128 - Fusion

[Retour TM ↴](#)

La mutualité peut fusionner avec une autre mutualité membre de la même Union Nationale, selon les modalités prévues à l'article 44 de la loi du 6 août 1990.

Article 129 - Partage de fonds

[Retour TM ↴](#)

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

⁹⁷ En vigueur depuis le 01.01.2012 – A.G. du 23.06.2011 et du 20.12.2011 – Accord OCM du 24.04.2012

⁹⁸ En vigueur depuis le 01.01.2011 – A.G. du 28.10.2010 – Accord OCM du 12.04.2011

Chapitre Dix : Entrée en vigueur

Article 130 - Entrée en vigueur

99

[Retour TM ↵](#)

Ces statuts entrent en vigueur le 1er janvier 2020.

Le Secrétaire

Pascal Simon

Le Président

Alain Delabie

⁹⁹ Entrée en vigueur le 01.01.2019 – A.G. du 25.06.2018 – accord OCM du 31.08.18

Annexe 1 : Tableau des cotisations d'assurance complémentaire ¹⁰⁰

Version: 2019/1

Date d'approbation: 25/10/2018

Date d'application: 01/01/2019

Statut: D - créé, pas contrôlé

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

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

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

Références (articles des statuts)

45b

45b

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	7	49 à 104	30,00	30,00	0,00	0,00
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	105-109	3,96	3,96	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0	114/3-4	7,20	7,20	0,00	0,00
93	Patrimoine	1	113	3,60	3,60	0,00	0,00
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	114	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	114/2	12,00	12,00	0,00	0,00
Total				56,76	56,76	0,00	0,00

¹⁰⁰ En vigueur le 01.01.2019 – AG du 25.10.2018 – Accord OCM du 04.02.2019

Annexe 2 : Montants annuels du financement d'actions collectives¹⁰¹

Aperçu du financement d'actions collectives visées à l'article 1^{er}, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Action collective (article statutaire 113 - code 93)	Financement effectif année 2019	Financement maximal envisagé année 2020
Association Chrétienne d'Entraide et de Solidarité, ASBL	<p>Le financement est destiné à une action collective qui consiste de manière générale en l'acquisition, la gestion et l'exploitation de locaux loués à la Mutualité pour permettre à celle-ci d'exercer ses activités.</p> <p>En 2019, l'asbl ACES propriétaire sur le territoire du Hainaut Oriental de 21 bâtiments mis à la disposition de la Mutualité, a affecté le financement dans l'intervention partielle des postes de charges ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none">• Travaux d'entretien des biens immobiliers à charge du propriétaire : 353.975 EUR• Charges administratives courantes 29.105 EUR• Remboursements partiels d'emprunts contractés pour l'acquisition des biens immobiliers : 143.333 EUR	200.000 euros

Le montant du financement est fixé annuellement par l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut modifier le financement envisagé 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.

¹⁰¹ Tableau en vigueur le 01.01.2020 – AG du 02.12.2020 – Accord OCM du 26.03.2021

Annexe 3 : Montants annuels des subventions à des structures socio-sanitaires¹⁰²

Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires visées à l'article 1^{er}, 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 114quater - code 38)	Subvention effective année 2019	Subvention maximale envisagée année 2020
Coordination Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental, ASBL (article 114quater, 1)	40.000 €	40.000 €
Centre régional de Santé de Thudinie - Services préventifs médico-sociaux, ASBL (article 114quater, 2)	10.000 €	10.000 €
Le Rouveroy, ASBL (article 114quater, 3)	170.000 €	170.000 €
Mobilité en Hainaut, ASBL (article 114quater, 4)	0 €	0 €
Autonomie, ASBL (article 114quater, 5)	26.000 €	60.000 €
Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental (article 114quater, 6)	62.000 €	0 €
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale LA BULLE (article 114quater, 7)	0 €	0 €
Union Technique de la Mutualité, mutualité de droit malien (article 114quater, 8)	29.026 €	50.000 €
Enéo, ASBL (article 114quater, 9)	63.476,52 €	120.000 €
Promusport, ASBL (article 114quater, 10)	10.000 €	30.000 €
Jeunesse et Santé, ASBL (article 114quater, 11)	0 €	100.000 €
Altéo, ASBL (article 114quater, 12)	250.000 €	260.000 €
Enéo Sport, ASBL (article 114quater, 14)	34.575,79 €	50.000 €

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.

¹⁰² Tableau en vigueur le 01.01.2020 – AG du 24.10.2019 – Accord OCM du 30.01.2020

Annexe4 : ¹⁰³ Liste des accords de collaboration avec des personnes morales tierces

Services concernés		Identification de la personne juridique	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination et nature
15	Autres opérations	0435.795.759	Promusport, ASBL
15	Autres opérations	0414.439.626	Centre de planning et de consultation familiale et conjugale LA BULLE, ASBL
15	Autres opérations	0414.474.169	Enéo, ASBL
15	Autres opérations	0410.383.442	Altéo, ASBL
15	Autres opérations	0465.077.485	Aide & soins à domicile Hainaut oriental, ASBL
15	Autres opérations	0414.474.169	Jeunesse et Santé, ASBL
93	Patrimoine	0411.079.664	Association chrétienne d'entraide et de solidarité, ASBL

¹⁰³ Tableau en vigueur le 01.01.2019 – A.G. du 25.10.2018 – Accord OCM du 04.02.2019

Table des Matières

Préambule	2
Chapitre Un : Constitution - Dénomination - Buts - Siège social et Circonscriptions de la mutualité	3
Article 1 - Constitution - Dénomination	3
Article 2 - Buts	3
Article 3 - Siège social - Champ d'application	4
Article 4 - Union Nationale	4
Article 5 - Sections administratives	4
Chapitre Deux : Définitions, admission, démission et exclusion	7
Article 5bis - Définitions	7
Article 6 - Affiliation aux services de la mutualité	9
Article 6bis - Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire	11
Article 6ter - Refus d'affiliation en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités	12
Article 7 - Exclusion	12
Article 8 - Démission	12
Chapitre Trois : Catégories de membres	13
Article 9 - Catégories de membres	13
Chapitre Quatre : Organes de la mutualité	15
Section 1 . L'Assemblée Générale - Composition	15
Article 10 - Assemblée Générale - Composition	15
Article 11 - Assemblée Générale - Circonscriptions électorales	15
Article 12 - Circonscriptions électorales	16
Conditions de droit de vote et d'éligibilité	16
Article 13 - Assemblée Générale - Droit de vote - Eligibilité	16
Procédure électorale	17
Article 14 - Assemblée Générale - Procédure électorale - Candidatures	17
Article 15 - Assemblée Générale - Candidatures	17
Article 16 - Assemblée Générale - Procédure électorale	17
Article 17 - Assemblée Générale - Procédure électorale	17
Article 18 - Assemblée Générale - Bureau électoral	17
Article 19 - Assemblée Générale - Listes électorales	17
Article 20 - Assemblée Générale - Mode de scrutin	18
Article 21 - Assemblée Générale - Procédure électorale	18
Article 22 - Assemblée Générale - Mode de scrutin	18
Article 23 -	18
Article 24 - Assemblée Générale - Mode de scrutin	18
Article 25 - Assemblée Générale - Mode de scrutin	18
Article 26 - Assemblée Générale - Dépouillement	18
Article 27 - Assemblée Générale - Procédure électorale	18
Article 28 - Assemblée Générale - Procédure électorale	19
Article 29 - Assemblée Générale - Installation	19
Article 30 - Assemblée Générale - Compétences - Procuracy - Délégation - Revisorat	19
Article 31 - Assemblée Générale - Vacance	19
Section 2 . Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'union nationale et des sociétés mutualistes auxquelles la mutualité est affiliée.	20
Article 32 - Assemblée Générale de l'Union Nationale	20
Article 33 - Assemblée Générale des sociétés mutualistes	20
Article 34 - Assemblée Générale de la société mutualiste MC Assure	20
Article 35 -	20
Section 3 . Conseil d'Administration.	20
Article 36 - Conseil d'Administration - Composition - Eligibilité - Indemnités	20
Article 37 - Conseil d'Administration - Election	20
Article 38 - Conseil d'Administration - Démission - Exclusion	21
Article 39 - Conseil d'Administration - Compétences	21
Section 4 . Président - Secrétaire - Trésorier.	21
Article 40 - Conseil d'Administration - Composition	21
Article 41 - Président	21
Article 42 - Secrétaire	21
Article 43 - Trésorier	22

Section 5 .	Bureau	22
Article 44	- Bureau	22
Chapitre Cinq : Cotisations		23
Article 45	- Cotisations	23
Article 45bis	- Sanction en cas de défaut de paiement des cotisations	23
Article 46	- Cotisations	26
Chapitre Six : Assurance complémentaire - Services organisés par la mutualité		27
Article 47	- Généralités	27
Article 48	- Stage d'attente	27
Article 48bis	- Prescription	27
Article 48ter	- Subrogation	27
Première partie : Opérations et services à affiliation obligatoire		27
Section 1 .	Soins médicaux et paramédicaux	27
1. Soins à l'Etranger		27
Article 49	- Soins à l'Etranger	27
2. Logopédie et psychomotricité		27
Article 50	Logopédie - Service	27
Article 51		28
Article 52		28
3. Pédicure		28
Article 53		28
4. Matériel de soins		28
Article 54		28
5. Orthodontie		28
Article 55		28
6. Lunettes et prothèses		28
Article 56		28
Article 57		28
7. Thérapies alternatives		28
Article 58		28
Article 59		28
Traitement des troubles du comportement alimentaire		28
Article 60	- Prévention / Diététique	28
8. Prestations médicales diverses		28
Article 61	- Prévention / Vaccins	28
Article 62	- Diabète	29
Article 63	-	29
Article 64	-	29
Article 65	-	29
Section 2 .	Incapacité de travail	29
1. Indemnités journalières pour une durée d'un an au maximum		29
Article 66		29
2. Indemnités journalières pour une durée de 3 mois au maximum		29
Article 67		29
Section 3 .	Soins Intra-Muros	29
1. Hospitalisation : Indemnité forfaitaire - affiliation obligatoire		29
Article 68		29
2. Hospitalisation : Indemnité variable - affiliation obligatoire		29
Article 69	- Hospitalisation	29
3. Séjour dans un préventorium		29
Article 70		29
4. Cures de convalescence		30
Article 71		30
5. Courts séjours		30
Article 72		30
6. Hospitalisation : personnes accompagnantes		30
Article 73		30
Section 4 .	Soins à Domicile	31
1. Soins de santé à domicile		31
Soins infirmiers		31
Article 74	- Soins à domicile	31
Coordination d'aide et de soins à domicile		31

Article 75	31
Garde d'enfants malades à domicile	31
Article 76 - Accueil enfants malades	31
Article 76bis -	31
2. Aide familiale et aux personnes âgées	31
Article 77 - Aide aux personnes - aide à la maternité	31
3. Service de prêt	32
Article 78 -	32
4. Système d'alarme	32
Article 79	32
5. Conseils d'aide à l'indépendance fonctionnelle de personnes dépendantes	32
Article 80	32
6. Assurance soins	32
Article 81	32
Section 5 . Transport et frais de déplacement	33
1. Ambulance	33
Article 82 - Transport des malades	33
Article 83 - Transport des malades	33
Article 84 - Transport des malades	33
Article 85 - Transport des malades	33
Article 86 - Transport des malades	33
2. Frais de déplacement	33
Article 87	33
3. Frais de transport divers	33
Article 88	33
Section 6 . Indemnités uniques	34
1. Naissance - adoption	34
Article 89 - Naissance - Adoption	34
2. Décès	34
Article 90	34
3. Autres indemnités uniques	34
Article 91	34
Section 7 . Indemnités et interventions diverses	35
1. Fonds social	35
Article 92 - Fonds social	35
2. Coopération au développement	35
Article 93 -	35
3. Indemnité de vacances pour invalides	35
Article 94	35
Section 8 . Bien-être	36
1. Jeunesse : Interventions individuelles	36
Interventions individuelles	36
Article 95 - Vacances	36
Article - Abonnements aux clubs ou infrastructures sportifs	36
Article 96 Vacances et formation des jeunes	37
Article 96bis -	37
2. Malades - Handicapés : Interventions individuelles	37
Interventions individuelles	37
Article 97 Malades	37
L'intervention est de 50 % du prix demandé.	37
Article 98	37
3. Handicapés : Interventions individuelles	37
Hébergement en institution	37
Article 99	37
Transport collectif adapté	37
Article 100	37
4. Pensionnés : Interventions individuelles	37
Article 101	37
5. Education sanitaire et promotion du sport :	37
Article 102	37
6. Aide aux victimes	38
Article 103	38

Section 9 . Information	38
1. Assistance juridique	38
Article 104 - Assistance juridique	38
2. Information périodique des membres	38
Article 105 Information	38
3. Information concernant l'utilisation de formules de soins médicaux moins coûteuses	38
Article 106	38
4. Assistance sociale	38
Article 107 Centre de service social	38
Tant qu'ils sont conformes à la loi du 6 août 1990 et à la loi du 26 avril 2010, le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et lignes directrices	39
Article 107bis :	39
5. Informations thématiques diverses	39
Consultations et planning familiaux	39
Article 108 Planning familial	39
6. Animation des circonscriptions	39
Article 109 -	39
Section 10 . Fonctionnement et garanties	39
1. Fonds spécial de réserve - régime général	39
Article 110	39
2. Fonds spécial de réserve - régime des travailleurs indépendants	40
Article 111	40
3. Fonds de garantie	40
Article 112	40
4. Patrimonial	40
Article 113 - Patrimoine	40
5. Centre administratif	40
Article 114 - Centre administratif - Centre de compensation	40
Article 114bis - Centre administratif - Résultat des frais d'administration de l'assurance obligatoire	41
Article 114quater - Subvention de structures socio-sanitaires	41
Article 115 Information	44
Deuxième partie : Assurances à affiliation facultative	45
Section 1 . Soins médicaux et paramédicaux	45
1. Soins de santé	45
Article 116 - Soins de santé	45
2. Soins à l'Etranger	45
Article 117	45
Section 2 . Incapacité de travail	45
1. Indemnités journalières pendant plus d'un an	45
Article 118	45
2. Indemnités journalières pour une durée d'un an au maximum	45
Article 119	45
3. Indemnités journalières pour une durée de trois mois au maximum	45
Article 120	45
Section 3 . Soins intra-muros	45
1. Hospitalisation : Indemnité forfaitaire - Affiliation facultative	45
Article 121	45
2. Hospitalisation : Indemnité variable - Affiliation facultative	45
Article 122 - Hospitalisation	45
Section 4 . Indemnités uniques	45
1. Epargne prénuptiale	45
Article 123	45
Chapitre Sept : Dispositions générales (abrogé)	46
Article 124	46
Chapitre Huit : Budgets et comptes	46
Article 125 - Comptabilité - Recettes - Patrimoine	46
Chapitre Neuf : Modifications statutaires - Dissolution - Fusion et liquidation - Partage de fonds	47
Article 126 Modifications statutaires	47
Article 127 - Dissolution et liquidation - Partage des actifs résiduels	47
Article 128 - Fusion	47

Article 129 - Partage de fonds _____	47
Chapitre Dix : Entrée en vigueur _____	48
Article 130 - Entrée en vigueur _____	48
Annexe 1 : Tableau des cotisations d'assurance complémentaire _____	49
Annexe 2 : Montants annuels du financement d'actions collectives _____	50
Annexe 3 : Montants annuels des subventions à des structures socio-sanitaires _____	51
Annexe 4 : Liste des accords de collaboration avec des personnes morales tierces _____	52
Table des Matières _____	53