

MUTUALITE CHRETIENNE DE LIEGE

affiliée à
l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
Solimut
MC Assure

Société mutualiste régionale des Mutualités chrétiennes pour la
Région wallonne

Société mutualiste régionale des Mutualités chrétiennes pour la
Région bilingue de Bruxelles-Capitale
Société Mutualiste « MOB CM Zorgkas »
établie à Liège

assujettie à la loi du 06-08-1990

reconnue par Arrêté Royal du 28-09-1899
(Moniteur Belge du 26-10-1899)

S T A T U T S au 01-01-2021
Modifiés par l'Assemblée générale du 16-11-2021
Approuvés par l'OCM le 3-12-2021

TABLE DES MATIERES

Modifications au 1-1-2021

MUTUALITE CHRETIENNE DE LIEGE	1
reconnue par Arrêté Royal du 28-09-1899	1
S T A T U T S AU 1-1-2021 MODIFIES PAR L'ASSEMBLEE GENERALE DU -16-11-2021.....	1
TABLE DES MATIERES	2
PREAMBULE	5
CHAPITRE I : CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITE	7
Article 1.....	7
Article 2.....	7
Article 3.....	8
Article 6.....	8
CHAPITRE II : AFFILIATION, ADMISSION, EXCLUSION ET DEMISSION	10
Article 6 bis - définitions	12
Article 7 - affiliation aux services de la mutualité	12
Article 7 bis : prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire.....	14
Article 8 - exclusion des membres	14
Article 9.....	14
CHAPITRE III : CATEGORIES DE MEMBRES	15
CHAPITRE IV : ORGANES DE LA MUTUALITE	17
SECTION 1 - L'ASSEMBLEE GENERALE.....	17
<i>Composition</i>	17
Article 11	17
<i>Circonscriptions</i>	17
Article 12	17
<i>Votes et décisions</i>	17
Article 13	17
<i>Conditions de droit de vote et d'éligibilité</i>	18
Article 14	18
<i>Procédure électorale</i>	18
Article 15	18
Article 16	18
Article 17	19
Article 18	19
<i>Bureaux électoraux</i>	19
Article 19	19
<i>Etablissement de la liste électorale</i>	19
Article 20	19
<i>Le vote</i>	20
Article 21	20
<i>Vote par correspondance</i>	20
<i>Vote dans un des bureaux de vote</i>	20
Article 22	20
<i>Dépouillement des bulletins de vote</i>	20
Article 23	20
<i>Exemption de l'obligation d'organiser des élections</i>	21
Article 24	21
<i>Publications</i>	21
Article 25	21
Article 26	21
<i>Installation de l'Assemblée</i>	21

(Statuts au 01-01-2021)

Article 27	21
<i>Compétences de l'Assemblée générale</i>	22
Articles 28 et 28 bis	22
SECTION 2 - ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'UNION NATIONALE, POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE SOLIMUT ET POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCE MC ASSURE ET POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE DES MUTUALITES CHRETIENNES POUR LA REGION WALLONNE	24
Article 29	24
Article 30	24
Article 30 bis	24
Article 31	24
Article 32	24
SECTION 3 - LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	25
<i>Composition - Eligibilité - Indemnités</i>	25
Article 33	25
<i>Election</i>	25
Article 34	25
<i>Décès - Démission - Exclusion - Révocation</i>	26
Articles 35	26
<i>Compétences</i>	27
Article 36	27
<i>Président</i>	27
Article 37	27
<i>Vice-présidents</i>	28
Article 38	28
<i>Directeur - Directeurs adjoints</i>	28
Article 39	28
<i>Trésorier</i>	28
Article 40	28
CHAPITRE V : LES SERVICES DE LA MUTUALITE : AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D'AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS	29
<i>Répartition des articles</i>	29
SECTION 1 - ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES - SERVICE SOCIAL	29
Article 41	29
SECTION 2 - AVANTAGES	30
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	30
Article 43	30
<i>Psychomotricité</i>	30
Article 44	30
<i>Pédicurie</i>	30
Article 45	30
<i>Orthodontie</i>	30
Article 46	30
<i>Lunettes et prothèses</i>	30
Article 47	31
<i>Thérapies alternatives</i>	31
Article 48	31
<i>Prestations médicales diverses</i>	31
a) Soins dentaires	31
b) Vaccination	31
c) Centre de planning familial	31
e) Service prévention : troubles alimentaires et sevrage tabagique	32
f) Service dépistage	32
g) Consultations psychologiques	32
h) Contraception	32
Article 49	33
<i>Transport et frais de déplacements</i>	33
Article 50	35
<i>Hospitalisation</i>	35
SOINS A DOMICILE	35
Article 51	35

Aide et Soins à domicile	35
Article 52 Aide aux familles et aux personnes âgées	37
Article 53	37
Prêt de matériel sanitaire	37
Article 54 Téléassistance	37
INDEMNITES ET INTERVENTIONS DIVERSES	37
Article 55	37
Naissance et adoption	37
Article 56	38
Fonds social	38
BIEN-ETRE.....	39
Article 57 Jeunesse - services collectifs	39
Article 57 bis Jeunesse - interventions individuelles	39
Article 58	40
Promotion de la santé : abonnements aux clubs sportifs.....	40
Article 59 Aide aux personnes malades	40
Article 60 Personnes invalides et handicapées.....	40
Article 61 Aînés	41
Article 61 bis Entraide Féminine	41
Article 61 ter Education sanitaire - services collectifs.....	41
Article 61 quater Aide aux victimes	41
Article 61 quinquies Subventionnement de structures socio-sanitaires	42
Article 61 sexes Financement d'actions collectives.....	46
INFORMATION ET PROMOTION	47
Article 62 Assistance juridique	47
Article 63 Information des membres et promotion	49
COOPERATION	49
Article 63 bis Coopération internationale.....	49
SECTION 3 - CENTRE ADMINISTRATIF.....	50
Article 64	50
SECTION 4 - COTISATIONS	51
Article 65	51
Article 65 bis	51
SECTION 5 - PATRIMOINE	55
SECTION 6 - SERVICE SPECIFIQUE	56
LA SACERDOTALE SAINT-LAMBERT	56
Article 67	56
SECTION 7 - DISPOSITIONS GENERALES.....	57
Article 68	57
Dispositions générales	57
CHAPITRE VI : BUDGETS ET COMPTES EMPLOI ET PLACEMENT DES FONDS	58
Article 69	58
CHAPITRE VII : COLLABORATION	59
Article 70	59
CHAPITRE VIII : MODIFICATIONS DES STATUTS	61
Article 71	61
Article 72	61
CHAPITRE IX : DISSOLUTION	62
Article 73	62
Article 74	62
Article 75	62
CHAPITRE X : ENTREE EN VIGUEUR	63
Article 76	63
ANNEXES	63

PREAMBULE

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

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

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

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

Cette dynamique mutualiste est animée, au niveau local, par un comité de secteur qui rassemble les militants du mouvement.

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

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

MUTUALITE : "MUTUALITE CHRETIENNE DE LIEGE"

Etablie à 4000 LIEGE
place du XX août n° 38

Reconnue par Arrêté Royal du 28 septembre 1899
(Moniteur Belge du 26 octobre 1899)

STATUTS

Approuvés par Arrêté Ministériel
(Moniteur Belge du 23 octobre 1992)

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

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

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

Après délibération, l'Assemblée générale réunie le 30 novembre 1991 a décidé, aux quorums de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la mutualité comme suit (*) :

(*) Modifications suite à l'Assemblée générale du 16-11-2021 incluses.

CHAPITRE I : CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITE

Article 1

Une mutualité a été établie à Liège le 3 juillet 1899 sous la dénomination "Fédération Mutualiste des Sociétés Chrétiennes de Mutualités de la Province de Liège", jadis reconnue par l'AR du 28 septembre 1899, pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes.

Elle a adopté ensuite la dénomination "Fédération des Mutualités Chrétiennes de la Province de Liège", laquelle a été homologuée par Arrêté du Régent du 11 février 1948.

Elle prend pour dénomination "Mutualité Chrétienne de Liège".

Dans les présents statuts, elle est reprise sous le vocable "La mutualité".

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : MCLg.

Article 2

La mutualité poursuit les objectifs suivants :

a) Dans le cadre de l'article 3, alinéa premier, a et c de la loi du 6 août 1990 :

- la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire, pour laquelle une autorisation a été donnée par l'union nationale à laquelle elle est affiliée ;
- offrir aide, informations, accompagnement et assistance dans l'exécution de cette mission.

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

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa premier, b et c de la loi du 6 août 1990 et de l'article 67, 5^e alinéa de la loi du 26 avril 2010 :

- intervention financière dans les frais découlant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ;
- attribution d'indemnités quand se présente une situation où le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé ;
- offrir aide, informations, accompagnement et assistance dans l'exécution de cette mission ;
- le financement des actions collectives et le subventionnement des structures socio-sanitaires, telles que visées à l'article 1^{er}, 5^o de l'Arrêté royal 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 :

- vaccination (15),
- naissance et adoption (15),
- information des membres (37)
- promotion (37),
- service social (37),
- subventionnement de structures socio-sanitaires (38),
- ASBL Maison de la Solidarité Chrétienne (93),
- Centre administratif (98/2).

Pour atteindre ces objectifs, la mutualité est affiliée à :

- l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, siégeant à Bruxelles ;
- la société mutualiste Solimut, siégeant à Bruxelles.

L'affiliation aux services et opérations organisés par la mutualité est obligatoire pour tous les membres. Seule l'affiliation aux services et opérations organisés par l'ANMC et la société mutualiste Solimut entre autres pour notre mutualité revêt un caractère obligatoire. 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 des Mutualités Chrétiennes pour la Région wallonne (SM 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 des Mutualités Chrétiennes pour la Région bilingue de Bruxelles Capitale (SM 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 proposées par la société mutualiste MC Assure, à laquelle la mutualité est affiliée.
La mutualité agit comme intermédiaire d'assurance auprès de la société mutualiste MC Assure.

Article 3

Le siège social de la mutualité est établi à Liège.

Elle exerce son activité principalement dans les communes des arrondissements de Liège, Huy et Waremme.

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.

Article 6

La mutualité est structurée en 8 secteurs énumérés ci-après :

- Ourthe-Ambève, (1)
- Fléron, (2)
- Huy, (3)
- Waremme, (4)
- Basse-Meuse, (5)
- Liège, (6)
- Ans, (7)
- Seraing. (8)

Le Conseil d'administration a la compétence de modifier la liste des communes composant les secteurs respectifs.

Font partie d'un secteur les membres qui sont domiciliés dans celui-ci.

Font également partie du même secteur, les membres domiciliés dans une commune non comprise dans les arrondissements de Liège ou de Huy-Waremme, mais limitrophe avec ce secteur. Lorsqu'une commune extérieure est limitrophe de deux secteurs, le Conseil d'administration décide du secteur auquel cette commune appartient.

Tous les membres domiciliés ailleurs font partie du secteur de Liège.

CHAPITRE II : AFFILIATION, ADMISSION, EXCLUSION ET DEMISSION

Article 6 bis

DÉFINITIONS

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

Membre

Toute personne affiliée comme titulaire à la mutualité :

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

Titulaire

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

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

- b) Ainsi que toute personne affiliée aux services et opérations et qui :

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

- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Personne à charge

- a) 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. 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.
- b) 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 est l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

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

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

Bénéficiaire

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

Ménage mutualiste

Le titulaire et ses personnes à charge, tel que défini dans les présents statuts.

(Statuts au 01-01-2021)

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, 5^e alinéa de la loi du 26 avril 2010, à l'exception des services visés à l'article 1,2^o, de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67,6^e alinéa de la loi du 26 avril 2010 qui ne font qu'exécuter la Protection sociale flamande, wallonne ~~ou~~ **et** bruxelloise
- Les services visés à l'article 3, alinéa premier, b) et c) de la loi du 6 août 1990.

Intervention majorée

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

Avantages

Les avantages, prestations ou interventions faisant l'objet des services et opérations organisés par la mutualité.

Droit aux avantages

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

Article 7 - affiliation aux services de la mutualité

§ 1. Une personne peut s'affilier auprès de la mutualité :

1^o 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 ;
- 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 ;
- 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 des Mutualités Chrétiennes pour la Région Wallonne (SM MC Wallonie) ou de la société mutualiste des Mutualités Chrétiennes pour la Région bilingue de Bruxelles Capitale (SM 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)
- 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 ;
- de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

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

& 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, et a la possibilité :

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

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

Article 7 bis : 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 .

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

- 1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois d'assujettissement à l'assurance obligatoire, c'est-à-dire du mois au cours duquel elle acquiert une des qualités visées à l'article 32, 1° à 16°, et 20° à 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation ;
- 3° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 4° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 5° pour une personne visée à l'article 7 bis, § 1^{er}, 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 8 - exclusion des membres

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

Article 9

Un membre peut résilier son affiliation aux services visés à l'article 2 a et / ou 2 b de sa propre initiative, sans préjudice des dispositions statutaires et d'exécution de l'article 118, dernier alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (en ce compris les dispositions d'exécution concernant les mutations). Un membre ne peut résilier son affiliation aux services et opérations visés à l'article 2 b) de sa propre initiative que s'il n'est pas affilié à la Mutualité pour l'assurance obligatoire.

(Statuts au 01-01-2021)

CHAPITRE III : CATEGORIES DE MEMBRES

Article 10

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

- première catégorie : les indépendants et les membres des communautés religieuses cités à l'article 32, alinéa premier, points 1 bis, 2, 6 bis, 6 ter, 11 bis, 11 ter, 11 quater, 21 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et leurs personnes à charge ;
- deuxième catégorie :
 - a. les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément aux autres points de l'article 32, alinéa premier, et les travailleurs salariés repris sous le point 2 du même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que celui qui s'applique aux membres de la première catégorie, et leurs personnes à charge ;
 - b. les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, conformément aux autres points de l'article 32, même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé 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 de l'assurance obligatoire sont titulaires à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI),

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

- pour les soins de santé, sont assurées en nom propre à l'Office National de sécurité sociale / régime de sécurité sociale (ONSS),
- 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 font 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,
- ne sont plus assujettis à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte du Gouvernement belge,
- se trouvent 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,

- sont détenus ou internés et sont à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

CHAPITRE IV : ORGANES DE LA MUTUALITE

SECTION 1 - L'ASSEMBLEE GENERALE

Composition

Article 11

L'Assemblée générale se compose de délégués élus à raison d'un représentant par tranche de 250 membres.

Pour l'application de cet article, on entend par membres, les membres définis à l'article 2 § 3, premier alinéa de la loi du 6 août 1990.

Les effectifs sont calculés au 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle le nombre de délégués doit être fixé.

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

En cas d'élection, tous les candidats non élus sont automatiquement suppléants, chacun prenant rang au sein de la liste des délégués suppléants selon le nombre de voix qu'il a obtenu.

Ils sont appelés à remplacer les délégués élus qui démissionnent ou décèdent en cours de mandat, suivant l'ordre des résultats du scrutin. A défaut de vote, l'ordre de la suppléance est déterminé par le Conseil d'administration, en concertation avec les comités de secteurs.

Les délégués perdent la qualité de délégué à l'Assemblée générale dès le moment où ils ne remplissent plus les conditions d'éligibilité énumérées à l'article 14 des statuts.

Circonscriptions

Article 12

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée générale, la mutualité est répartie en une seule circonscription.

Votes et décisions

Article 13

Les décisions sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés.

Pour toute modification statutaire (cfr. art. 10 de la loi de 1990), il faut au moins la moitié des membres présents ou représentés et une majorité des 2/3 des votes exprimés (*).

(*) Les votes exprimés sont les votes en séance de personnes présentes ou valablement représentées, à l'exclusion des votes blancs ou nuls ou des abstentions.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Article 14

Pour avoir droit de vote pour l'élection des délégués 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 élus à l'Assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent remplir les conditions suivantes :

- 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 2 ans au moins à la date des élections ;
- d. ne pas être membre du personnel ou ne pas avoir été licencié comme membre du personnel de la mutualité ou de l'Alliance nationale pour un autre motif que la mise à la retraite, la prépension conventionnelle ou pour des raisons d'ordre économique.

Par membre du personnel, il faut comprendre celui qui a conclu un contrat de travail avec la mutualité, l'Union nationale 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.

- e. ne pas appartenir à un parti d'extrême droite ou à tout autre groupe poursuivant des objectifs antidémocratiques ou racistes.

Ainsi, sont explicitement visés les membres :

- qui assument des responsabilités ou qui militent activement dans un groupement d'extrême droite,
- qui font de la propagande ou qui participent à des activités ou manifestations organisées par l'extrême droite,
- qui posent des actes racistes ou qui organisent des discriminations raciales.

Procédure électorale

Article 15

Les membres et les personnes à leur 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. des dates qui découlent de la procédure électorale.

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

Article 16

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 14 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 pris en exécution de la loi du 6 août 1990.

Article 17

Le Conseil d'administration de la mutualité détermine, en concertation avec les comités de secteurs, l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste et l'existence éventuelle d'une case de tête.

Article 18

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

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

Bureaux électoraux

Article 19

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 du bureau électoral parmi les membres du personnel de la mutualité.

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

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

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

Etablissement de la liste électorale

Article 20

La liste électorale est établie pour la circonscription.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur la liste des électeurs, établie par le bureau électoral. Cette liste mentionne le nom, les prénoms, le numéro de bénéficiaire et l'adresse de chaque électeur.

La liste des électeurs est définitivement clôturée à la fin du trimestre qui précède le trimestre au cours duquel commence la procédure électorale.

Le vote

Article 21

Le vote est libre.

Le vote se déroule par correspondance ou dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale.

L'électeur a le choix entre les deux modes de vote ; il doit en tout cas avoir la possibilité de voter par correspondance.

Dans le cas où le vote a lieu, chaque électeur doit recevoir la convocation et le bulletin de vote au moins 10 jours avant la période du scrutin.

A cet effet, le président du bureau électoral envoie sous pli signé par lui la convocation précisant les deux modalités de vote, l'endroit où se trouvent les bureaux de vote, les dates et heures auxquelles il est possible de voter, ainsi que le bulletin de vote à l'électeur.

Ce bulletin de vote, qui ne mentionne aucune donnée d'identification relative à l'électeur, aura lui-même été placé dans une enveloppe portant la mention "port payé par le destinataire", ainsi que l'inscription "au président du bureau électoral pour l'élection de l'Assemblée générale de la mutualité chrétienne de Liège". L'identité de l'expéditeur doit également figurer sur l'enveloppe (nom, prénom, adresse et numéro de membre).

Vote par correspondance

Le bulletin de vote est renvoyé par la poste au moyen de l'enveloppe prévue et doit arriver à destination avant la clôture du scrutin.

Vote dans un des bureaux de vote

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

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

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

Article 22

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote. Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

Si l'électeur est d'accord avec l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en tête de liste.

Dépouillement des bulletins de vote

Article 23

Le bureau électoral procède au dépouillement des bulletins de vote dans les sept jours ouvrables suivant la période du scrutin.

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

Les voix de tête de liste sont réparties parmi les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis. Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale.

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

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote ;
- 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.

Exemption de l'obligation d'organiser des élections

Article 24

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

Publications

Article 25

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

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

Article 26

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

Un exemplaire des lettres et/ou publications adressées aux membres doit être envoyé en même temps à l'Union nationale et à l'Office de Contrôle des Mutualités.

Installation de l'Assemblée

Article 27

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

Elle peut élire au maximum cinq conseillers à l'Assemblée générale pour l'année suivante. Ce mandat est renouvelable. Les conseillers ont voix consultative.

En outre, l'aumônier et les membres de la direction de la mutualité assistent à l'Assemblée générale avec voix consultative.

Compétences de l'Assemblée générale

Article 28

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

L'Assemblée générale peut déléguer ses compétences au Conseil d'administration pour décider des adaptations de cotisations. Cette délégation est valable 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 de réviseurs d'entreprise désigné par l'Assemblée générale de l'Union nationale.

Le réviseur fait rapport à l'Assemblée générale annuelle qui a à son ordre du jour l'approbation des comptes 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 28 bis

§ 1. Les décisions de l'Assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des délégués sont présents ou représentés et à la majorité simple, sauf dans les cas où la loi ou les statuts le stipulent autrement. Si le quorum des présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée générale est convoquée qui délibère valablement, quel que soit le nombre de délégués présents et quel que soit également l'objet de la délibération.

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

§3. Le conseil d'administration peut autoriser les membres à participer à distance à l'Assemblée générale par le biais d'un moyen de communication électronique mis à disposition par la mutualité. Dans ce cas, les membres qui participent ainsi à l'Assemblée générale sont réputés présents à l'Assemblée générale aux fins du respect des conditions relatives au quorum et à la majorité de présence ainsi qu'au fonctionnement et à la conduite de l'Assemblée générale.

Les moyens de communication électroniques doivent permettre aux membres de prendre directement, simultanément et en permanence note des discussions au cours de la réunion, de participer aux délibérations et de poser des questions, et d'exercer leur droit de vote sur toutes les questions sur lesquelles la réunion est appelée à se prononcer.

Le procès-verbal de l'assemblée générale mentionne tous les problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation électronique à l'assemblée générale ou au vote.

§4. Dans des circonstances exceptionnelles ou en cas de force majeure, le conseil d'administration peut autoriser les membres ayant le droit de vote à exprimer leur vote à l'avance par écrit ou par voie électronique.

Dans ce cas, les membres ne peuvent exercer leurs droits qu'en votant à l'avance via un formulaire de vote mis à disposition par la mutualité. Ce formulaire de vote doit contenir l'ordre du jour de la réunion et les propositions de décision ainsi que le délai et la manière dont le formulaire de vote doit être rempli et transmis. Les formulaires de vote ne sont valables que si une préférence de vote ou une abstention est indiquée pour chaque proposition de décision.

Les membres qui fournissent un formulaire de vote valide dans le délai prescrit sont considérés comme présents pour la détermination du quorum de présence prévu à l'article 28 bis &1 des présents statuts.

**SECTION 2 - ELECTION DES REPRESENTANTS
POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'UNION NATIONALE, POUR L'ASSEMBLEE
GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE SOLIMUT ET POUR L'ASSEMBLEE GENERALE
DE LA SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCE MC ASSURE ET POUR L'ASSEMBLEE
GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE DES MUTUALITES CHRETIENNES POUR LA
REGION WALLONNE**

Article 29

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

Article 30

Les représentants de la mutualité à l'Assemblée générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43 bis, §1 de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée sont élus selon les modalités prévues dans l'AR du 5 octobre 2000 et dans les statuts de ces sociétés mutualistes.

Article 30 bis

Les représentants de la mutualité à l'Assemblée générale de la société mutualiste d'assurance MC Assure sont élus selon les modalités prévues dans l'Arrêté royal 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 43 bis, § 5, et 70, § 7, de cette même loi et dans les statuts de la société mutualiste MC Assure.

Article 31

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'Assemblée générale de la mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée générale de l'Union nationale et de l'Assemblée générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43 bis, §1 de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au président du Conseil d'administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée générale de la mutualité qui procédera à l'élection.

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

Article 32

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

SECTION 3 - LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition - Eligibilité - Indemnités

Article 33

Le Conseil d'administration de la mutualité est composé de membres élus par l'Assemblée générale à raison de deux membres par secteur (article 6), un troisième mandat étant attribué à chaque secteur dépassant les 18.000 titulaires et un quatrième à chaque secteur dépassant les 24.000 titulaires.

Le Conseil d'administration ne peut compter plus de 80 % de personnes du même sexe. A titre transitoire, pour les années 2009 et 2010, le Conseil d'administration ne peut compter plus de 90 % de personnes du même sexe, jusqu'à son renouvellement suite aux élections mutualistes.

Nonobstant les deux premiers alinéas du présent article, l'Assemblée générale peut élire le directeur et les directeurs adjoints en tant qu'administrateurs avec voix délibérative pour le temps qu'ils exercent leur fonction.

Le mandat de membre du Conseil d'administration est exercé à titre gratuit, les frais liés à l'exercice de ce mandat (frais de déplacements, frais d'impression des documents relatifs aux réunions du Conseil) devant être dûment remboursés. Aucune autre indemnité n'est octroyée.

Election

Article 34

Le Conseil d'administration est élu par l'Assemblée générale pour une durée de six ans. Le mandat d'administrateur est renouvelable.

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

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

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, l'Assemblée générale doit procéder à l'élection des candidats au vote secret.

Sur base des candidatures reçues, le président, les vice-présidents, le directeur et trois administrateurs, qui ne peuvent pas être les directeurs adjoints, désignés par leurs pairs déterminent collégalement l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

Dans la limite du possible, ils tiendront compte de l'avis exprimé par les comités de secteurs tout en veillant à respecter l'obligation visée à l'alinéa 2 de l'article 33 et à présenter la liste qui comporte 2 candidats par secteur, 3 pour les secteurs comportant plus de 18.000 titulaires, 4 pour les secteurs comportant plus de 24.000 titulaires.

Le président informe l'Assemblée générale des candidatures valablement reçues et de l'ordre de la liste proposée par le Conseil d'administration au vote de l'Assemblée générale.

Chaque membre de l'Assemblée dispose d'un nombre de voix égal au nombre de mandats à pourvoir et peut émettre son suffrage, soit en émettant un vote en case de tête s'il adhère à l'ordre de présentation des candidats, soit en émettant, dans les cases placées à côté du nom des candidats, un nombre de votes nominatifs équivalent au nombre de mandats à pourvoir.

Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.

En cas de parité de voix, le mandat est accordé au candidat le plus jeune.

Le Conseil d'administration peut élire au maximum 5 conseillers pour le même terme de 6 ans. Ils ont voix consultative.

Décès - Démission - Exclusion - Révocation

Article 35

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

La démission ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte des conditions d'éligibilité à l'Assemblée générale au sens de l'article 14 des présents statuts, entraînent 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 § 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 ;
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité ou de l'Union nationale.

Le Conseil se réunit généralement tous les mois. Il peut aussi se réunir chaque fois que la situation l'exige. Le Conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents ou représentés, un administrateur ne pouvant être porteur de plus d'une procuration. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Lorsqu'il faut voter au sujet de personne(s), le vote s'effectue à bulletins secrets.

Le Conseil d'administration peut autoriser les administrateurs à participer à distance au conseil d'administration par le biais d'un moyen de communication électronique mis à disposition par la mutualité.

Dans ce cas, les administrateurs qui participent ainsi au Conseil d'administration sont réputés présents au Conseil d'administration aux fins du respect des conditions relatives au quorum et à la majorité de présence ainsi qu'au fonctionnement et à la conduite du Conseil d'administration.

Les moyens de communication électroniques doivent permettre aux administrateurs de prendre directement, simultanément et en permanence note des discussions au cours de la réunion, de participer aux délibérations et de poser des questions, et d'exercer leur droit de vote sur toutes les questions sur lesquelles la réunion est appelée à se prononcer.

Le procès-verbal du conseil d'administration mentionne tous les problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation électronique au conseil d'administration ou au vote.

Dans des circonstances exceptionnelles ou en cas de force majeure, le conseil d'administration peut autoriser les administrateurs ayant le droit de vote à exprimer leur vote à l'avance par écrit ou par voie électronique.

Dans ce cas, les administrateurs ne peuvent exercer leurs droits qu'en votant à l'avance via un formulaire de vote mis à disposition par la mutualité. Ce formulaire de vote doit contenir l'ordre du jour de la réunion et les propositions de décision ainsi que le délai et la manière dont le formulaire de vote doit être rempli et transmis. Les formulaires de vote ne sont valables que si une préférence de vote ou une abstention est indiquée pour chaque proposition de décision.

Les administrateurs qui fournissent un formulaire de vote valide dans le délai prescrit sont considérés comme présents pour la détermination du quorum de présence prévu à l'article 35 des présents statuts.

Compétences

Article 36

Le Conseil d'administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée générale. Il exerce toutes les compétences que la loi ou les présents statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'Assemblée générale.

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

Le Conseil d'administration désigne le ou les personnes pour représenter la Mutualité dans ses actes judiciaires et extrajudiciaires.

Il peut aussi charger une ou des commissions dont les membres sont désignés par lui, de l'instruction et de la préparation de dossiers à lui soumettre.

Dans la même optique, il peut associer, à tout ou partie de ses travaux, des personnes dont les relations ou les compétences présentent un sérieux avantage pour la Mutualité.

Président

Article 37

Le Conseil d'administration élit en son sein et à la majorité simple un président et deux vice-présidents. Aucun titulaire d'une de ces fonctions ne peut être membre du personnel.

Le président convoque le Conseil d'administration ; il en dirige les débats et veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

Le président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration. Il est tenu de convoquer le Conseil d'administration à la demande d'au moins 4 administrateurs.

Vice-présidents

Article 38

Les vice-présidents secondent le président dans ses fonctions. L'un des vice-présidents remplace au besoin le président qui peut lui déléguer tous ses pouvoirs.

Si le président et les vice-présidents sont empêchés, les autres membres du Conseil d'administration désignent celui d'entre eux qui remplira momentanément les fonctions de président.

Directeur - Directeurs adjoints

Article 39

Le directeur de la mutualité est nommé par le Conseil d'administration sur avis conforme de l'Union nationale.

Une fois nommé, le directeur est engagé par la Mutualité sous les liens d'un contrat de travail.

Le directeur de la mutualité fait toutes les écritures requises, il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne avec le trésorier les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives.

Il procède aux engagements et licenciements nécessaires à l'exécution des buts de la Mutualité.

Il est responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche des services.

Le Conseil d'administration peut nommer un ou plusieurs directeurs adjoints. Parmi ceux-ci, il en désigne un qui assiste le directeur dans l'exercice de ses fonctions et qui le remplace en cas d'empêchement.

Les directeurs adjoints ne prennent pas part au vote de nomination du directeur par le Conseil d'administration. Toutefois, les directeurs adjoints rendent préalablement au Conseil un avis collégial sur les éventuelles candidatures soumises à la nomination d'un directeur.

Trésorier

Article 40

La fonction de trésorier est exercée par le directeur financier de la Mutualité ou par un directeur adjoint en cas d'empêchement.

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

A chaque Assemblée générale, le Conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

CHAPITRE V : LES SERVICES DE LA MUTUALITE : AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D’AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS

Répartition des articles

Pour ses membres et les personnes à leur charge, la mutualité organise les services visés à l'article 2 des présents statuts selon les modalités prévues à cet effet :

1. description ;
2. conditions ;
3. cotisations.

SECTION 1 - ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES - SERVICE SOCIAL

Article 41

L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle que décrite à l'article 2 a) des présents statuts, est assurée par la mutualité.

Le service social vise à offrir, aux personnes se trouvant dans une situation problématique en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une vulnérabilité financière ou sociale, ainsi qu'à leurs auxiliaires de vie bénévoles, une aide et des services, et ce afin d'augmenter leur autonomie, de promouvoir l'intégration et la participation sociales et d'ouvrir l'accès à l'aide sociale.

Ce service s'adresse à tout le monde.

Le service octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils, en exécution de la réglementation applicable de l'autorité compétente.

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

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

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

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et lignes directrices arrêtées par le Titre IV du « Code wallon de l'action sociale et de la santé » institué par l'« Arrêté du Gouvernement wallon du 29 septembre 2011 portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale » publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, deuxième édition, et confirmé par le « Décret de la Région wallonne du 1^{er} 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.

SECTION 2 - AVANTAGES

Article 42

La mutualité octroie des avantages aux membres repris à l'article 10 en première et deuxième catégories et payant les cotisations prévues à l'article 65.

SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Article 43

Psychomotricité

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 25 novembre 2014 (en vigueur au 1-1-2015) »

Article 44

Pédicurie

Une intervention de 5 € par séance de pédicurie est accordée, 10 fois au maximum par année civile, sur base d'une prescription médicale établie par le médecin traitant. Celle-ci doit mentionner l'existence d'un diabète et attester la nécessité d'un traitement par pédicure ou un podologue.

Pour obtenir cette intervention, le membre doit présenter à la mutualité une attestation du prestataire dûment complétée et reprenant :

- la date de traitement,
- le nom du prestataire,
- le nom du patient,
- le montant payé par le patient,
- la signature du prestataire.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 45

Orthodontie

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 19 novembre 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2014) »

Article 46

Lunettes et prothèses

La mutualité intervient à raison de 50 € dans les frais d'achat de montures de lunettes, verres correcteurs de lunettes ou lentilles de contact en faveur de ses membres. Cette intervention peut être accordée à six reprises au même bénéficiaire. Le délai minimum entre deux interventions est fixé à deux ans (années civiles).

Pour bénéficier de ces interventions, le membre doit présenter à la mutualité la facture d'achat délivrée par un opticien agréé par l'INAMI, accompagnée de la prescription d'un médecin ophtalmologue pour les verres et lentilles. Les factures concomitantes portant sur des éléments scindés de la même fourniture seront considérées comme une seule fourniture et ne donneront donc lieu qu'à un seul remboursement. Les lunettes sans correction optique sont exclues du remboursement.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 23 octobre 2018 (en vigueur au 1^{er} janvier 2019) »

Article 47 : thérapies alternatives

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 25 novembre 2014 (en vigueur au 1^{er} janvier 2015) »

Article 48

Prestations médicales diverses

a) Soins dentaires

« Article 48 a) abrogé par l'Assemblée générale du 19 novembre 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2014) »

« Article 48 b) Méthode Tomatis abrogé par l'Assemblée générale du 15 juin 2017 (en vigueur au 1^{er} juillet 2017) »

b) Vaccination

Définitions / terminologie

Non applicable

Description de l'avantage

L'avantage intervient dans les frais d'achat d'un vaccin reconnu en Belgique.

Conditions d'intervention L'intervention s'effectue uniquement pour les vaccins repris dans la liste du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP).

Exclusions

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

Montant de l'intervention

La Mutualité intervient à concurrence de 25% du prix réellement supporté par le membre par achat. L'intervention est de 25 € max par an **et par bénéficiaire**.

Documents justificatifs

L'intervention s'effectue sur la base d'une attestation BVAC, attestation officielle de Travel Clinic. Pour les pays limitrophes, l'intervention s'effectue sur la base d'une attestation officielle d'une pharmacie. L'intervention s'effectue sur base d'un des documents susmentionnés, en original ou en copie.

Champ d'application territorial

Ce service intervient pour les vaccins achetés en Belgique ou dans un pays frontalier.

c) Centre de planning familial

Ce service a pour but d'intervenir, à raison de 6 € par consultation, dans le coût des consultations, juridiques ou de médiation familiale effectuées dans les centres de planning agréés par la mutualité (voir annexe n°3). Pour obtenir cette intervention, le membre doit présenter à la mutualité une attestation du centre dûment complétée et reprenant :

- la date de traitement,
- le nom du prestataire,
- le nom du patient,
- le montant payé par le patient,
- la signature du prestataire.

Cet avantage individuel est octroyé aux membres qui consultent dans les limites des moyens disponibles.

« Article 48 c) abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

e) Service prévention : troubles alimentaires et sevrage tabagique

Le service intervient dans les frais d'un bilan diététique, à raison de 25 € maximum, pour les membres âgés de moins de 19 ans au moment du bilan.

Moyennant la réalisation de ce bilan, le service peut également intervenir :

- dans les frais d'un cycle de 6 séances par an de suivi diététique à raison de 12,50 € maximum par séance,

Pour bénéficier de cette intervention, le membre doit produire à la Mutualité :

- une prescription médicale valable pour une période d'un an attestant la nécessité d'un suivi diététique et/ou psychologique en raison d'une obésité, d'une anorexie ou d'une boulimie,
- une attestation de prestation d'un diététicien.

Le service intervient également à raison d'une intervention forfaitaire de 25 € dans les frais d'un traitement anti-tabac médicamenteux pour les femmes enceintes. Pour pouvoir bénéficier de cette intervention, le membre doit produire :

- une prescription délivrée par un médecin attestant la nécessité d'un sevrage tabagique pendant la période de grossesse,
- un formulaire délivré en application de l'Arrêté royal du 22 août 2002 et relatif aux prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance complémentaire.

« Article 48 e) abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

f) Service dépistage

Le service intervient à raison de 30 € dans le coût du fibrotest pratiqué dans le cadre du dépistage d'une fibrose du foie. Cette intervention est renouvelable annuellement et, pour pouvoir en bénéficier, le membre doit produire une attestation délivrée par le médecin ou le service de dépistage ayant pratiqué l'examen.

Cette attestation doit mentionner la date de prestation, l'identité du bénéficiaire, le montant payé par celui-ci, ainsi que le cachet et la signature du médecin.

Le service intervient également à raison d'une intervention annuelle de 10 € dans le cadre des actes médicaux liés à l'établissement de la densitométrie osseuse pour le dépistage de l'ostéoporose.

Pour pouvoir bénéficier de cette intervention, le membre doit produire une attestation délivrée par le médecin ou le service de dépistage ayant pratiqué l'examen.

« Article 48 f) abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

g) Consultations psychologiques

« Article 48 g) abrogé par l'Assemblée générale du 22 novembre 2016 (en vigueur au 1^{er} janvier 2017) »

h) Contraception

« Article 48 h) abrogé par l'Assemblée générale du 25 novembre 2014 (en vigueur au 1^{er} janvier 2015) »

Article 49

Transport et frais de déplacements

La mutualité octroie des avantages à ses membres qui paient la cotisation visée à l'article 65, ainsi qu'à leurs personnes à charge, lors d'un transport en ambulance ou en véhicule adapté pour le transport des personnes à mobilité réduite (T.P.M.R.). Elle intervient également, sous certaines conditions, dans d'autres frais de transport en faveur des personnes malades, voire de leur entourage familial.

a) Pour le recours à un transporteur en ambulance ou T.P.M.R. avec lequel la mutualité a signé une convention :

Les conditions et les tarifs de transport sont réglés par une convention entre les transporteurs et la mutualité, cette convention étant soumise aux dispositions du Code wallon de l'Action sociale et de la santé (arrêté du Gouvernement wallon, du 29 septembre 2011, portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale).

Pour être agréé par la mutualité, le transporteur doit répondre aux critères suivants :

- être agréé par la Région Wallonne
- les véhicules répondent aux normes d'équipement sanitaire conformément aux dispositions légales en vigueur
- le personnel ambulancier répond aux exigences de qualifications requises par les dispositions légales en vigueur relatives aux transports médico-sanitaire
- le transporteur ne doit pas faire l'objet d'une enquête en cours par les services de la justice
- les activités doivent être exercées sur la Province de Liège afin d'assurer une couverture du territoire de notre mutualité
- le transporteur doit s'engager à garantir un transport de qualité (attention aux personnes, disponibilité, ponctualité) et respecter strictement les termes de la convention

La liste des transporteurs avec lesquels la mutualité a signé un accord de collaboration pour l'exécution de ce service figure à l'annexe 4 des statuts et fait partie intégrante de ceux-ci, conformément à l'article 9&1^{er}, alinéa 1^{er}, 4^o de la loi du 6 août 1990.

Chaque membre peut obtenir, sur simple demande, la liste des prestataires agréés pour ce service ou la consulter sur le site internet de la mutualité.

Le Conseil d'administration de la mutualité peut modifier la liste à condition que :

- la décision du Conseil mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision soit signée par le directeur de la mutualité et immédiatement transmise à l'Office par lettre recommandée ;
- les modifications soient reprises dans les statuts avec effet rétroactif, à l'occasion de l'Assemblée générale qui suit cette décision du Conseil.

a.1. Champ d'application

La présente convention est applicable à tout transport non-urgent de patients par ambulance ou par véhicule adapté (T.P.M.R.) lorsque des soins doivent être donnés en dehors de la résidence du patient et que l'état de santé de celui-ci nécessite un transport adapté (en position couchée ou en T.P.M.R.).

Elle est applicable pour tous les cas médicaux lorsque le traitement est assuré en clinique, polyclinique, ainsi que pour les entrées et sorties de malades aigus en maison de convalescence agréée par la mutualité (Domaine de Nivezé à Spa et Ter Duinen à Nieuport).

a.2. Modalités d'appel

Toutes les demandes de transports non-urgents faites par le patient, par l'intermédiaire d'un tiers, ou par le personnel d'un établissement de soins sont communiquées par téléphone, directement, à la société d'ambulances de son choix et qui a signé une convention avec la Mutualité.

a.3. Disponibilité

Le transporteur garantit le fonctionnement de ses services tant de jour que de nuit, tous les jours de l'année, en quelques circonstances que ce soit à l'exception :

(Statuts au 01-01-2021)

- des situations catastrophes,
- de conditions climatiques extrêmes.

Il s'engage à l'acceptation immédiate de la demande et à la réalisation de l'ensemble des demandes introduites 24 heures à l'avance.

Le transport sera principalement réalisé par des moyens propres au transporteur.

Si ce dernier ne peut réaliser un transport par ses propres services, il prend sans délai toutes les dispositions pour qu'il soit satisfait à la demande sans retard, et aux conditions du présent contrat.

Il pourra soit :

- faire appel à une société d'ambulances ou un service T.P.M.R. ayant une convention avec la mutualité.
- faire appel à des services partenaires répondant aux critères légaux en matière de transport non-urgent. Dans ce cas de figure, le transport sera facturé en son nom au tarif de la convention.
- proposer une adaptation d'horaire fixée d'un commun accord avec le patient ou le personnel de l'établissement de soins.

Les transports vers les services des urgences hospitaliers ne font pas partie de la convention.

Les transports après 20 heures ou le dimanche ne font pas partie de cette convention, exceptées les entrées et sorties d'hospitalisation programmées 24 heures à l'avance et les sorties des services d'urgence hospitaliers en ambulance.

Les transports médicalisés, avec personnel médico-sanitaire, ne font pas partie de la convention.

a.4. Déplacements inutiles

Lorsqu'un transport n'a pu être effectué en raison de motifs propres au patient, et si le déplacement inutile n'est pas la conséquence d'un vice d'exécution, les frais du déplacement effectué doivent être facturés au patient.

Par déplacement inutile, il faut entendre une course pour laquelle une ambulance ou un véhicule adapté est appelé mais où le transport du patient n'a finalement pas lieu.

a.5. Intervention de la mutualité

L'intervention de la mutualité dans le coût du transport est de **33 %** sur le coût du transport en ambulance et en véhicule de transport de personnes à mobilité réduite. Une facture individuelle est établie pour chaque transport et adressée au patient. Cette facture reprend les points suivants :

- le numéro de la facture,
- la date du transport et le numéro du bon de transport,
- l'identification du patient (nom, prénom, adresse, numéro d'affilié),
- les lieux de prise en charge et de destination,
- le kilométrage effectué et la tarification,
- le montant des suppléments,
- le montant de l'intervention financière de la mutualité ou le motif de non-intervention,
- le montant de la quote-part restant due,
- la date d'échéance.

« Article 49 a) abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

b. Pour le transport en taxi et en voiture :

La mutualité alloue, sous certaines conditions, une indemnité kilométrique de 0,15 € par km parcouru.

Pour bénéficier des interventions, l'affilié doit pouvoir justifier, par une attestation médicale, d'avoir été transporté pour un des traitements médicaux suivants :

- dialyse,
- chimiothérapie,
- radiumthérapie,
- revalidation cardiaque,
- revalidation pulmonaire.

Pour les transports en matière de dialyse, chimiothérapie et radiumthérapie, le trajet du domicile au centre de soins est imputé à l'assurance obligatoire soins de santé. Les kilomètres supplémentaires éventuellement parcourus par le transporteur sont imputés à l'assurance complémentaire.

Pour la revalidation cardiaque et la revalidation pulmonaire, la mutualité intervient pendant une période maximale de 6 mois (10 mois en cas de transplantation), après avis médical. L'intervention du service est plafonnée à un montant total de 125 € par an et par bénéficiaire.

« Article 49 b) abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

« Article 49 c. abrogé par l'Assemblée générale du 19 octobre 2017 (en vigueur au 1-1-2018)»

d. Pour l'accompagnement et le transport des malades en voiture :

Un service est institué en vue de renforcer les solidarités locales et de favoriser la mobilité et l'accès aux soins des membres. Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec Altéo, les bénévoles du mouvement assurent l'accompagnement et le transport des membres dans les limites des disponibilités du mouvement, ainsi que dans le cadre des dispositions du service.

Lors de chaque intervention, la participation financière du membre s'élève à un forfait de 2,60 € pour les 7 premiers kilomètres parcourus. A partir du 8^{ème} kilomètre, cette participation est de 0,3468 € par kilomètre parcouru. L'indemnité kilométrique est adaptée chaque année au 1^{er} juillet sur base de l'article 13 de l'Arrêté royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours.

Pour les membres de la mutualité « bénéficiaires de l'intervention majorée » qui relèvent d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la participation financière du membre s'élève à un forfait de 2,60 € pour les 10 premiers kilomètres parcourus. A partir du 11^{ème} kilomètre, cette participation est de 0,25 € par kilomètre parcouru.

Pour le calcul de la participation financière à charge du membre, il est tenu compte des kilomètres parcourus depuis le lieu de prise en charge et d'un système comptable des décimales défini soit à l'unité (€) supérieure au-dessus de 0,50 €, soit à l'unité (€) inférieure en dessous de 0,50 €.

Cette intervention n'est réalisable qu'en fonction des disponibilités du service.

La demande doit être effectuée au service d'accompagnement des malades au plus tard dans les 48 heures précédant le transport.

Pour donner lieu à intervention, les transports doivent être justifiés médicalement par une entrée ou une sortie d'hospitalisation, une entrée ou une sortie d'une maison de convalescence ou d'un centre de jour situé en milieu hospitalier, un traitement médical et de kinésithérapie effectué en milieu hospitalier ou en polyclinique. Pour la revalidation cardiaque et la rééducation pulmonaire, la mutualité intervient pendant une période maximale de 6 mois (10 mois en cas de transplantation) après avis médical.

« Article 49 d) abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 50

Hospitalisation

« Article 50 abrogé par l'Assemblée générale du 23-11-2010 (en vigueur au 1^{er} janvier 2011) »

SOINS A DOMICILE

Article 51

Aide et Soins à domicile

(Statuts au 01-01-2021)

La Mutualité offre à ses membres un service d'aide et de soins à domicile dont le but est de leur assurer, ainsi qu'aux personnes à leur charge, une aide et des soins à domicile efficaces dans les meilleures conditions de qualité et de prix.

Les modalités suivant lesquelles les aides et les soins peuvent être assurés aux membres de la mutualité font l'objet d'un accord de collaboration avec l'ASD Liège-Huy-Waremme, conformément à l'article 70 des présents statuts.

En fonction des disponibilités des services, les membres de la mutualité peuvent obtenir ces interventions, aux conditions suivantes :

- a) Le membre peut obtenir, sur présentation de la facture du service infirmier à la mutualité, le remboursement des tickets modérateurs des soins infirmiers réclamés par ces organisations précitées en vertu de la loi, particulièrement par le régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que prévu par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution.
Ce remboursement sera effectué après d'éventuels remboursements prévus par la loi, le décret et leurs arrêtés d'application, particulièrement par le régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution. Il ne pourra jamais être supérieur à la quote-part personnelle payée par le bénéficiaire.
- b) Pour le membre qui choisit de recourir au service Aide familiale, la mutualité intervient à raison de 0,40 euros par heure et par prestation réalisée par une aide familiale. Cette intervention est fixée à 0,80 euros par heure pour les membres de la mutualité « bénéficiaires de l'intervention majorée » qui relèvent d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le membre peut obtenir le remboursement de cette intervention sur présentation de la facture à la mutualité.
- c) Pour le membre qui choisit de recourir au service Aide-ménagère, la mutualité intervient à raison de 1,50 € par heure et par prestation réalisée par une aide-ménagère. Cette intervention est fixée à 2,50 € par heure pour les membres de la mutualité « bénéficiaires de l'intervention majorée » qui relèvent d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cette prise en charge financière est facturée directement par l'ASD Liège-Huy-Waremme à la mutualité. Cet avantage individuel est octroyé aux membres dans les limites des moyens disponibles.
- d) Pour le membre qui choisit de recourir au service Garde à domicile, la mutualité intervient à raison de 2 € par heure et par prestation réalisée par une garde à domicile.
Cette intervention est fixée à 4 € par heure pour les membres de la mutualité « bénéficiaires de l'intervention majorée » qui relèvent d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cette prise en charge financière est facturée directement par l'ASD Liège-Huy-Waremme à la mutualité. Cet avantage individuel est octroyé aux membres dans les limites des moyens disponibles.
- e) Pour le membre qui choisit de recourir au service Aide familiale, la mutualité souhaite aussi offrir une aide à la maternité en prévoyant une intervention dans les frais d'aide-ménagère ou d'aide familiale en raison de la naissance d'un enfant.

Cette intervention est fixée comme suit :

- soit 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, avec un maximum de 20 heures

- soit à concurrence des frais réels avec un maximum de 4 € par heure de prestation à domicile d'une aide familiale 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 une personne à charge au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'application.

Le parent à la charge duquel est inscrit le nouveau-né doit être membre de la mutualité au moment de la naissance et lors des prestations de l'aide-ménagère ou de l'aide familiale.

En cas de naissances multiples, cette intervention sera accordée autant de fois qu'il y a d'enfants à charge.

Le membre peut obtenir le remboursement de cette intervention sur présentation de la facture à la mutualité.

Cet avantage individuel est octroyé aux membres dans les limites des moyens disponibles.

« Article 51 abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

(Statuts au 01-01-2021)

Article 52 Aide aux familles et aux personnes âgées

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 20 juin 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2012) »

Article 53 Prêt de matériel sanitaire

La mutualité organise un service de location de matériel sanitaire. Dans ce but, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL « Solidarité Confort » enregistrée sous le numéro d'entreprise 548 646 648.

La liste du matériel et des tarifs de location pour l'avantage « prêt de matériel » est reprise à l'annexe n° 5 et fait partie intégrante des statuts.

Chaque membre peut obtenir, sur simple demande, la liste du matériel et des tarifs de location, ainsi que des cautions exigibles. Il peut également la consulter sur le site internet de la mutualité. Le Conseil d'administration de la mutualité peut modifier cette liste à condition que :

- la décision du Conseil mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision soit signée par le directeur de la mutualité et immédiatement transmise à l'Office par lettre recommandée ;
- les modifications soient reprises dans les statuts avec effet rétroactif, à l'occasion de l'Assemblée générale qui suit cette décision du Conseil.

En application de cet accord et des statuts, les membres de la mutualité bénéficient d'une réduction de 25 % sur les tarifs de location du matériel repris à l'annexe 9. Les membres de la mutualité « bénéficiaires de l'intervention majorée » qui relèvent d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, bénéficient quant à eux d'une réduction de 28 % sur les tarifs de location du même matériel.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 54 Téléassistance

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 25 novembre 2014 (en vigueur au 1-1-2015) »

INDEMNITES ET INTERVENTIONS DIVERSES

Article 55

Naissance et adoption

Définitions / terminologie

Adoption intrafamiliale : adoption d'un enfant par un membre de sa famille (enfant du conjoint ou enfant de la famille jusqu'au 3^e degré).

Description de l'avantage

Cet avantage consiste en l'octroi d'une prime forfaitaire à l'occasion de la naissance ou l'adoption d'un enfant. La prime ~~est due~~ **peut également être obtenue** dans l'éventualité où l'enfant est né sans-vie (grossesse ayant duré au moins 180 jours).

Conditions d'intervention

Le titulaire doit être membre de la MC le jour de la naissance ou de l'adoption.

Exclusions

La prime ne concerne pas l'adoption intrafamiliale.

Montant de l'intervention

Le montant de la prime est un montant forfaitaire de 350 €, octroyé au titulaire à charge duquel l'enfant est inscrit au sens de la loi relative à l'A.S.S.I.

En cas de naissances ou d'adoptions multiples, le montant de la prime est multiplié par le nombre d'enfants.

Documents justificatifs

L'intervention sera effectuée sur base de l'inscription de l'enfant à la MC.

Dans l'éventualité où l'enfant est né sans-vie, l'intervention sera effectuée sur la base d'une copie de l'acte officiel.

(Statuts au 01-01-2021)

Champ d'application territorial
Non applicable

Article 56

Fonds social

a) Bénéficiaires

Le fonds social vise à 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.

b) Conditions

Entrent en considération pour une intervention :

- des frais exceptionnels et élevés en conséquence de l'état de santé, d'un traitement médical ou de soins :
 - qui n'entrent pas en considération pour une intervention dans le cadre de l'assurance soins de santé ou de la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé ;
 - après déduction de l'intervention payée ou encore à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le Fonds des maladies professionnelles et de toute autre indemnité sur la base d'une affiliation obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, 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 deux années civiles 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 d'un médecin-conseil de la mutualité.

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

c) Avantage

L'intervention prévue dans ce service :

- n'est octroyée que si le montant total des frais s'élève au minimum à 50 euros ;
- s'élève à 75 % des frais pris en considération qui sont à charge du bénéficiaire ;
- est limitée à un maximum de 2.000 euros par dossier ;
- est limitée à un maximum de 2.000 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.

d) Modalités

L'intervention est octroyée sur présentation :

- d'une demande du bénéficiaire ;

- de factures, notes de frais, qui prouvent des frais exceptionnels et élevés à charge du membre.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

BIEN-ETRE

Article 57 Jeunesse - services collectifs

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 20 juin 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2012)»

Article 57 bis Jeunesse - interventions individuelles

Pendant les périodes de vacances scolaires, le service accorde une intervention financière de 3 € par jour (maximum 90 € par année civile et par jeune) en faveur des jeunes âgés de moins de 19 ans dans les situations énumérées ci-après :

- a) les camps de vacances organisés par les mouvements de jeunesse reconnus par la Communauté française et agréés par l'ONE,
- b) les plaines de vacances organisées par des ASBL (à l'exception des plaines organisées par Jeunesse & Santé) ou par les pouvoirs publics (commune, ville, province, . . .) et qui sont agréées par l'ONE,
- c) les stages sportifs, qu'ils soient organisés dans un centre sportif ADEPS, par une des fédérations reconnues par l'ADEPS et les cercles sportifs y affiliés ou par les clubs sportifs, c'est-à-dire les associations affiliées à une fédération sportive en Belgique,
- d) les stages nature, culturels, linguistiques et autres, organisés par les pouvoirs publics ou des ASBL agréées par l'ONE.

Les interventions du service sont accordées pour la période au cours de laquelle les personnes sont inscrites comme membres de la mutualité.

Pour donner lieu à une intervention financière du service, les camps de vacances, les plaines de vacances et les stages (c et d) doivent avoir une durée minimale de quatre jours successifs et le membre doit produire une attestation de participation délivrée par l'organisateur du stage, mentionnant également son coût.

Ces interventions financières sont cumulables avec la participation d'un jeune à un séjour ou à une plaine organisée la même année par Jeunesse & Santé.

Pendant les périodes scolaires, le service accorde également une intervention financière pour les classes de dépaysement.

Cette intervention est fixée à 30 € par année scolaire et par enfant pour les classes de dépaysement (vertes, de mer, de neige, . . .) comportant au moins une nuitée et organisées pendant les périodes scolaires en faveur des élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire. La participation de l'élève à ces classes doit être attestée par l'établissement scolaire.

Cette intervention est cumulable avec les interventions qui peuvent être octroyées pendant les vacances scolaires et avec la participation d'un jeune à un séjour ou à une plaine de vacances organisés la même année par Jeunesse et Santé.

Le service intervient également à raison de 8 EUR par jour (maximum 150 EUR par année et par enfant) dans les stages, les séjours ou les camps organisés par les Services d'aide à l'intégration (SAI), les Services d'aide précoce (SAP), les Services Résidentiels pour Jeunes Handicapés (SRJ) *ou* les Services d'accueil spécialisé pour jeunes (SAS'J) sans spécification d'âge et y compris en dehors des périodes scolaires. Le membre doit produire une attestation de participation délivrée par ces services.

Afin de réaliser les objectifs définis à l'article 2 b) de ses statuts, notamment vis-à-vis des jeunes, 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,

(Statuts au 01-01-2021)

- l'organisation de séjours de vacances.

Dans ce cadre, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL « Jeunesse et Santé », dont le numéro d'entreprise est le 0411.971.074.

En application de cet accord et des statuts, la mutualité intervient en faveur de ses membres à raison de :

- 20 € dans le prix d'une plaine de vacances organisée par l'ASBL Jeunesse et Santé,
- 80 € par an dans le prix d'une session de formation à l'animation (A1 et A2) / encadrement des jeunes organisée par l'A.S.B.L. Jeunesse et Santé.

Le montant payé par les participants pour les formations organisées par l'ASBL Jeunesse et Santé pour devenir animateur de centres de vacances se limite à maximum 75 euros dans la mesure des moyens disponibles. Pour pouvoir bénéficier d'une intervention dans le cadre de ce service, il faut être membre de la mutualité durant la totalité de la durée de l'activité concernée et en ordre de cotisations d'assurance complémentaire tel que décrit dans l'article 65 bis des présents statuts.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 58

Promotion de la santé : abonnements aux clubs sportifs

Ce service a pour objectif de promouvoir la pratique d'une activité physique saine et régulière auprès des membres de la mutualité, en accordant un remboursement partiel de leurs frais d'abonnement à un club sportif, à une association ou à une infrastructure de sport. Sont assimilés à ceux-ci toutes les organisations collectives mettant à la disposition des sportifs l'infrastructure nécessaire à leurs activités physiques, assurant leur encadrement, leur formation et leur sécurité (centres sportifs, salles de sport, cours de danse, . . .).

Le caractère régulier de l'activité physique est attesté par la durée de l'abonnement ou de la carte nominative attestant d'une pratique régulière.

L'intervention de la Mutualité est de 40 € maximum par année civile et par bénéficiaire.

Elle s'effectue sur base du formulaire de demande d'intervention de la Mutualité dûment complété ou de tout autre document émanant du club sportif, de l'association ou de l'infrastructure sportive et attestant de l'affiliation du membre avec les mentions minimales suivantes :

- le nom et le prénom du sportif,
- les coordonnées du club, de l'association ou de l'infrastructure,
- la période de validité de l'abonnement,
- le prix de l'abonnement pour cette période.

Une intervention financière dans le coût de l'affiliation ne peut être accordée que si la personne concernée est membre de la mutualité et en ordre de cotisations le jour où les frais d'affiliation ou d'abonnement sont supportés.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 59 Aide aux personnes malades

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 20 juin 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2012) »

Article 60 Personnes invalides et handicapées

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 20 juin 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2012) »

Article 61 Aînés

La mutualité, conformément à l'article 70 des présents statuts, a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL Promotion des Aînés dans le but d'améliorer le bien-être des personnes devenant très dépendantes, notamment en raison de leur âge, et incapables d'être maintenues à leur domicile.

L'ASBL, qui a pour objet l'étude et la promotion du logement des personnes âgées, gère, sur le site de la Clairière de Fayenbois, des lits M.R.S. et M.R.

Dans ce cadre, la mutualité intervient à raison de 3 € par jour dans le prix de la journée d'entretien en faveur de ses membres. Cette prise en charge financière est facturée directement par l'ASBL Promotion des Aînés à la mutualité.

Cet avantage individuel est octroyé aux membres dans les limites des moyens disponibles.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 61 bis Entraide Féminine

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 20 juin 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2012) »

Article 61 ter Education sanitaire - services collectifs

Le service octroie une intervention financière dans le coût de quatre formations de base aux gestes qui sauvent dispensées par la Croix-Rouge de Belgique.

Pour le brevet de secouriste, le brevet européen de premier secours (BEPS) et le brevet obtenu dans le cadre de la formation de la réanimation pédiatrique, l'intervention de la mutualité correspond à 80 % du coût réellement supporté par le membre, les cents étant arrondis à l'unité supérieure (euro).

Pour le brevet de benjamin secouriste, le service intervient pour la totalité du coût réellement supporté par le membre.

Le service intervient en considération des conditions imposées par la Croix-Rouge pour ses formations (accès aux formations, . . .).

Le membre doit fournir à la mutualité un reçu attestant du montant des frais réels encourus par le bénéficiaire. Il devra également produire la preuve de l'obtention du diplôme délivré suite à la formation.

Les interventions du service sont accordées pour la période au cours de laquelle les personnes sont inscrites comme membres de la Mutualité.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 23 octobre 2018 (en vigueur au 1^{er} janvier 2019) »

Article 61 quater Aide aux victimes

La mutualité, conformément à l'article 70 des présents statuts, a conclu un accord de collaboration avec le service CITES (Centre d'Informations, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress) de l'Intercommunale Spécialisée de Soins de Liège (ISO SL) dans le but de fournir à ses membres des informations et des aides thérapeutiques destinées à améliorer leur bien-être.

Lorsqu'un membre a été victime d'un événement traumatisant incluant la responsabilité d'un tiers (violence, accident de la route, accident thérapeutique, harcèlement, . . .), il introduit une demande d'intervention auprès de la mutualité, qui examine la conformité de celle-ci sur base de la déclaration d'accident rentrée par le membre à la mutualité en vertu de l'article 136 § 2 de la loi du 14/07/1994 et/ou d'une demande d'assistance juridique telle que prévue à l'article 62 des présents statuts.

La demande de prise en charge du membre par des professionnels (médecins, psychiatres, psychologues, kinésithérapeutes ou sophrologues) est transmise par la mutualité au CITES.

Cette prise en charge financière est facturée directement par le CITES à la mutualité et correspond à 75 % du coût réellement supporté par le membre pour les services prestés au sein de ce centre d'aide, après déduction de l'intervention payée ou encore à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le fonds des maladies professionnelles et de

(Statuts au 01-01-2021)

toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, organisme ou institution.

Cet avantage individuel est octroyé aux membres dans les limites des moyens disponibles.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 61 quinquies Subventionnement de structures socio-sanitaires

La mutualité soutient les personnes morales suivantes, qui sont des structures socio-sanitaires visées à l'article 1^{er}, 5^o de l'Arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, al. 6, de la loi du 26 avril 2010. Ces ASBL ne réalisent pas d'opération ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement futur et incertain.

La subvention octroyée par la mutualité à un bénéficiaire ne sert pas à financer d'avantage individuel particulier pour les membres mutualistes chrétiens par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité subventionnée.

Les subventions sont fixées annuellement par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration peut modifier les montants proposés, pourvu que les conditions suivantes soient remplies :

- la décision du Conseil d'administration est immédiatement communiquée par lettre recommandée à l'Office de Contrôle des Mutualités ;
- dans cette lettre, figure la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- les changements avec effet rétroactif sont votés à l'Assemblée générale suivante, pour être intégrés dans les statuts.

1. L'ASBL « Jeunesse et Santé »
dont le numéro d'entreprise est BCE : 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. ».

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 355.000~~ euros pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 240.641,03 euros et en 2018 à 298.804,21 euros.

2. L'ASBL « Altéo »
dont le numéro d'entreprise est BCE : 0410.383.442

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. ».

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 544.000 euros~~ **471,275,23 euros** pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 410.073,72 euros et en 2018 à 426.263,66 euros.

3. L'ASBL « Enéo »
dont le numéro d'entreprise est BCE : 0414.474.169

L'objet social repris à l'article 3 des statuts 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.

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

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 391.000 euros~~ **266.199,34 euros** pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 281.319,28 euros et en 2018 à 313.597,55 euros.

4. L'ASBL « Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme »
dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 22 janvier 1998 sous le numéro 001198 et qui a pour objet de répondre aux besoins des personnes malades, âgées ou handicapées, qui veulent être aidées et soignées à leur domicile

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 270.000 euros~~ pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 100.000 euros et en 2018 à 100.000 euros.

5. L'ASBL « Promotion des Aînés » à Liège
dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 20 mai 1976 sous le numéro 4522 et qui a pour objet l'étude et la promotion du logement des personnes âgées.

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 60.000 euros~~ pour 2020 et à maximum 60.000 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 60.000 euros et en 2018 à 60.000 euros.

6. L'ASBL « Centre éducatif et social pour adultes handicapés mentaux, en abrégé CESAHM » (établie à Seraing)
dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 31 août 1989 sous le numéro 11.038 et qui a pour objet la création, la gestion et le développement de tous les services en faveur de personnes handicapées, et plus généralement de personnes nécessitant une aide socio-éducative appropriée

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 11.600 euros~~ pour 2020 et à maximum 11.600 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 11.600 euros et en 2018 à 11.600 euros.

7. L'ASBL « Le Centre Familial de la Région Wallonne » (rue Louvrex 76 à Liège) dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 15 juin 2004 sous le numéro 04092835 et qui a pour objet de répondre aux besoins des personnes malades, âgées ou handicapées, qui veulent être aidées et soignées à leur domicile

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum~~ 9.000 euros pour 2020 et à maximum 9.000 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 9.000 euros et en 2018 à 9.000 euros.

8. L'ASBL « Sapatlipapote » (rue de Tilff 11 à Chaudfontaine) dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 2 juillet 2008 sous le numéro 08115924 et qui a pour objet de favoriser la communication chez les jeunes enfants, dans un souci de bien-être physique et mental, d'intégration socioculturelle et d'égalité des chances.

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum~~ 7.000 euros pour 2020 et à maximum 7.000 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 6.000 euros et en 2018 à 6.000 euros.

9. L'ASBL « Centre de planning familial et de consultation familiale et conjugale le 37 » (rue Saint-Gilles 29 à Liège) dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 22 septembre 1977 sous le numéro 5423 et qui a pour objet « l'accueil, l'information, l'éducation et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles, ainsi que l'animation des groupes, notamment de jeunes, dans le cadre de la vie affective, sexuelle et relationnelle ».

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum~~ 0 euros pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 0 euros et en 2018 à 18.000 euros.

10. L'ASBL « L'Accueil des Tout-Petits » (rue d'Amercoeur 55 à Liège) dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 10 août 2008 sous le numéro 05119223 et qui a pour objet l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

Le montant annuel du subside est fixé à ~~à maximum~~ 20.000 euros pour 2020 et à maximum 20.000 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 20.000 euros et en 2018 de 20.000 euros.

11. L'ASBL « Les Groupes Professionnels Féminins » (rue Chevaufosse 72 à Liège) dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 16 mars 2006 sous le numéro 060056786 et qui a pour objet l'organisation et le soutien des associations destinées à promouvoir la formation et la promotion sociale et culturelle des femmes des milieux populaires.

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum~~ 22.000 euros pour 2020 et à maximum 22.000 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 22.000 euros et en 2018 de 22.000 euros.

12. L'ASBL « La Récré du Coeur » (rue d'Amercoeur 55 à Liège) dont le numéro d'entreprise est BCE : 0474381963.

L'objet social, repris à l'article 3 des statuts, est le suivant : « L'association a pour but principal d'apporter l'aide et soins à domicile au bénéfice des familles et des personnes âgées,

(Statuts au 01-01-2021)

de rechercher, de promouvoir et réaliser des projets, des initiatives, des activités, des aides et de l'accueil au bénéfice de toute personne.

Une priorité sera accordée aux personnes âgées, isolées, malades, handicapées, accidentées ou toute autre personne requérant un soutien moral, psychologique ou physique, ainsi qu'aux plus démunis, tant au niveau financier, qu'économique, culturel et socio-médical, de l'autonomie des mouvements et des gestes, de l'entourage familial, social ou de voisinage. ».

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 0 euros~~ 0 euros en 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 0 euros et en 2018 de 0 euros.

13. L'ASBL « Solidarité Confort » (rue d'Amercoeur 55 à Liège) dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 17 mars 2014 et qui a pour but d'organiser un ensemble d'activités et de partenariats pour répondre aux besoins d'autonomie et de bien-être exprimés par les usagers afin d'améliorer leur état de santé global et leur qualité de vie, de promouvoir leur indépendance à domicile et de garantir leur confort et leur mobilité. Elle a pour objet la mise à disposition, par le biais d'une location ou d'une vente de matériel sanitaire, paramédical, de puériculture, de sécurité ou de bien-être et accessoires, de conseils ou d'encadrement et/ou de prestations pour une utilisation optimale du matériel concerné.

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 0 euros~~ 0 euros en 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 0 euros et en 2018 de 0 euros.

14. Le « Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso » (RAMS/BF) a pris la forme d'une association à but non lucratif et fonctionne sous la loi n° 10-92-ADP du 15 décembre 1992. Le RAMS/BF est devenu une ONG nationale en août 2006. Son siège social est établi à 10 BP 344, Ouagadougou 10, Burkina Faso 1200 logements.

L'objet social repris à l'article 5 des statuts est le suivant : « Contribuer à la promotion et au développement des mutuelles de santé au Burkina Faso afin de favoriser l'accès de la population à des soins de santé de qualité ».

Les objectifs spécifiques du Réseau repris à l'article 6 des statuts sont :

- œuvrer à faire connaître la mutuelle de santé comme un acteur important du système de soins de santé et du système de protection sociale et développer des partenariats avec les autres acteurs du secteur ;
- créer, animer et dynamiser un cadre technique de concertation avec tous les intervenants dans le domaine des mutuelles de santé pour favoriser les échanges d'expériences mutualistes ;
- élaborer et diffuser une méthodologie de création et d'extension des mutuelles de santé au Burkina Faso ;
- capitaliser les expériences en cours dans le pays en organisant différentes activités ;
- apporter un appui technique à la mise en place et à la gestion des mutuelles de santé ;
- renforcer les compétences et capacités des membres du Réseau et d'autres promoteurs de mutuelles de santé.

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 60.000 euros~~ **40.000 euros** pour 2020 et à maximum 60.000 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 40.000 euros et en 2018 de 40.000 euros.

15. L'ASBL Enéosport
dont le numéro d'entreprise est BCE : 418.415.834.

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

« L'association a pour objet :

- d'encourager et d'organiser, dans les meilleures conditions de sécurité, la pratique sportive des aînés et tout particulièrement des membres de l'ASBL Enéo, mouvement social des aînés,

(Statuts au 01-01-2021)

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

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 42.500 euros~~ **41.684,27 euros** pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 33.170,90 euros et en 2018 de 34.489,64 euros.

16. L'ASBL Centre de santé
dont le numéro d'entreprise est le 409.121.551.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts est le suivant : « créer et gérer un service de promotion santé à l'école, un service de santé mentale et une crèche pour enfants. Son but social pourra s'étendre à toutes autres activités contribuant au développement et à l'accomplissement de ces services. ».

Le montant annuel du subside est fixé à ~~maximum 0 euros~~ pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du subside effectivement octroyé était de 0 euros et en 2018 de 0 euros.

17. Fondation privée pour l'innovation sociale (Fonds d'innovation sociale)
dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 29 avril 2016 (numéro d'entreprise 0652965101).

Le Fonds d'innovation sociale a pour but, à l'exclusion de tout but de lucre, de soutenir, encourager, promouvoir, mettre en relation et conseiller différentes institutions dans le secteur médico-social, visant à promouvoir le bien-être physique, psychique et social de la population, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité. Les initiatives soutenues peuvent entre autres viser l'inclusion sociale à travers l'accès à un logement et à un emploi décent. Une attention particulière sera accordée aux institutions qui soutiennent les personnes fragilisées, que cette fragilité soit due à leur âge, à leur état de santé, à leur situation familiale, économique, culturelle ou sociale.

Le montant annuel du financement est fixé à ~~maximum 500.000 euros~~ pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019 et en 2018, le montant du subside effectivement octroyé était de 500.000 euros.

18. L'ASBL Entraide et Santé (Place du XX Août) dont le numéro d'entreprise est le 401.447.762.
L'objet social repris à l'article 4 des statuts est le suivant : « l'association a pour but social le développement et le soutien à toute action d'entraide, de prévoyance ou d'assistance dans le domaine de la santé au sens de la loi du 06-08-1990. Elle a également pour but social de procurer à tous les organismes ou institutions constitués dans le même but toute aide matérielle et morale destinée à faciliter la réalisation de leur but social. L'ASBL peut en outre assurer la sensibilisation et le soutien d'actions associatives ou communautaires au Burkina. »

Le montant annuel du subside est fixé à maximum 200.000 euros pour 2021.

Article 61 sexies Financement d'actions collectives

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 19 novembre 2013 (en vigueur au 1^{er} janvier 2012) »

INFORMATION ET PROMOTION

Article 62 Assistance juridique

La mutualité organise et développe, en collaboration avec l'Union nationale, un service destiné à intervenir dans la défense des droits de ses membres, que ce soit par l'information, la formation ou la prise partielle à la charge de l'assistance juridique, en vue de faire valoir des droits qui résultent pour eux des législations concernant :

- les relations entre les consommateurs de soins et les dispensateurs de soins;
- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et, en particulier, les accords et les 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 du 14 juillet 1994.

La définition des conditions dans lesquelles l'assistance juridique peut être offerte, ainsi que la mesure de l'intervention financière de la part du service sont reprises ci-dessous :

1) Bénéficiaires de l'assistance juridique :

Chaque membre de la Mutualité Chrétienne, ainsi que les personnes à sa charge, cotisant à l'assurance complémentaire.

2) Fin de l'assistance juridique :

Le jour qui suit la perte de la qualité de membre de la Mutualité Chrétienne, sauf en cas de décès.

3) Situations permettant de bénéficier de l'assistance juridique :

- a) 1. Tous les problèmes que peut rencontrer un patient dans ses relations avec les prestataires et les institutions de soins, comme les honoraires, les factures d'hôpitaux, le respect des conventions.
2. Les plaintes concernant l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.
- b) Les problèmes liés à l'application de la législation relative à l'assurance soins de santé et indemnités (voir exception point 4.5).
- c) Les problèmes liés aux atteintes portées à l'intégrité physique :
 1. suite à un accident avec tiers responsable,
 2. suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- d) Les problèmes liés à l'application de la législation relative aux pensions de retraite et de survie.
- e) Les problèmes liés à l'application de la législation relative aux prestations familiales, aux allocations et aux aides aux personnes handicapées (AWIPH).
- f) Les problèmes liés au revenu d'insertion sociale et à l'aide sociale (CPAS).
- g) Les problèmes liés à l'application de la législation relative au GRAPA.
- h) Les problèmes dans d'autres domaines du droit relatifs à la maladie et à l'incapacité de travail concernant principalement l'indemnisation des frais médicaux ou de l'incapacité de travail complémentaire à celle prévue par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (contrats d'assurance soins de santé, contrats d'assurance revenus garantis).

4) Contenu de l'assistance juridique :

- a) Des consultations juridiques.
- b) Des interventions en vue d'un règlement à l'amiable s'il s'agit d'un problème opposant le membre à la Mutualité Chrétienne.
- c) Un avis médical dans les litiges repris au point 3 c); cet avis est donné par une personne compétente désignée par la Mutualité Chrétienne.
- d) Aux conditions reprises au point 5 ci-dessous, une assistance en justice.
- e) Sont exclus de l'assistance juridique les litiges repris sous le point 3 b) lorsque ceux-ci opposent le membre à la Mutualité Chrétienne.
- f) Pour les litiges repris sous le point 3 b) et c) 2., l'assistance en justice ne peut être accordée que si une procédure dans le cadre de l'article 136 de la loi globale sur l'ASSI du 14 juillet

1994 est pendante en justice ou s'il apparaît qu'il y a motif à demander un dédommagement mieux approprié en faveur du membre.

5) L'assistance en justice :

a) Contenu de l'assistance en justice :

- A l'exception des motifs de refus prévus au point 5) c), la Mutualité Chrétienne peut mettre à la disposition du membre un avocat et un médecin expert qu'elle désigne. Elle avance ou prend en charge la totalité ou une partie des frais et honoraires de ces spécialistes conformément au point 5.d).
- Lorsqu'un litige sur des problèmes visés au point 3 b) et c) 2 est porté devant le tribunal du travail, la Mutualité Chrétienne se réserve le droit de faire appel à un délégué d'une organisation syndicale de travailleurs salariés ou de travailleurs indépendants, compte tenu de l'affiliation du membre à cette organisation.
- La Mutualité Chrétienne avance ou prend en charge la totalité ou une partie des frais de justice liés à la procédure engagée (voir point 5.4 ci-dessous).

b) Conditions liées à l'octroi de l'assistance en justice :

- Dès que le litige survient, le membre doit informer sans délai le service assistance juridique.
- Il doit transmettre à ce service tous les éléments de preuves permettant d'évaluer ses chances de succès en justice, ceci à ses frais.
- Pour chaque cas, la décision d'octroi de l'assistance en justice est prise par le service assistance juridique; une nouvelle décision est nécessaire en cas d'appel ou de recours en cassation.
- L'assistance en justice se limite aux litiges portés devant les juridictions belges.

c) Refus

1. Lorsqu'un règlement à l'amiable par le service assistance juridique est refusé sans motivation de fond par le membre ou rendu impossible par son comportement.
2. En cas d'assignation en justice par un prestataire ou une institution de soins suite à une négligence manifeste ou un comportement manifestement fautif du membre.
3. Lorsque le service assistance juridique estime que la procédure en justice n'a pas de chance d'aboutir favorablement ou que son coût est disproportionné par rapport aux avantages escomptés.
4. Si les informations ou données transmises par le membre sont manifestement erronées, incomplètes ou fausses; dans ce cas, les frais et honoraires déjà pris en charge devront être remboursés par le membre.
5. Si le litige est né avant l'affiliation à l'assurance complémentaire.
6. Lorsque le membre a déjà fait appel à une assurance en assistance juridique ou à un avocat ou médecin expert de son choix.

d) Prise en charge de la procédure en justice ou interruption de l'assistance en justice :

1. Honoraires et frais d'avocat :

- Le choix de l'avocat est du ressort de la Mutualité.
- La Mutualité Chrétienne fait l'avance des honoraires et frais d'avocat.
- Si le membre perd le procès, ces frais et honoraires restent définitivement à charge de la Mutualité Chrétienne.
- Si le membre obtient un dédommagement financier en procédure amiable ou si le membre obtient un dédommagement financier via un procès dans les litiges repris au point 3 a) 2. - 3 b) - 3 c) - 3 h), il rembourse le montant des frais et honoraires à la mutualité, avec un maximum égal à 10 % des sommes qui lui sont octroyées en compensation de son dommage.
- S'il n'y a pas de dédommagement financier, les honoraires et frais de l'action restent à charge de la Mutualité Chrétienne.
- Aucune intervention ne sera réclamée au membre pour les recours au tribunal du travail contre le Ministère des Affaires Sociales, l'AWIPH, l'ONP, les CPAS, les caisses d'allocations familiales.

2. Expertise médicale de recours :

Si l'assistance d'un médecin expert s'avère nécessaire, l'intervention de la Mutualité sera accordée à condition que la demande en soit exprimée par l'avocat désigné par la Mutualité Chrétienne ; dans ce cas, la Mutualité désignera l'expert médical et en assumera le coût.

3. Frais judiciaires :

- La Mutualité Chrétienne fait l'avance des frais judiciaires (frais d'huissiers et frais d'expertise).

- Si le membre perd le procès, ces frais tombent à charge de la Mutualité Chrétienne, ainsi qu'une éventuelle indemnité de procédure.
- Si le membre gagne le procès, ces frais, ainsi que l'indemnité de procédure, tombent à charge de la partie adverse; le membre reverse ces sommes à la Mutualité Chrétienne.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Article 63 Information des membres et promotion

Grâce à ce service, la mutualité entend informer ses membres au sujet de toutes les matières qui les concernent, notamment au sujet des questions relatives à la santé, aux soins de santé, tant préventifs que curatifs.

Elle assure également et de façon ciblée l'information en vue d'une meilleure connaissance, par les affiliés ou la population, de la mutualité et de ses activités. Ce service couvre notamment le coût de la presse mutualiste.

Ce service est également destiné à :

- autoriser la mutualité à se doter de moyens en vue d'actions spécifiques de développement à mener dans les huit secteurs repris à l'article 6 des présents statuts. Ces actions sont destinées à soutenir, favoriser et développer la vie mutualiste régionale et locale. Outre une animation très proche de l'affilié, ce service peut prendre en charge des projets des secteurs en octroyant à ces derniers des crédits approuvés par le Conseil d'administration de la mutualité ;
- permettre à la mutualité d'assurer ses fonctions de marketing social (études de besoins, évolution de services au sens de l'article 2 b des présents statuts) et de réaliser des activités de promotion.

COOPERATION

Article 63 bis Coopération internationale

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 24 juin 2014 (en vigueur au 1^{er} juillet 2014) »

SECTION 3 - CENTRE ADMINISTRATIF

Article 64

Le centre administratif se charge :

1. sous code 98/1 : de la répartition totale sur la base de clés objectives des frais de fonctionnement communs qui, conformément aux articles 74 et 75 de l'Arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990, ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés organisés par la mutualité.
2. sous code 98/2 : de la gestion de :
 - la réserve comptable des frais d'administration de l'assurance maladie obligatoire résultant de l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
 - la cotisation destinée à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire conformément à l'article 1^{er}, point 4 de l'Arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Les produits et charges déterminés par l'Office de Contrôle des Mutualités sont également attribués au centre administratif (code 98/2).

SECTION 4 - COTISATIONS

Article 65

Les cotisations sont dues à partir de l'entrée en vigueur de l'affiliation telle que définie par l'article 7 bis 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 de chaque titulaire.

Le montant annuel des cotisations pour les services et opérations organisés par la mutualité est fixé dans le tableau des cotisations se trouvant à l'annexe 1 des présents statuts.

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

Les catégories suivantes de membres paient une cotisation de 0 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.

La proposition d'abrogation des articles 46 et 61 ter sera présentée lors de l'Assemblée générale du 23 octobre 2018 (entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019)

Article 65 bis - types de membres et paiement / non-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 7 bis, 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

(Statuts au 01-01-2021)

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

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 arrangements auprès de l'entité ou des entités concernées ;

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

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

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

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1^{er} janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 bis, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

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

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

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

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

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

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 bis, 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 7 bis 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.

§5 En application de l'article 2 quinquies de l'AR du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, de l'article 14, § 3, et de l'article 19, troisième et quatrième alinéas, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, par dérogation au §4, aucune personne ne peut acquérir la qualité d'un membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages a été supprimé, avant le 1^{er} janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25^e mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue, tel que défini au § 3.

Les cotisations relatives à la période visée au paragraphe précédent sont ajoutées aux cotisations visées au dernier alinéa du § 3. Pour pouvoir bénéficier d'un avantage des services concernés pour un événement qui se produit en 2021, il faut, par conséquent, être en ordre de cotisations pour la période du 1^{er} janvier 2019 au mois y compris durant lequel cet événement s'est produit.

SECTION 5 - PATRIMOINE

Article 66 Patrimoine

Un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL Maison de la Solidarité Chrétienne. L'objet de cet accord est la réalisation de la gestion patrimoniale de la mutualité.

L'ASBL s'engage, sur demande de la mutualité, à envisager, veiller et, le cas échéant, procéder à l'acquisition de bâtiments, installations et équipements ; en d'autres termes, mettre à la disposition de la mutualité les biens mobiliers et immobiliers requis pour une bonne gestion mutualiste.

Un subside est voté annuellement par l'Assemblée générale de la mutualité et il n'y a pas d'avantages financiers individuels pour les membres.

Le montant annuel du financement est fixé à ~~maximum~~ 600.000 euros pour 2020 et à maximum 0 euros pour 2021.

En 2019, le montant du financement effectivement octroyé était de 830.000 euros et en 2018 de 830.000 €.

SECTION 6 - SERVICE SPECIFIQUE LA SACERDOTALE SAINT-LAMBERT
--

Article 67

Aucune cotisation n'est prévue pour ce service.

La mutualité a repris, dès le 30 juin 1991, le patrimoine, les droits et les obligations, ainsi que les membres de "l'Association Mutuelle de Saint Lambert", société mutualiste au sens de la loi du 23 juin 1894, antérieurement reconnue par Arrêté Royal du 31 mai 1900 (M.B. des 15 et 16 octobre 1900) et dissoute par application de l'Arrêté Royal du 12 avril 1991 portant exécution de l'article 70 § 5 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux Unions nationales.

De ce fait, la mutualité organise un service dénommé "La Sacerdotale St Lambert" qui a pour but d'octroyer en faveur des membres repris à l'article 10 (catégories 1 à 4) des statuts et qui font partie du clergé, une indemnité journalière de 6,20 €. Celle-ci est octroyée sur base d'un certificat médical d'incapacité et pour une durée maximale de 3 mois et ce jusqu'à épuisement des réserves disponibles pour le service.

Cette indemnité journalière a pour objectif d'aider un membre du clergé à faire face aux divers frais engendrés par la maladie, l'incapacité et l'isolement qui en résultent.

Le Conseil d'administration de la mutualité donne mandat à un comité de gestion pour assurer le suivi du service et fixer ses modalités d'intervention.

Un membre du personnel de cadre de la mutualité représente celle-ci au sein du comité de gestion.

« Article abrogé par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

SECTION 7 - DISPOSITIONS GENERALES

Article 68

Dispositions générales

a) Stage d'attente

Une période de stage de 6 mois est prévue pour les services et opérations organisés par la mutualité.

Cette période de stage n'est pas exigée des personnes à charge d'un titulaire membre de la mutualité et en ordre de paiement de cotisations prévues à l'article 65 lorsqu'elles s'affilient à la mutualité pour leur première inscription en tant que titulaire à l'assurance complémentaire de manière concomitante à leur première inscription en tant que titulaire à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En cas de mutation ou de transfert d'un titulaire ou d'une personne à charge provenant d'une autre mutualité, la condition de stage disparaît si le titulaire bénéficiait effectivement des opérations et autres services le jour précédant celui où il a quitté son ancienne mutualité.

b) Prescription

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

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

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

c) Concours

Lorsque l'assurance obligatoire, l'assurance contre les accidents du travail, le Fonds des maladies professionnelles, les pouvoirs publics ou un organisme institué par les pouvoirs publics, prévoit une prise en charge ou une intervention, la mutualité n'accorde son intervention qu'après déduction de cette prise en charge ou cette intervention.

La disposition de l'alinéa précédent ne peut pas avoir pour effet :

- que la somme de toutes les prises en charge ou interventions soit inférieure pour un bénéficiaire de l'intervention majorée que pour un bénéficiaire qui n'y pas droit,
- qu'un bénéficiaire se verrait refuser un avantage pour le motif que la prise en charge ou l'intervention visée à l'alinéa précédent n'est accordée qu'après la fin du délai de prescription visé à l'article 48 bis de la loi du 6 août 1990.

CHAPITRE VI : BUDGETS ET COMPTES EMPLOI ET PLACEMENT DES FONDS

Article 69

- A. Pour chacun des services mentionnés à l'article 2 b des présents statuts, les règles comptables sont fixées par l'article 29 de la loi du 6 août 1990.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

1. les cotisations mentionnées aux articles 42, 65, 66, 67 et 68;
2. les subsides de pouvoirs publics;
3. les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux;
4. les intérêts ainsi que les bénéfices sur titres réalisés afférents à chacun d'eux.

Les produits financiers doivent être répartis entre les différents services et groupes de services de l'assurance complémentaire sur la base du montant, en début d'exercice, des disponibilités de ces différents services ou groupes de services. Si la somme des disponibilités d'un service ou groupe de services est négative, aucune part n'est attribuée, mais un intérêt débiteur peut être imputé à ce service ou à ce groupe de services, à hauteur du taux d'intérêt moyen effectif des revenus des placements pour l'exercice considéré.

Chaque service doit supporter ses frais administratifs, des pertes sur titres et des dépenses résultant de l'application de ses statuts.

- B. Le patrimoine de la mutualité ne peut être affecté à d'autres fins que celles qui sont expressément définies par les présents statuts.
- C. Le patrimoine de la mutualité doit être placé conformément aux dispositions de l'article 29 § 4 de la loi du 6 août 1990.

CHAPITRE VII : COLLABORATION

Article 70

- A. En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2 des présents statuts, la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé, conformément à l'article 43 de la loi du 6 août 1990.
- B. A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration, ainsi que la possibilité de bénéficier des avantages qui en résultent pour les membres visés à l'article 10 et les personnes à leur charge.
- C. L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'Assemblée générale et transmis à l'Office de contrôle. Le Conseil d'administration fait annuellement rapport à l'Assemblée générale sur l'exécution des accords conclus ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

Des accords de collaboration ont été conclus par la mutualité avec :

- 1° l'ASBL "La Maison de la Solidarité Chrétienne", établie à Liège, dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 20 avril 1967 sous le numéro 2070 et qui, en contrepartie de la cotisation prévue à cet effet, se portera garante de :
- gérer les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation des objectifs prévus à l'article 2;
 - la collaboration avec les personnes et les services qui participent à la réalisation des objectifs prévus à l'article 2.
- 2° l'ASBL Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme établie à Liège, dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 22 janvier 1998 sous le numéro 001198 et qui a pour objet de répondre aux besoins des personnes malades, âgées ou handicapées, qui veulent être aidées et soignées à leur domicile.
- 3° l'ASBL "Centre éducatif et social pour adultes handicapés mentaux, en abrégé CESAHM" (établie à Seraing), dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 31 août 1989 sous le numéro 11.038 et qui a pour objet la création, la gestion et le développement de tous les services en faveur de personnes handicapées et plus généralement de personnes nécessitant une aide socio-éducative appropriée.
- 4° l'ASBL "Centre Hospitalier Chrétien" (CHC) à Liège, dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 1^{er} février 2001 sous le n° 1989 et qui a pour objet et pour but "d'apporter des soins et un accompagnement aux malades, aux handicapés, aux seniors et aux convalescents, soit à domicile, soit dans les maisons de repos soit dans les établissements de médecine préventive ou curative qu'elle possède, loue ou gère.
L'association contribue à l'exercice et au développement de l'action chrétienne en Province de Liège ou ailleurs, et apporte toute aide spirituelle, morale, corporelle et matérielle, dans le cadre desdits soins.
L'association a comme objet de créer et d'exploiter des institutions de soins et des maisons de repos dans le sens large du terme, ainsi que d'exercer toutes les activités qui touchent directement ou indirectement les soins de santé y compris l'enseignement et la formation nécessaires à de telles institutions.
Ainsi et dès à présent, l'association a comme objet, entre autres, de poursuivre la gestion et la promotion des activités développées, jusqu'au 31 décembre 2000, au sein de l'ASBL "Cliniques Saint-Joseph" et de l'ASBL "Centre Hospitalier Saint-Vincent & Sainte-Elisabeth".
- 5° l'ASBL Le Centre Familial de la Région Wallonne (rue Louvrex 76 à Liège), dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 15 juin 2004 sous le numéro 04092835 et qui a pour objet de répondre aux besoins des personnes malades, âgées ou handicapées, qui veulent être aidées et soignées à leur domicile.

(Statuts au 01-01-2021)

- 6° l'ASBL L'Accueil des Tout-Petits (rue d'Amercoeur 55 à Liège), dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 10 août 2008 sous le numéro 05119223 et qui a pour objet de favoriser le développement, le bien-être et l'autonomie des enfants.
- 7° l'ASBL Les Groupes Professionnels Féminins (rue Chevaufosse 72 à Liège), dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 16 mars 2006 sous le numéro 060056786 et qui a pour objet de développer des équipements médicosociaux de soins maternels et infantiles, ainsi que d'organiser des activités spécifiques, notamment d'éducation à la santé, pour les femmes et leurs personnes à charge.
- 8° l'ASBL Saparlipapote (rue de Tilff 11 à Chaudfontaine), dont les statuts ont été publiés au Moniteur belge du 2 juillet 2008 sous le numéro 08115924 et qui a pour objet de favoriser la communication chez les jeunes enfants, dans un souci de bien-être physique et mental, d'intégration socioculturelle et d'égalité des chances.
- 9° le « Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso (RAMS/BF) » a pris la forme d'une association à but non lucratif et fonctionne sous la loi n° 10-92-ADP du 15 décembre 1992. Le RAMS/BF est devenu une ONG nationale en août 2006. Son siège social est établi à 10 BP 344, Ouagadougou 10, Burkina Faso 1200 logements.

CHAPITRE VIII : MODIFICATIONS DES STATUTS

Article 71

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée générale convoquée à cet effet et dont les décisions doivent, pour être valables, réunir les suffrages des deux tiers des délégués présents ou représentés et pour autant que la moitié au moins des délégués désignés à l'article 11 soient présents ou représentés.

Les membres peuvent participer à distance à l'Assemblée générale par le biais d'un moyen de communication électronique mis à disposition par la mutualité, selon les modalités prévues à l'article 28 bis des présents statuts. Ils peuvent aussi exercer leur droit de vote à l'avance par écrit ou par vote électronique selon les modalités prévues à ce même article 28 bis.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée conformément aux règles prescrites par l'article 16 de la loi du 6 août 1990. Cette assemblée délibère valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

L'assemblée générale de la mutualité est également convoquée lorsqu'au moins un cinquième de ses membres en fait la demande.

Article 72

- A. Le Conseil d'administration statue sur les modifications des listes de prestataires et/ou établissements de soins annexées aux présents statuts sans préjudice de l'obligation de soumettre à la prochaine Assemblée générale une modification statutaire conforme.
- B. Sans préjudice de la compétence du Tribunal du Travail telle qu'elle est précisée par les articles 580 et 628 du Code Judiciaire, les parties en cause d'un litige ne peuvent décider de soumettre celui-ci par convention d'arbitrage à un tribunal arbitral qui répond à la procédure déterminée par le Code Judiciaire.

CHAPITRE IX : DISSOLUTION

Article 73

La mutualité peut être dissoute par une décision de l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet et conformément à l'article 45 de la loi du 6 août 1990.

La convocation mentionne :

1. les motifs de la dissolution;
2. la situation financière de la mutualité;
3. l'affectation des fonds sociaux;
4. les formes et les conditions de la liquidation.

Article 74

L'Assemblée générale qui décide de la dissolution de la mutualité désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 32 de la loi du 6 août 1990.

Article 75

A. 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, § 1^{er}, alinéa 3 de la loi du 6 août 1990.

B. 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 1^{er} 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.

CHAPITRE X : ENTREE EN VIGUEUR

Article 76

Sous réserve de l'approbation par l'Office de contrôle, les modifications statutaires entrent en vigueur à la date décidée par l'Assemblée générale convoquée à cet effet.

ANNEXES

- Annexe 1 : tableau des cotisations ETAC
- Annexe 2 : liste des vaccins agréés pour l'avantage vaccination
- Annexe 3 : liste des centres agréés pour l'avantage « centres de planning familial »
- Annexe 4 : liste des transporteurs conventionnés
- Annexe 5 : liste du matériel et des tarifs de location pour l'avantage « prêt de matériel »
- Annexe 6 : composition Assemblée générale et Conseil d'administration.

* * *

Annexe 1 - Tableau des cotisations ETAC

Tableau de cotisations de l'entité: 130 - Mutualité chrétienne de Liège

Version: 2021/1

Date d'approbation: 17/11/2020

Date d'application: 01/01/2021

Statut: C - contrôlé, sans erreurs

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

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

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

A. Cotisations propres

Services		Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
Code	Nom			Cotisations normales	
				Cat.1	Cat.2
15	Autres opérations	0	44 à 61, 62, 70	6,72	6,72
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	63	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	8	61 quinquies, 70	4,20	4,20
93	Patrimoine	1	66	0,00	0,00
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	64	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	64	5,40	5,40
Total				16,32	16,32

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0439.648.936	Asbl CESAHM
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0506.669.107	asbl Centre Hospitalier Chrétien (CHC)
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0462.309.126	ASD Liège Huy Waremme
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0898.968.482	Asbl Saporlipapotte
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.078.683	Centre familial de la RW
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0416.540.170	Asbl Accueil des Tout Petits
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires		RAMS
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0409.730.968	Asbl Les Groupements Professionnels Féminins
93	Patrimoine	0410.188.848	Asbl Maison de la Solidarité Chrétienne

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

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2020/1	01/01/2020	82,32	82,32	0,00	0,00
Total				93,29	93,29	0,00	0,00

Total A + B

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
130	Mutualité chrétienne de Liège	2021/1	01/01/2021	16,32	16,32	16,32	16,32
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2020/1	01/01/2020	82,32	82,32	0,00	0,00
Total				109,61	109,61	16,32	16,32

Précisions

NB: pour les membres visés à l'article 65 des statuts, la cotisation est de 0 euro

Annexe 2 - Liste des vaccins agréés pour l'avantage vaccination au 01-07-2018

Liste des vaccins anti-infectieux

Noms	Maladies
ACT-HIB	Diphtérie, tétanos, coqueluche
AGRIPPAL	Grippe
ALPHARIX	Grippe
AVAXIM	Hépatite A
BEXSERO	Méningocoques
BOOSTRIX	Diphtérie, tétanos, coqueluche
BRONCHO-VAXOM	Vaccin antibactérien divers
BUCCALINE	Vaccin antibactérien divers
CERVARIX	Prévention du cancer du col de l'utérus
DUKORAL	Rage
ENCEPUR	Encéphalite à tique
ENGERIX	Hépatite B
EPAXAL	Hépatite A
FENDRIX	Hépatite B
FLUENZ TETRA	Grippe
FLUVIRIN	Grippe
FSME IMMUM	Encéphalite Frühsommer
GARDASIL	Prévention du cancer du col de l'utérus
HAVRIX 720	Hépatite A
HAVRIX 1440	Hépatite A
H-B-VAX II	Hépatite B
HB-VAXPRO	Hépatite B
HEXAVAC	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio
IMOVAX	Polio
INFANRIX	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio
INFLEXAL	Grippe
INFLUVAC	Grippe
INTANZA / IDFLU	Grippe
IXIARO	Encéphalite Japonaise
JE-VAX	Encéphalite Japonaise
MENCEVAX	Méningite AYW
MENINGITEC	Méningocoques
MENJUGATE	Méningocoques
MENINGOVAX	Méningite AYW
MENVEO	Méningocoques
M-M-R VAX	Rougeole, rubéole
MUTAGRIP	Grippe
NEISVAC-C	Méningocoque
NIMENRIX	Méningocoque
PNEUMO 23	Pneumocoques
PNEUMOVAX	Pneumocoques
PREVENAR	Pneumocoques
PRIORIX	Oreillons, Rougeole, Rubéole
PROVARIVAX	Varicelle
RABIPUR	Rage
REPEVAX	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio
REVAXIS	Diphtérie, tétanos, coqueluche
ROTARIX	Rota-virus
ROTATEQ	Rota-virus
STAMARIL	Fièvre Jaune
SYNFLORIX	Pneumocoques
TEDIVAX PRO	Diphtérie, tétanos
TETRAVAC	Diphtérie, tétanos, coqueluche

(Statuts au 01-01-2021)

TUBERCULIN	Tuberculose
TYPHERIX	Typhus
TYPHIM	Typhus
TWINRIX	Hépatite A et B
URO-VAXOM	Vaccin antibactérien divers
VACCIN RABIQUE INACTIVE	Rage
VACCIN CHOLERIQUE BERNA	Choléra
VAQTA JUNIOR	Hépatite A
VARILRIX	Varicelle
VAXIGRIP	Grippe
VIVOTIF	Typhus
ZOSTAVAX	Varicelle, zona

Liste des vaccins désensibilisants

Noms	Maladies
ALUSTAL	Vaccin spécifique de certaines substances
ALYOSTAL ABEILLE	Désensibilisant abeille et guêpe
ALYOSTAL GUEPE	Désensibilisant abeille et guêpe
BIOPHADY	Divers traitements de désensibilisation de départ et d'entretien
DEPOTHAL	Traitement de désensibilisation
GRAZAX	Traitement spécifique de désensibilisation
ORALAIR	Désensibilisant graminées
PHARMALGEN	Traitement de désensibilisation
POLLINEX	Traitement de désensibilisation
PURETHAL	Traitement de désensibilisation (graminées, arbres et bouleaux)
STALLERGENES	Traitement de désensibilisation
STALORAL	Traitement spécifique de désensibilisation
SUBLIVAC	Traitement spécifique de désensibilisation

« Annexe 2 abrogée par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Annexe 3 - Liste des centres agréés pour l'avantage « centres de planning familial » au 01-07-2018

- 1) Le "37", rue Saint-Gilles 29 à 4000 Liège
- 2) Estelle Mazy, rue de la Cathédrale 94 à 4000 Liège
et Antenne R&M, rue de la Prihielle 6/2 à 4600 Visé
- 3) L'Oasis familiale, chaussée de Wavre 22B à 4280 Hannut
et Avenue E. Leburton 20 A à 4300 Waremme
- 4) Planning familial Ourthe-Amblève, place Marcellis 12 à 4920 Aywaille -

« Annexe 3 abrogée par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

Annexe 4 - Liste des transporteurs conventionnés

Liste des sociétés d'ambulances conventionnées au 01-01-2020

- 1) CROIX-ROUGE de Belgique, rue de Stalle, 96 à 1180 Bruxelles
- 2) LOREFAC , quai Marcellis 2 à 4000 Liège
- 3) PROMEDIC ASSISTANCE , rue des Prairies 6 à 4032 Liège
- 3) MOBILIS ASSISTANCE rue de la Mutualité 145 à 4030 Grivegnée
- 4) AMBU SANITAIRE DUCHENE, rue des Maraîchers, 27 à 4041 Vottem
- 5) UMS AMBULANCES rue du Vinâve 43 à 4042 Liers
- 6) AMBUHUY, rue du Petit Bois 38 à 4500 Huy
- 7) EURO MEDICAL TRANSFERT, rue Grand Route 504 à 4610 Beyne-Heusay
- 8) INS AMBULANCES, rue de Longueville 12 A à 1315 Incourt
- 9) JOYE rue Lulay, 21/A à 4690 Glons
- 10) H-F AMBU, Avenue de Norvège 29 à 4960 Malmedy
- 11) AMBULANCE Chemin des Haies 9 à 4970 Stavelot
- 12) AMBULANCE PERFORMANCE, rue des Hayettes, 8 à 5640 Mettet
- 13) LIFE AMBULANCE , Chaussée de Marche , 40 à 4121 Neuville en Condroz
- 14) PARAMEDICAL TEAM SPRL rue d'Enneilles 8 A à 5377 Noisieux
- 15) LIEGE AMBULANCE, Avenue de Nancy 8 à 4020 Liège
- 16) MOBIL O TOP, rue du Marais 142 à 4500 Huy
- 17) MEDIC ASSISTANCE, rue du Vivier 21 à 6690 Vielsalm

« Annexe 4 abrogée par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »



Annexe 5 - Liste du matériel et des tarifs de location pour l'avantage « prêt de matériel »

Tarifs au 01/07/2020

Matériel	Caution	Prix/mois	Prix/mois Affiliés MC
Mobilité (Enfant / Adulte / Personne forte)			
Canne adulte ou enfant	5	6,00	3,00
Cadre de marche fixe	20	16,00	8,00
Cadre de marche 2 roues	20	16,00	8,00
Rollator 4 roues	20	16,00	8,00
Voiturette	40	30,00	15,00
Repose jambe	10	8,00	4,00
Tablette / coussin anti escarre	10	6,00	3,00
Chambre / Séjour			
Lit électrique	100	72,00	36,00
Allonge de lit avec matelas		6,00	3,00
Allonge de lit avec matelas	0,00	6,00	3,00
Perroquet sur pied	15	16,00	8,00
Pied à perfusion	20	12,00	6,00
Pieds rehausseurs (par 2)	10	4,00	2,00
Soulève couverture	10	6,00	3,00
Table de lit	15	12,00	6,00
Dossier de lit	10	8,00	4,00
Barre d'appui pour lit	10	14,00	7,00
Barrières de lit universelles	15	14,00	7,00
Compresseur (*)	25	20,00	10,00
Verticalisateur électrique	60	72,00	36,00
Lève-personne électrique	60	72,00	36,00
Fauteuil gériatrique	75	56,00	28,00
Fauteuil repos 4 roues	75	56,00	28,00
Fauteuil releveur électrique	75	56,00	28,00
Tablette fauteuil	10	12,00	6,00



Matériel	Cautiion	Prix/mois
Toilette / Bain		
Aide toilette fixe	20	8,00
Chaise percée avec roues (*)	25	20,00
Chaise percée fixe (*)	25	20,00
Chaise percée réglable (*)	25	20,00
Siège douche 4 roues	25	20,00
Lift de bain électrique (*)	20	56,00
Appareils respiratoires		
Aérosol (*)	20	20,00
Tensiomètre	20	20,00
Aspirateur trachéal (*)	50	30,00
Rééducation		
Vélo d'intérieur	50	36,00
Pédalier / Pédalette	15	12,00
Matelas alternant		
		Prix/jour
Matelas haute performance avec compresseur intégré (*)	100	5,00
Puériculture		
Appareils divers		
Pèse bébé électrique	20	20,00
Tire-lait de base (*)	50	20,00
Tire-lait médical haute performance (*)	50	36,00
Aérosol bébé (*)	20	20,00
Mobilité		
Voiturette évolutive	40	30,00
Buggy Major	25	10,00
Lit bébé médical mécanique	40	30,00



	Prix
Livraison petit matériel	12,00
Livraison et installation lit-vélo-fauteuil...	20,00

« Annexe 5 abrogée par l'Assemblée générale du 17 novembre 2020 (en vigueur au 1^{er} janvier 2021) »

**Annexe 6 - Composition Assemblée générale et Conseil d'administration après l'AG du
17 novembre 2020**

Composition de l'Assemblée générale

AGNOLI Pomponio
ANCION Thierry
ANGENOT Vincent
BACLIN Anne-Marie
BASAROCCO ESPOSTO Vincenzo
BASTIN Patricia
BERHIN Marie-Paule
BEUKEN Léon
BODSON Michel
BOECKX Roger
BOUTROS Daigham Christophe
BOVY Daniel
BRAUERS Anna
BRISBOIS Andrée
CALIFICE Alfred
CALLEGARI Elisabetta
CALMANT Pascale
CARMANNE Geneviève
CARPENTIER Fredy
CLASKIN Michel
CLEMENT Michel
COLLETTE Hervé
COLLIN Anne-Marie
CONRARDY Georges
DE HENAU Gérard
DE JONGHE Sylvia
DE KEYSER Guy
de LIEDEKERKE Bertrand
DE WOLF Jean-Paul
DEJONG Michel
DELANAYE Jérôme
DELCHAMBRE Willy
DELFOSSÉ Eric
DELFOSSÉ Vincent
DEPAUW Jean
DESCY Alain
DEUSE Anne
DREYE Philippe
FLAGOTHIÉ Arnaud
FONZE Guy
FRAIPONT Victor
GAJ Maxime
GAJ Laurence
GENDARME Maria
GERARD Sylvie
GEURY Ariane
GILLES Pol
GILSON Patrick
GODINAS Françoise
GRAAS Luc
GREGOIRE Damien
GREGOIRE Jacques
GRZEMSKI Bernard
HALKEIN Pierre
HENRARD Denis
(Statuts au 01-01-2021)

HENRY Jacques
HEURTER Stéphane
JACQUET Katy
JANSSENS Chantal
JAVAUX Christian
JOUFFROY Jean-Jacques
KAISIN Jean-François
KOS Léon
LAERMANS Nicolas
LAMBINON Monique
LAMBRECHT Marcel
LAPAILLE Maurice
LAPAILLE Colette
LASSOIE Jean-Louis
LATINNE Bernard
LEDOUX Joséphine
LERUSSE Marcel
LERUTH Louise
LIDJI HOUET Faustin
LOYENS Gérard
MAGNIEN Christine
MALI Luc
MARCY Philippe
MARECHAL Arnaud
MASSON Etienne
MATHOT Josiane
MERENNE Anne-Marie
MIGNOLET Camille
MISSAIR Béatrice
MONTULET Pascal
MORAY Gilles
MOYSE Vincent
NYIRABIKALI Scholastique
ORI Christine
ORY Ilde
PALATE Robert
PARMENTIER Annette
PAULUS Dominique
PEPE Francesco
PIRARD Pierre
PIRONET Joseph
PIVA Anna
PONDANT Jacques
PREDA Rafail
QUESTIAU Sarah
RENARD Myriam
RENNOTTE Louis
RENOY Dany
ROBERTI Henri
SCHLECK Wilfried
SEBA Patricia
SECRETIN Georges
SION Guy
SMIETS Pierre
SMOLDERS Marie-Céline
SONCK Philippe
STREEL Jean
SUMKAY Elise
SZUKALA Boleslaw-Georges
TERWAGNE Cécile
THIMISTER Nicole
THOMAS Marie-Noëlle

(Statuts au 01-01-2021)

THONNARD Olivier
TROMME Monique
TSHITUKA MPINGANIAYI Albertine
VANCRAVEBECK Jean-Marie
VERSIEUX Jacques
VERVOORT Jean-Paul
VERVOORT Jérôme
VICQUERAY Evelyne
VIDAL Christian
VITOUX François
WEBER Carmen
WEGRIA José
WITRYK Christelle

Composition du Conseil d'administration

AGNOLI Pomponio
BERHIN Marie-Paule
CARPENTIER Fredy
DELFOSSÉ Vincent
FRAIPONT Victor
GAJ Laurence
GILSON Patrick
HALIN Michel
JANSSENS Chantal
JAVAUX Christian
LANGE Julie
LAPAILLE Colette
LERUTH Louise
LOESENBORGH Olivier
LOYENS Gérard
MOYSE Vincent
PIRARD Pierre
SMIETS Pierre
SONCK Philippe
VANCRAVEBECK Jean-Marie