

Statuts

MUTUALITE CHRETIENNE des arrondissements judiciaires de Verviers-Eupen

Entrée en vigueur : 01-01-2020

Approuvés par l'Assemblée générale du 16-06-2020

Approuvée par le Conseil de l'Office de Contrôle en date du 07-09-2020 Dispositions approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle sous réserve : /

Les sociétés mutualistes 'Mutualité chrétienne de Verviers' (MCV) et Christliche Ostbelgische Krankenkasse (COK) sont affiliées à la Mutualité Chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers-Eupen.

La Mutualité Chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers-Eupen est affiliée à l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes, à la Société mutualiste Solimut, à la Société mutualiste des Mutualités Chrétiennes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale - SM MC Bruxelles et à la Société Mutualiste des Mutualités Chrétiennes pour la Région Wallonne-SM MC Wallonie.

La Mutualité Chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers-Eupen adhère à la CM-Zorgkas Vlaanderen.

Statuts disponible à l'adresse :

<https://www.mc.be/la-mc/verviers-eupen/statuts.jsp>

CHAPITRE I : CONSTITUTION - DÉNOMINATION - BUTS	5
SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITÉ	5
ARTICLE 1 : CREATION ET DENOMINATION	5
ARTICLE 2 : DEFINITIONS	5
ARTICLE 3 : LES BUTS	7
ARTICLE 4 : SIEGE ET TERRITOIRE	9
ARTICLE 5 : AFFILIATIONS A L'A.N.M.C. ET A SOLIMUT	9
ARTICLE 6 : SOCIETES MUTUALISTES M.C.V. ET C.O.K.	9
CHAPITRE II : AFFILIATION - DÉMISSION - EXCLUSION - RÉSILIATION	10
ARTICLE 7 : AFFILIATION AUX SERVICES DE LA MUTUALITE	10
ARTICLE 7BIS : PRISE DE COURS DE L'AFFILIATION A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE	12
ARTICLE 7 TER : SANCTION EN CAS DE DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	12
ARTICLE 8 : PROCEDURE D'EXCLUSION ET RESILIATION	17
ARTICLE 9 : EXCLUSION ET RESILIATION	17
CHAPITRE III : CATÉGORIE DE MEMBRES	18
ARTICLE 10	18
CHAPITRE IV : ORGANES DE LA MUTUALITÉ	20
SECTION 1 : L'ASSEMBLEE GENERALE	20
ARTICLE 11 : COMPOSITION	20
ARTICLE 12 : CIRCONSCRIPTIONS	20
ARTICLE 13 : ADMISSIBILITE AU VOTE ET ETABLISSEMENT DES LISTES ELECTORALES	20
ARTICLE 14 : CONDITIONS D'ELIGIBILITE	20
ARTICLE 15 : PERIODE ELECTORALE	21
ARTICLE 16 : APPEL ET DEPOT DES CANDIDATURES	21
ARTICLE 17 : FORME DES CANDIDATURES	21
ARTICLE 18 : ÉTABLISSEMENT DES LISTES DES CANDIDATS	22
ARTICLE 19 : PUBLICATION DES LISTES DE CANDIDATS	22
ARTICLE 20 : BUREAUX ELECTORAUX	22
ARTICLE 21 : LE VOTE	22
ARTICLE 22 : VALIDITE DU VOTE	23
ARTICLE 23 : DEPOUILLEMENT DES BULLETINS DE VOTE	23
ARTICLE 24 : EXEMPTION DE L'OBLIGATION D'ORGANISER DES ELECTIONS	23
ARTICLE 25 : PROCLAMATION DES RESULTATS ET RECOURS	23
ARTICLE 26 : COMMUNICATION A L'A.N.M.C. ET A L'OFFICE DE CONTROLE DES MUTUALITES	24
ARTICLE 27 : INSTALLATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE	24
ARTICLE 28 : COMPETENCE ET FONCTIONNEMENT DE L'ASSEMBLEE GENERALE	24
SECTION 2 : ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'A.N.M.C.	26
ARTICLE 29/1 : NOMBRE DE DELEGUES	26
ARTICLE 29/2 : DESIGNATION DES DELEGUES	26
ARTICLE 29/3 : DEPOT DES CANDIDATURES ET VOTE	26
SECTION 3 : ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DES SOCIETES MUTUALISTES	27
ARTICLE 30/1 : NOMBRE DE DELEGUES	27
ARTICLE 30/2 : DESIGNATION DES DELEGUES	27
ARTICLE 30/3 : DEPOT DES CANDIDATURE ET VOTE	27
SECTION 3A : ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCE MC ASSURE	28
ARTICLE 31/1 : NOMBRE DE DELEGUES	28
ARTICLE 31/2 : DESIGNATION DES DELEGUES	28
ARTICLE 31/3 : DEPOT DES CANDIDATURES ET VOTE	28
SECTION 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION - COMITE EXECUTIF - SECRETAIRE TRESORIER	29
ARTICLE 32 : COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	29
ARTICLE 33 : CONDITIONS D'ELIGIBILITE	29
ARTICLE 34 : GRATUITE DU MANDAT	29

ARTICLE 35 : DUREE DU MANDAT	30
ARTICLE 36 : REMPLACEMENT, DEMISSION, EXCLUSION	30
ARTICLE 37 : COMPETENCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	31
ARTICLE 38 : FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	31
ARTICLE 39 : LA PRESIDENCE ET LA VICE-PRESIDENCE	31
ARTICLE 40 : POUVOIR PRESIDENTIEL	31
ARTICLE 41 : LE DIRECTEUR REGIONAL TRESORIER DE LA MUTUALITE	31
ARTICLE 42 : SITUATION FINANCIERE	32
ARTICLE 43 : LE COMITE EXECUTIF	32
CHAPITRE V : LES SERVICES DE LA MUTUALITÉ	33
AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D’AFFILIATIONS SPÉCIALES, COTISATIONS	33
SECTION PRELIMINAIRE : DISPOSITIONS GENERALES	33
ARTICLE 44 : MEMBRE- PRESCRIPTION	33
ARTICLE 45 : PERIODE DE STAGE	33
ARTICLE 46 : REPARATION PAR UNE AUTRE LEGISLATION	33
ARTICLE 47 : CHANGEMENT DE QUALITE OU DE COMPOSITION DE MENAGE	34
ARTICLE 48 : COTISATIONS - DETERMINATION DE L’AGE - DISPENSE DE PAIEMENT	34
ARTICLE 49 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	34
ARTICLE 50 : SUBORDINATION A L’ASSURANCE OBLIGATOIRE	34
SECTION 1 :	34
L’ASSURANCE OBLIGATOIRE (A.O.) SOINS DE SANTE ET INDEMNITES COORDONNEE PAR LA LOI DU 14 JUILLET 1994.	34
ARTICLE 51 :	34
SECTION 2 :	35
ARTICLES 52 A 59 :	35
SECTION 3 : L’ASSURANCE COMPLEMENTAIRE	35
ARTICLE 60 : DEFINITIONS	35
ARTICLE 61 : AFFILIATION DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS	35
ARTICLE 62 : PRISE DE COURS	35
ARTICLE 64 : COTISATIONS - EXIGIBILITE	35
ARTICLE 65 : FIN DE L’OBLIGATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS	35
SECTION 4 : ABROGE	35
ARTICLE 66 : ABROGE	35
SECTION 5 : SOINS PREVENTIFS, PRESCRIPTIONS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES DIVERSES	36
ARTICLE 67 : ABROGE	36
ARTICLE 68 : PROPHYLAXIE ANTICANCEREUSE	36
ARTICLE 69 : VACCINATION	36
ARTICLE 69 BIS : ABROGE	36
ARTICLE 69 TER : REMBOURSEMENTS TICKETS MODERATEURS AU C.D.V.	36
SECTION 6 : THERAPIES ALTERNATIVES	37
ARTICLE 70 : ABROGE	37
ARTICLE 71 : ABROGE	37
ARTICLE 71BIS : ABROGE	37
ARTICLE 71TER : ABROGE	37
SECTION 7 : OPTIQUE FIN DE SERVICE 31-12-2018	37
ARTICLE 72 :	37
SECTION 8 : ASSURANCE HOSPI SOLIDAIRE	37
ARTICLE 73 :	37
SECTION 9 : ASSURANCES HOSPITALISATIONS FACULTATIVES	37
ARTICLE 74 :	37
ARTICLE 75 :	37
SECTION 11 : SERVICE DE SOINS A DOMICILE	38
ARTICLE 76 : PRESTATIONS A DOMICILE	38
ARTICLE 77 : SOLIVAL - PRET DE MATERIEL, AIDES TECHNIQUES ET AMENAGEMENT DU DOMICILE	38
SECTION 12 : SERVICE TRANSPORT DES MALADES	38
ARTICLE 78 : TRANSPORTS URGENTS (APPLICATION AU 01.01.2013) FIN DE SERVICE AU 31-12-2017	38
ARTICLE 79 : ABROGE	39
ARTICLE 80 : TRANSPORTS NON URGENTS	39

<i>SECTION 13 : SERVICE AIDE AUX MALADES</i>	41
<i>ARTICLE 81 : ALLOCATION DE SEJOUR</i>	41
<i>ARTICLE 82 : FONDS SOCIAL</i>	41
<i>ARTICLE 82 BIS : SERVICE SOCIAL (APPLICATION AU 01.01.2012)</i>	42
<i>SECTION 14 : PROMOTION DU BIEN-ETRE PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOCIAL DES MEMBRES</i>	42
<i>ARTICLE 83</i>	42
<i>SECTION 15 : SERVICE JEUNESSE ET SANTE - VACANCES</i>	42
<i>ARTICLE 84 : ALLOCATION DE SEJOUR ET DE STAGES</i>	42
<i>SECTION 16 : SPORT ET DIETETIQUE</i>	44
<i>ARTICLE 85</i>	44
<i>SECTION 17 : SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE</i>	45
<i>ARTICLE 86</i>	45
<i>SECTION 18 : SUBVENTIONNEMENT DE STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES</i>	45
<i>ARTICLE 87</i>	45
<i>SECTION 18BIS : LA SOLIDARITE INTERNATIONALE</i>	51
<i>ARTICLE 87 BIS</i>	51
<i>SECTION 18 TER : SERVICE MEDICO-SOCIAL</i>	51
<i>ARTICLE 87 TER</i>	51
<i>ARTICLE 87 QUATER : SERVICE « COMMUNICATION ET PROMOTION DE LA SANTE »</i>	52
<i>SECTION 19 : ADMINISTRATION</i>	52
<i>ARTICLE 88</i>	52
<i>ARTICLE 88 BIS</i>	52
CHAPITRE VI : BUDGETS ET COMPTES	52
<i>ARTICLE 89</i>	52
CHAPITRE VII : COLLABORATION	53
<i>ARTICLE 90</i>	53
CHAPITRE VIII : DISSOLUTION DE LA MUTUALITÉ, DE SERVICES	54
<i>ARTICLE 91 : COMPETENCE DE L'ASSEMBLEE GENERALE</i>	54
<i>ARTICLE 92 : REPARTITION DES RESERVES</i>	54
CHAPITRE IX : MODIFICATIONS STATUTAIRES	55
<i>ARTICLE 93 : POUVOIR D'INITIATIVE</i>	55
<i>ARTICLE 94 : ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE</i>	55
CHAPITRE X : DISPOSITIONS FINALES	55
<i>ARTICLE 95 : LITIGE - TRIBUNAL ARBITRAL</i>	55
<i>ARTICLE 96 : ENTREE EN VIGUEUR</i>	55
ANNEXE I STATUTS MCVE (articles 48 et 64)	56
ANNEXE III DES STATUTS MCVE : Article 69	59
ANNEXE IV STATUTS M.C.V.E (article 69 ter)	67
ANNEXE V DES STATUTS : Article 71 : liste des ostéopathes : ABROGE	68
ANNEXE VI DES STATUTS : article 71 : ABROGE	68
ANNEXE VII DES STATUTS MCVE : article 71 : ABROGE	68
ANNEXE VIII AUX STATUTS (article 71) : Kinésiologie : ABROGE	68
ANNEXE VIIIIBIS AUX STATUTS (article 80)	68
ANNEXE IX AUX STATUTS (article 87)	70
ANNEXE XI (article 80) liste des pathologies lourdes	72

MUTUALITE 137

Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen -
Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers - Eupen
Etablie à VERVIERS

Reconnue par Arrêté Royal du 20 décembre 1952
(Moniteur belge des 26, 27 et 28 décembre 1952)

STATUTS

Vu la Loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités et ses arrêtés d'exécution;

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

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

Après délibération, l'Assemblée Générale, réunie le 16 juin 2020, a décidé, aux quorums de présence et de majorité exigée par la Loi, de modifier les statuts de la Mutualité adoptés le 21 novembre 1991 avec comme date d'entrée en application le 1^{er} janvier 2020 comme suit :

CHAPITRE I : CONSTITUTION - DÉNOMINATION - BUTS SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITÉ

ARTICLE 1 : CREATION ET DENOMINATION

Une société mutualiste, dénommée ci-après la Mutualité a été établie à Verviers le 1^{er} janvier 1952 sous la dénomination Fédération des Mutualités Chrétiennes de l'Arrondissement de Verviers et depuis le 1^{er} janvier 1976, Mutualité Chrétienne de l'Arrondissement de Verviers - Bund der Christlichen Krankenkassen des Bezirks Verviers homologuée par A.R. du 12 avril 1977 jadis reconnue par l'A.R. du 20 décembre 1952, et désormais en vertu de la Loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et unions nationales des Mutualités.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, elle se dénomme Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et

d'Eupen - Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers - Eupen

(lettre O.C.M. du 17-02-2004) (juin 2004)

Dans ses relations avec des tiers, la Mutualité peut utiliser l'abréviation suivante :

Mutualité chrétienne de Verviers - Eupen

Christliche Krankenkasse Verviers - Eupen

(lettre O.C.M. du 17-02-2004) (juin 2004)

ARTICLE 2 : DEFINITIONS

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

MEMBRE

Toute personne affiliée comme titulaire à la mutualité :

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

TITULAIRE

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

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

- ainsi que toute personne affiliée aux services et opérations et qui :

-pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est affilié à la Caisse de soins de santé de HR Rail ;

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

PERSONNE A CHARGE

- 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.

- Ainsi que la personne qui bénéficie ou peut bénéficier de droits dérivés au remboursement de prestations à charge d'un membre qui :

- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse de 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 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.

BENEFICIAIRE

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

MENAGE MUTUALISTE

Le ménage mutuelliste tel que défini à l'article 2 de l'AR du 2 mars 2011 en exécution de l'article 67, al.2 à 4 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

ASSURANCE OBLIGATOIRE

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

SERVICES ET OPERATIONS

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

SERVICE ET OPERATIONS OFFERTS

L'ensemble des services et opérations qui sont organisés :

- par la mutualité
- par la société mutualiste SM Solimut à laquelle la mutualité est affiliée ;
- par l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes et auxquels la mutualité est affiliée.

INTERVENTION MAJOREE

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 offerts.

DROIT AUX AVANTAGES

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

LISTE LIMITATIVE

Une liste limitative qui est jointe en annexe aux statuts et qui peut être modifiée par le Conseil d'administration pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

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

ARTICLE 3 : LES BUTS

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^{ème} alinéa de la Loi du 26 avril 2010 :

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

- Prophylaxie anticancéreuse
- Vaccination
- Optique FIN DE SERVICE 31-12-2018
- Séjours de répit FIN DE SERVICE 31-12-2018
- Aides à domicile
- Prêt de matériel
- Transport des malades (transport urgent FIN DE SERVICE 31-12-2017 et non urgent)
- Allocations de séjour Altéo
- Fonds social
- Promotion du bien-être physique, psychique et social
- Service Jeunesse et Santé - Vacances
- Allocations de séjour et de stages
- Promotion de la santé
- Assistance juridique
- Subventionnement de structures socio-sanitaires
- Le financement d'actions collectives
- La communication et la promotion de la santé
- Solidarité internationale
- Service médico-social
- Service administratif (code 98-2)
- Service patrimonial
- Service social
- Complément ticket modérateur au CDV

Pour atteindre cet objectif, 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 offerts est obligatoire pour tous les membres.

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

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

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

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

- d) La Mutualité a également pour but d'offrir à ses membres la possibilité de s'affilier aux assurances 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 4 : SIEGE ET TERRITOIRE

Le siège social de la Mutualité est établi à Verviers, rue Lucien Defays 77 et son champ d'activité comprend les communes des arrondissements judiciaires de Verviers et Eupen.

ARTICLE 5 : AFFILIATIONS A L'A.N.M.C. ET A SOLIMUT

Abrogé

ARTICLE 6 : SOCIETES MUTUALISTES M.C.V. ET C.O.K.

Affiliées auprès de l'ancienne fédération, les sociétés mutualistes, la Mutualité des Travailleurs Chrétiens de Verviers et die Christliche Krankenkasse Eupen remplissent les conditions requises par l'article 70 § 1^{er} de la Loi du 6 août 1990 et maintiennent la qualité de société mutualiste.

Vu les accords de la Mutualité et de l'A.N.M.C. des 13 et 15 juin 1991, ces sociétés mutualistes se dénomment :

Mutualité Chrétienne de l'Arrondissement de Verviers, de langue française, en abrégé M.C.V.

Christliche Ostbelgische Krankenkasse, de langue allemande, en abrégé C.O.K.

Chaque membre est, en fonction du choix de sa langue parmi l'allemand ou le français, affilié à l'une des deux sociétés mutualistes.

CHAPITRE II : AFFILIATION - DÉMISSION - EXCLUSION - RÉSILIATION

ARTICLE 7 : AFFILIATION AUX SERVICES DE LA MUTUALITE

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

1° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, a), de la loi du 6 août 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services :

- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- 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 régionale MC Wallonie ou de la société mutualiste MC Bruxelles auprès desquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la réglementation régionale dont les sociétés mutualistes relèvent.

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

2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire . Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation

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

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)
- 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, a en outre, la possibilité :

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

- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance MC Assure, auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

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

ARTICLE 7BIS : PRISE DE COURS DE L’AFFILIATION A L’ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

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, § 1er, 2°, ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d'une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;
- 6° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès d'une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

ARTICLE 7 TER : SANCTION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 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 MC ASSUR et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances.

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

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

Il s'agit du membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7 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 arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

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

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

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

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

ARTICLE 8 : PROCEDURE D'EXCLUSION ET RESILIATION

Peut être exclu comme membre des services visés à l'article 3, le membre qui se rend coupable d'une infraction qui a un rapport avec les Lois du 14 juillet 1994 et du 6 août 1990 ou à leurs arrêtés d'exécution.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration ou la personne ou commission désignée à cet effet par le Conseil d'Administration conformément à l'article 23 de la Loi du 6 août 1990.

Le membre est ainsi convoqué par lettre recommandée ou par pli d'huissier au moins 10 jours ouvrables avant la séance à laquelle il peut faire valoir ses moyens de défense.

Il peut déposer une note et pièces, consulter les documents qui le concernent et sur lesquels se fonde cette demande d'exclusion. Il peut également être assisté à cette séance de la personne de son choix.

Il est entendu en ses moyens de défense.

Le membre, convoqué régulièrement, qui ne se présente pas sans faire valoir un motif valable d'excuse ou qui ne fait pas valoir ses moyens de défense à ladite séance peut être exclu par défaut. Il appartient au Conseil d'Administration de déterminer si le motif d'excuse est valable. Le cas échéant, il convoque une nouvelle fois le membre selon les formes prévues par l'alinéa 3 du présent article.

La décision écrite du Conseil d'Administration est notifiée par pli recommandé ou par huissier. L'exclusion prend cours le premier jour du trimestre qui suit la notification précitée. Cette décision est exécutoire immédiatement, nonobstant tous recours.

Un membre qui est affilié à la mutualité pour l'assurance obligatoire ne peut résilier son affiliation aux services visés à l'article 3 de sa propre initiative sauf :

- par transfert ou mutation vers une autre mutualité en application de l'article 118, alinéa 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- lorsqu'il n'est plus affilié à l'assurance obligatoire belge

Un membre qui n'est pas affilié à la mutualité pour l'assurance obligatoire peut résilier à tout moment son affiliation aux services visés à l'article 3 de sa propre initiative.

Cette résiliation ne modifie pas l'obligation de payer les cotisations mutualistes pour les services et opérations pour les périodes écoulées dans les limites du délai de prescription visé à l'article 48bis de la loi du 06 août 1990.

ARTICLE 9 : EXCLUSION ET RESILIATION

Abrogé

CHAPITRE III : CATÉGORIE 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 :

PREMIERE CATEGORIE :

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

DEUXIEME CATEGORIE :

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

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

c) les personnes qui ont leur résidence ou leur domicile principal en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à 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 de soins de santé de HR Rail, et leurs personnes à charge ;

- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), et leurs personnes à charge.

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

- pour les soins de santé, sont assurés en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale/Régime de la sécurité sociale d'outre-mer », et leurs personnes à charge ;

- 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 et leurs personnes à charge ;

- n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge; et leurs personnes à charge

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

CHAPITRE IV : ORGANES DE LA MUTUALITÉ

SECTION 1 : L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 11 : COMPOSITION

L'Assemblée Générale se compose d'un délégué par 250 membres tels que définis par et en vertu de l'article 2 §3, premier alinéa de la Loi du 6 août 1990.

Le mandat de délégué à l'Assemblée Générale est exercé à titre gratuit.

Ces délégués sont élus pour une période de six ans, renouvelable.

Article 14 §1 de la Loi du 6 août 1990.

ARTICLE 12 : CIRCONSCRIPTIONS

La Mutualité est composée de deux circonscriptions électorales correspondant aux deux sociétés mutualistes définies à l'article 6.

Chaque membre relève donc de l'une ou l'autre circonscription en fonction du choix de la langue parmi le français ou l'allemand effectué par lui-même, s'il est titulaire, ou par le titulaire dont il dépend.

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres ayant droit de vote élisent le nombre de représentants proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale, selon les quotas prévues à l'article 11 des présents statuts.

ARTICLE 13 : ADMISSIBILITE AU VOTE ET ETABLISSEMENT DES LISTES ELECTORALES

Est admis au vote le titulaire affilié à la Mutualité qui :

- est majeur ou émancipé ;
- est en ordre de cotisations pour son ménage mutualiste auprès de la mutualité ;
- est de bonnes vie et mœurs ;
- réside en Belgique
 - la personne à charge qui :
 - est majeure ou émancipée
 - a un lien de personne à charge avec un titulaire qui est en ordre de cotisations pour son ménage mutualiste auprès de la mutualité
 - est de bonne vie et mœurs
 - réside en Belgique

Article 14 §1 de la Loi du 6 août 1990 - article 8 A.R. du 7 mars 1991.

Deux listes électorales sont établies, une par circonscription.

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

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

ARTICLE 14 : CONDITIONS D'ELIGIBILITE

Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, le membre doit satisfaire les conditions suivantes :

- être admissible au vote, conformément à l'article 13 des présents statuts ;
- être de bonne conduite et ne pas être privé des droits civils ;
- être affilié à la Mutualité ou à une Mutualité affiliée à la même Union Nationale depuis au moins 2 années avant la date d'élection ;
- (nihil - novembre 2003) ;

- ne pas être ou avoir été membre du personnel de la Mutualité ou de l'A.N.M.C., c'est-à-dire un travailleur ayant conclu un contrat de travail avec la Mutualité, l'A.N.M.C., ou toute personne faisant partie de la même unité technique d'exploitation que ladite Mutualité ou l'A.N.M.C. (cfr. Article 14 de la Loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie).

Un membre ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dans laquelle il a droit de vote.

La perte d'une des conditions d'éligibilité dans le courant de l'exercice du mandat entraîne automatiquement la perte de la qualité de membre de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 15 : PERIODE ELECTORALE

Tous les six ans, et pour la première fois en 2004, après avoir constaté l'établissement des listes électorales telles que précisées à l'article 13 des présents statuts, le Conseil d'Administration de la Mutualité définit la période électorale qui débute par l'appel des candidatures telle que définie à l'article 16 et qui se clôture par la proclamation des résultats du vote définie à l'article 25.

Au cours de la même séance, le Conseil d'Administration précise :

- la date d'affichage des avis définis à l'alinéa premier de l'article 16,
- les autres dates évoquées à l'article 16.

Au même moment, le Conseil d'Administration désigne encore les membres des bureaux électoraux, tels que visés à l'article 20.

ARTICLE 16 : APPEL ET DEPOT DES CANDIDATURES

Les élections sont annoncées par l'appel des candidatures. Cet appel est fait par une annonce écrite affichée dans chacune des agences de la Mutualité. Cet avis doit contenir les indications déterminées ci-après :

Les membres sont également informés, dans le même temps, 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 extrême pour soumettre les candidatures,
- 3) de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription,
- 4) des dates qui concernent la procédure électorale.

Les membres qui souhaitent se porter candidat disposent d'une période de quinze jours civils à partir de la fin du mois au cours duquel les avis ont été affichés et les publications visées à l'alinéa 2 leur ont été adressées.

(novembre 2003)

Article 9 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 17 : FORME DES CANDIDATURES

Les candidatures doivent être adressées au Président de la Mutualité par lettre recommandée. La candidature doit être rédigée dans la langue de sa circonscription et être soutenue par 20 signatures d'électeurs de la circonscription dont fait partie le candidat.

(novembre 2003)

Le Président qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité 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.

Article 10 de l'A.R. du 7 mars 1991.

Le candidat qui conteste le refus peut saisir l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée dans les dix jours ouvrables suivant la date de la lettre recommandée précitée.
Article 36 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 18 : ÉTABLISSEMENT DES LISTES DES CANDIDATS

Une liste des candidats effectifs est établie par circonscription électorale et par ordre alphabétique.
Article 13 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 19 : PUBLICATION DES LISTES DE CANDIDATS

La liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doit être communiquée 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 de l'appel aux candidatures.
Article 11 de l'A.R. du 7 mars 1991.

Les élections commencent au plus tard dans les trente jours suivant cette communication.
Article 12 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 20 : BUREAUX ELECTORAUX

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 qui sont soumis au respect du secret du vote. Les membres du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'Administration lors de la séance d'ouverture de la période électorale visée à l'article 15.
Le secrétaire est désigné par le Président parmi les membres du personnel de la Mutualité.
Les candidats à l'élection ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.
Le bureau électoral prend les mesures nécessaires afin de garantir le déroulement régulier des élections.
Article 13 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 21 : LE VOTE

Le vote a lieu par correspondance.

Si le vote doit avoir lieu, au moins 10 jours avant la période électorale, l'électeur reçoit l'enveloppe évoquée ci-après ouverte et contenant le bulletin de vote avec les instructions de vote. Le bulletin reprend par liste alphabétique l'ensemble des candidats.

Sur l'enveloppe ouverte figure la mention « port payé par le destinataire », ainsi que l'inscription « Au secrétaire du bureau électoral pour l'élection de l'Assemblée Générale de la Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen ».

L'identité de l'expéditeur doit également figurer sur l'enveloppe (nom, prénom, adresse et numéro de membre).

L'enveloppe doit parvenir au secrétaire du bureau électoral soit par poste, soit par le dépôt dans une des urnes scellées et placées durant la période d'élection dans chacune des agences de la Mutualité. Cette enveloppe doit parvenir fermée pour que le vote soit valide.

(novembre 2003)

Article 13 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 22 : VALIDITE DU VOTE

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

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.

ARTICLE 23 : DEPOUILLEMENT DES BULLETINS DE VOTE

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

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

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

Article 16 de l'A.R. du 9 mars 1991.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables et le résultat du scrutin et les circonscriptions pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 24 des statuts.

Ce procès-verbal doit être conservé par le Président du bureau électoral durant 7 ans.

ARTICLE 24 : EXEMPTION DE L'OBLIGATION D'ORGANISER DES ELECTIONS

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

Articles 14 et 15 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 25 : PROCLAMATION DES RESULTATS ET RECOURS

Les membres sont informés par la voie de l'affichage visé à l'article 16 des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après la clôture de la période d'élection.

Dans le même temps, les résultats sont insérés dans les publications destinées aux affiliés.

Article 17 de l'A.R. du 7 mars 1991.

Toute personne justifiant d'un intérêt suffisant qui souhaite l'annulation ou la modification du scrutin peut saisir l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée dans les dix jours ouvrables suivant la date de l'affichage visé à l'alinéa premier ou la date de parution des publications visées à l'alinéa 2.

(novembre 2003)

Article 36 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 26 : COMMUNICATION A L’A.N.M.C. ET A L’OFFICE DE CONTROLE DES MUTUALITES

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’A.N.M.C., ainsi qu’à l’Office de Contrôle des Mutualités, 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’A.N.M.C. et à l’Office de Contrôle des Mutualités.

ARTICLE 27 : INSTALLATION DE L’ASSEMBLEE GENERALE

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 des Mutualités suspend la période de trente jours.

Elle peut désigner cinq conseillers à l’Assemblée Générale. Ceux-ci ont une voix consultative.

Article 18 de l’A.R. du 7 mars 1991.

Le secrétaire, le trésorier, ainsi que les membres de la Direction de la Mutualité assistent à l’Assemblée Générale avec voix consultative.

Article 19 de l’A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 28 : COMPETENCE ET FONCTIONNEMENT DE L’ASSEMBLEE GENERALE

1) L’Assemblée Générale est convoquée par le Conseil d’Administration ou lorsqu’un cinquième des membres de l’Assemblée Générale en fait la demande.

La convocation se fait par avis individuel qui est envoyé au plus tard vingt jours civils avant la date de l’Assemblée Générale.

Article 16 de la Loi du 6 août 1990.

2) L’Assemblée Générale délibère et décide au sujet des affaires visées par la Loi (notamment celle du 6 août 1990) et par les présents statuts.

3) Les décisions de l’Assemblée Générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la Loi du 6 août 1990 ou les présents statuts le stipulent autrement.

Si le quorum des présences n’est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée. Celle-ci délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents. Le délai de convocation est ramené à huit jours civils. La décision doit toujours être prise à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la Loi du 6 août 1990 ou les présents statuts le stipulent autrement.

(novembre 2003)

Articles 16 (par interprétation) et 18 de la Loi du 6 août 1990.

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

Chaque membre ne peut être détenteur que d’une procuration.

5) L’Assemblée Générale est seule compétente pour modifier les statuts, selon les modalités définies au chapitre IV.

Article 15 §1 de la Loi du 6 août 1990.

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

Article 15 § 3 de la Loi du 6 août 1990.

7) L'Assemblée Générale désigne un réviseur d'entreprise parmi le Collège de deux réviseurs d'entreprise désigné par l'Assemblée Générale de l'A.N.M.C. Son mandat est fixé pour une période de trois ans.

Articles 15, 4° et 32 de la Loi du 6 août 1990.

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

Il y assiste également lorsque l'Assemblée Générale délibère au sujet de tout rapport qu'il a rédigé.

SECTION 2 : ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'A.N.M.C.

ARTICLE 29/1 : NOMBRE DE DELEGUES

Les représentants de la Mutualité à l'Assemblée Générale de l'Alliance sont élus selon les modalités prévues dans l'A.R. du 7 mars 1991 et dans les statuts de l'Alliance.
Article 21 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 29/2 : DESIGNATION DES DELEGUES

Les délégués effectifs et suppléants de l'Assemblée Générale de l'A.N.M.C. sont élus par les membres de l'Assemblée Générale de la Mutualité sur proposition du Conseil d'Administration.
Article 22 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 29/3 : DEPOT DES CANDIDATURES ET VOTE

Les candidats doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration de la Mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection. Les candidatures sont répertoriées par ordre alphabétique.

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, le candidat le plus jeune est préféré.

Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus d'office.

Articles 23 et 24 de l'A.R. du 7 mars 1991.

SECTION 3 : ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DES SOCIETES MUTUALISTES

ARTICLE 30/1 : NOMBRE DE DELEGUES

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

ARTICLE 30/2 : DESIGNATION DES DELEGUES

Les délégués effectifs et suppléants à l'Assemblée Générale des sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, §1 de la loi du 6 août 1990 auxquelles la mutualité est affiliée sont élus par les membres de l'Assemblée Générale de la Mutualité sur proposition du Conseil d'Administration.

ARTICLE 30/3 : DEPOT DES CANDIDATURE ET VOTE

Les candidats doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration de la Mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procèdera à l'élection.

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, le candidat le plus jeune est préféré.

Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus d'office.

SECTION 3A : ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCE MC ASSURE

ARTICLE 31/1 : NOMBRE DE DELEGUES

Les représentants de la Mutualité à l'Assemblée Générale de MC Assure sont élus selon les modalités prévues dans l'A.R. du 26 août 2010 et dans les statuts de MC Assure.

ARTICLE 31/2 : DESIGNATION DES DELEGUES

Les délégués effectifs et suppléants à l'Assemblée Générale de la société mutualiste MC Assure sont élus par les membres de l'Assemblée Générale de la Mutualité sur la base de la liste des candidatures qui ont été introduites valablement.

ARTICLE 31/3 : DEPOT DES CANDIDATURES ET VOTE

Les candidats doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration de la Mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection.

Le 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, le candidat le plus jeune est préféré.

Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus d'office.

SECTION 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION - COMITE EXECUTIF - SECRETAIRE TRESORIER

ARTICLE 32 : COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

1) Le Conseil d'Administration de la Mutualité est composé de 20 membres élus, soit :
10 membres issus de la circonscription électorale M.C.V.,
10 membres issus de la circonscription électorale C.O.K.
(novembre 2003)
Article 27 de l'A.R. du 7 mars 1991

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président ou au Vice-président du Conseil d'Administration, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procède à l'élection. Le Président et le Vice-président établissent deux listes distinctes correspondant aux deux circonscriptions électorales.

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

En cas d'égalité des voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le candidat le plus ancien au Conseil d'Administration est préféré. Si les candidats disposent de la même ancienneté, le candidat le plus jeune est alors préféré.

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

Article 29 de l'A.R. du 7 mars 1991.

2) Le Conseil d'Administration peut désigner cinq conseillers reconnus pour leur compétence. Ceux-ci disposent chacun d'une voix consultative.

Article 31 de la Loi du 6 août 1990.

(novembre 2003)

3) Le Directeur Régional et le Trésorier assistent aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

Article 20 §2 de la Loi du 6 août 1990.

(novembre 2005)

4) Les autres membres de la Direction de la Mutualité assistent au Conseil d'Administration avec voix consultative.

Article 32 de l'A.R. du 7 mars 1991.

5) Le Conseil d'Administration ne peut être composé de plus de 8/10 de personnes du même sexe.

Article 33 de l'A.R. du 7 mars 1991.

ARTICLE 33 : CONDITIONS D'ELIGIBILITE

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut satisfaire aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 14 des présents statuts.

(novembre 2005)

ARTICLE 34 : GRATUITE DU MANDAT

Le mandat de membre du Conseil d'Administration est exercé à titre gratuit, les frais de déplacement, de documentation, d'hébergement et de représentation nécessités par ce mandat, pour autant qu'ils soient justifiés, seront remboursés.

(novembre 2003)

Article 22 de la Loi du 6 août 1990.

ARTICLE 35 : DUREE DU MANDAT

Les Administrateurs élus par les membres de l'Assemblée Générale le sont pour une durée de 6 ans.
Article 19 de la Loi du 6 août 1990.

Les conseillers élus par le Conseil d'Administration conformément à l'article 32, 2 le sont pour une durée équivalente à celle pendant laquelle les administrateurs élus exercent leur mandat.
(novembre 2003)

ARTICLE 36 : REMPLACEMENT, DEMISSION, EXCLUSION

Le remplacement d'un Administrateur décédé ou démissionnaire a lieu à la prochaine Assemblée Générale suivant la procédure prévue à l'article 35. L'Administrateur, ainsi élu, achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission ou l'exclusion de la Mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la Mutualité.

L'Administrateur qui aura été absent cinq fois consécutivement sans justification peut être considéré comme démissionnaire par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un Administrateur qui aurait :
(Article 19 de la Loi du 6 août 1990)

- commis une infraction à la Loi du 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution ;
- commis une infraction à la Loi du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution ;
- encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, conditionnelle ou non dès que la décision est coulée en force de chose jugée - cependant, tant durant la phase d'information ou d'instruction, et jusqu'au jour où la décision judiciaire est coulée en force de chose jugée, l'Administrateur peut être suspendu de son mandat au terme de la décision du Conseil d'Administration respectant la procédure décrite ci-après.
- accompli des actes de matière à causer préjudice aux intérêts de la Mutualité, de l'A.N.M.C., ou de la société mutualiste SOLIMUT ou de la société mutualiste d'assurance MC ASSURE ;
- refusé de se soumettre aux statuts et aux règlements de la Mutualité, de l'A.N.M.C., ou de la société mutualiste SOLIMUT ou de la société mutualiste d'assurance MC ASSURE.

À l'invitation de son Président, de son Vice-président ou de 5 membres du Conseil d'Administration, le Conseil d'Administration est convoqué pour délibérer sur ce point.

La procédure d'audition décrite à l'article 9 est d'application, à l'exclusion de l'alinéa 2.

La proposition à soumettre à l'Assemblée Générale est prise à la majorité des trois quarts des votes. Chaque membre présent dispose d'une voix.

Si le quorum des présences exigé à l'article 38 des présents statuts n'est pas atteint, une deuxième réunion peut être convoquée avec le même ordre du jour. Celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre d'Administrateurs présents et quelle que soit la circonscription électorale dont ils sont issus. La majorité des trois quarts reste requise.

Le vote est secret.

L'Administrateur faisant l'objet d'une proposition d'exclusion est immédiatement suspendu de son mandat et ce, jusqu'à ce que l'Assemblée Générale ait statué définitivement.

L'éventuelle proposition de décision d'exclusion est alors soumise pour approbation à l'Assemblée Générale dans les conditions de vote et de présence définies à l'article 94 des présents statuts.

Les décisions prises par le Conseil d'Administration pendant la période de suspension visée restent valables quelle que soit la décision de l'Assemblée Générale.

Dans l'hypothèse d'une infirmation de la proposition d'exclusion, la suspension prend fin et d'Administrateur est maintenu membre du Conseil d'Administration.

(novembre 2003)

ARTICLE 37 : COMPETENCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'article 23 de la Loi du 6 août 1990, le Conseil d'Administration de la Mutualité exerce toutes les compétences que la Loi ou les statuts n'ont pas explicitement attribués à l'Assemblée Générale.

Sauf en ce qui concerne la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses compétences au Président ou à un ou plusieurs Administrateurs ou encore à une ou plusieurs commissions dont les membres sont désignés en son sein par ledit Conseil.

Article 23 de la Loi du 6 août 1990.

Le Conseil d'Administration soumet chaque année à l'approbation de l'Assemblée Générale les comptes annuels de l'exercice écoulé et le projet de budget de l'exercice suivant.

Article 24 de la Loi du 6 août 1990.

ARTICLE 38 : FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration ne peut délibérer que lorsque au moins la moitié des Administrateurs sont présents.

Chaque membre dispose d'une voix.

Les décisions sont prises à la majorité des trois quarts des votes exprimés.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième réunion peut être convoquée dans les huit jours civils avec le même ordre du jour. Celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre d'Administrateurs présents. La majorité des trois quarts des votes exprimés reste requise.

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent participer aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou des membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris sont directement concernés.

Article 23 de la Loi du 6 août 1990.

(novembre 2003)

ARTICLE 39 : LA PRESIDENCE ET LA VICE-PRESIDENCE

Le Conseil d'Administration désigne en son sein un Président et un Vice-président qui ne peuvent pas être issus tous les deux de la même circonscription électorale. Au terme de la première période de trois ans, les mandats de Président et Vice-président sont alternés.

Le Conseil d'Administration désigne également la personne qui représente la Mutualité dans les actes judiciaires et extra-judiciaires.

Article 21 de la Loi du 6 août 1990.

ARTICLE 40 : POUVOIR PRESIDENTIEL

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration, il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux. Il représente la Mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques.

(novembre 2003) (lettre O.C.M. du 17-02-2004)

Le Vice-président assiste le Président et le remplace en cas d'absence.

ARTICLE 41 : LE DIRECTEUR REGIONAL TRESORIER DE LA MUTUALITE

Désigné par le Conseil d'Administration, sur avis conforme de l'A.N.M.C., le Directeur Régional assure la Direction Générale de la Mutualité et le secrétariat du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

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

Il est responsable de la continuité du fonctionnement de la Mutualité.

Article 25 de la Loi du 6 août 1990.

ARTICLE 42 : SITUATION FINANCIERE

Le trésorier est responsable vis-à-vis du Conseil d'Administration des finances de la Mutualité, de la tenue de toute pièce imposée par la réglementation ainsi que de la situation financière.

ARTICLE 43 : LE COMITE EXECUTIF

Le Comité de la Mutualité est composé de membres non permanents :

- le Président ;
- le Vice-président ;
- deux membres désignés par le Conseil d'Administration en son sein, l'un émanant de la circonscription de langue allemande et l'autre de la circonscription de langue française.

Ces quatre membres ont voix délibératives.

Il est également composé de membres permanents :

- Le Directeur Régional,
- le trésorier
- les autres membres du personnel de Direction

Les membres permanents participent aux travaux du Comité avec voix consultative.

Le Comité est chargé de la gestion journalière dans les limites des prérogatives que lui confèrent la Loi et le Conseil auquel il fait rapport.
(novembre 2005)

Dans ses rapports avec les tiers, la mutualité est valablement engagée dans les actes juridiques par la signature de deux membres non permanents dont l'un peut mandater spécifiquement pour la signature de cet acte juridique un membre permanent du comité exécutif.

La commission pour les marchés publics, établie dans le cadre du Conseil d'administration, est composée par les membres non permanents du comité exécutif.

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

La commission peut à son tour habiliter des personnes à exécuter les décisions qu'elle prend en ce qui concerne les marchés publics.

En aucun cas cette commission ne peut empiéter sur les compétences de l'assemblée générale.

CHAPITRE V : LES SERVICES DE LA MUTUALITÉ AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D’AFFILIATIONS SPÉCIALES, COTISATIONS

SECTION PRELIMINAIRE : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 44 : MEMBRE- PRESCRIPTION

Pour ses membres, la Mutualité organise les services visés à l’article 3 des présents statuts.
(lettre O.C.M. du 08-09-2004) (novembre 2004)

La réclamation 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 au versement d’un avantage.

La Mutualité n’est pas autorisée à renoncer au bénéfice de la prescription.

Article 48bis de la Loi du 6 août 1990.

(novembre 2003)

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 7BIS, 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 d’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.

ARTICLE 45 : PERIODE DE STAGE

Un stage d’attente de 6 mois est prévu pour les services et opérations organisés par la Mutualité.

Il ne s’applique pas à la personne qui, avant l’affiliation à la Mutualité, était affiliée à un service ou opération similaire d’une autre entité mutualiste et qui n’avait pour cela pas de stage à accomplir ou qui a accompli entièrement ce stage.

Si la personne, immédiatement avant l’affiliation à la Mutualité, était affiliée à un service similaire d’une autre entité mutualiste et n’avait pour cela pas encore accompli entièrement le stage, le stage à accomplir dans notre mutualité est réduit de la durée du stage effectué par cette personne pour le service similaire.

Pour le titulaire qui souhaite s’affilier aux services et opérations organisés par la Mutualité et qui, immédiatement avant l’affiliation à la date d’affiliation est exclu comme titulaire d’une Mutualité, une nouvelle période de stage de 6 mois s’applique pour les services et opérations organisés par la Mutualité.

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

La présente disposition s’applique sans préjudice des dispositions reprises dans l’article 7TER.

ARTICLE 46 : REPARATION PAR UNE AUTRE LEGISLATION

Lorsque l’Assurance Indemnités soins de santé obligatoire, l’assurance contre les accidents du travail, une assurance légalement obligatoire, 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 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 a 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 48bis de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 47 : CHANGEMENT DE QUALITE OU DE COMPOSITION DE MENAGE

Le membre est tenu d'informer dans les 30 jours la Mutualité d'un changement de qualité, de statut ou de composition de ménage.

Article 58 statuts SOLIMUT.

ARTICLE 48 : COTISATIONS - DETERMINATION DE L'AGE - DISPENSE DE PAIEMENT

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.

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

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

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

Toute modification familiale entraînant une modification du taux de cotisation prend cours au premier jour du mois qui suit.

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

- les personnes de moins de 21 ans, atteintes d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %, tel que visé à l'article 37, §19, 5° de la Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrites comme titulaires auprès de la Mutualité et leurs 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, inscrites comme titulaires auprès de la Mutualité et leurs personnes à charge.

ARTICLE 49 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les conséquences du défaut de paiement de cotisations sont déterminées par l'article 7 TER des présents statuts.

ARTICLE 50 : SUBORDINATION A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

Abrogé.

SECTION 1 :

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE (A.O.) SOINS DE SANTE ET INDEMNITES COORDONNEE PAR LA LOI DU 14 JUILLET 1994.

ARTICLE 51 :

L'exécution de l'A.O., est assurée par les services administratifs de la Mutualité.

SECTION 2 :
Abrogée à partir du 01-01-2008.

ARTICLES 52 A 59 :
Abrogés.

SECTION 3 : L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

ARTICLE 60 : DEFINITIONS

Les services décrits aux sections 4 à 18 ci-après offrent aux membres la possibilité de bénéficier d'une série d'avantages, d'aides ou d'interventions qui visent à réaliser l'objectif de promotion du bien-être physique, psychique et social tel que défini à l'article 3 de la Loi du 6 août 1990.

Ils constituent les éléments de l'assurance complémentaire au sens strict.

Le service décrit à la section 19 constitue l'élément unique du service administratif dont les cotisations sont dénommées « cotisations administratives ».

L'ensemble des services décrits aux sections 4 à 19 constituent les éléments de l'assurance complémentaire au sens large.

Pour pouvoir bénéficier des avantages et services complémentaires, l'affilié ne doit pas avoir été exclu des services et opérations en application des articles 7 TER et 8 des présents statuts.

En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de l'intervention de l'assurance complémentaire ne peut pas être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37 §1^{er} et 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celle des autres membres.

ARTICLE 61 : AFFILIATION DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS
Abrogé au 01-01-2008.

ARTICLE 62 : PRISE DE COURS
Abrogé

ARTICLE 64 : COTISATIONS - EXIGIBILITE

Les titulaires sont tenus de payer pour leur ménage mutualiste les cotisations dont les taux annuels et mensuels sont repris dans le tableau qui constitue l'annexe I des présents statuts.

ARTICLE 65 : FIN DE L'OBLIGATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'obligation de paiement des cotisations prend fin :

- en cas de décès du membre, les cotisations payées pour les périodes non encore courues devant être remboursées dans les trois mois de la fin de l'affiliation aux ayants droits du membre décédé ;
- en cas de transfert, à la fin du mois qui précède sa prise de cours, les cotisations payées pour les périodes non encore courues devant être remboursées dans les trois mois de la fin de l'affiliation au membre concerné.
- en cas de mutation, à la fin du trimestre qui précède sa date de prise en cours, les cotisations pour les périodes non encore courues devant être remboursées au membre concerné.

SECTION 4 : ABROGE

ARTICLE 66 : ABROGE

SECTION 5 : SOINS PREVENTIFS, PRESCRIPTIONS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES DIVERSES

ARTICLE 67 : ABROGE

ARTICLE 68 : PROPHYLAXIE ANTICANCEREUSE

La Mutualité intervient à concurrence de 4 euros dans les frais de consultation d'un centre de prophylaxie anticancéreuse sans que le montant remboursé (intervention de l'assurance obligatoire comprise) ne puisse être supérieur à ce que le membre a dû payer.

L'avantage sera payé après réception de l'original de la preuve de fréquentation du centre délivré par ce dernier. Cette attestation devra être datée et mentionner les coordonnées dudit centre, ainsi que la somme perçue.

ARTICLE 69 : VACCINATION

a) La Mutualité intervient, à raison de maximum 25 euros par année civile et par bénéficiaire, dans le coût des vaccins anti-infectieux et désensibilisants reconnus en Belgique.

La vaccination doit être prescrite par un médecin ayant un numéro INAMI et les vaccins doivent être achetés en pharmacie.

Le remboursement sera effectué après d'éventuels remboursements prévus par la Loi, le décret et leurs arrêtés d'application. Il ne pourra être supérieur à la quote-part personnelle payée par le bénéficiaire.

La liste limitative des vaccins donnant lieu à une intervention est reprise en annexe des présents statuts (Annexe III).

Le Conseil d'Administration peut modifier la liste limitative annexée aux statuts à condition que :

- la décision du Conseil d'Administration soit immédiatement transmise à l'Office de Contrôle des Mutualités par courrier recommandé, signé par un responsable de la Mutualité ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
- les modifications soient reprises avec effet rétroactif dans les statuts à la suite de l'Assemblée Générale suivante.

L'intervention prévue par la Mutualité en matière de vaccination peut être obtenue par les membres sur présentation d'une prescription médicale et d'un formulaire délivré ou dûment complété par le pharmacien, les membres pouvant produire soit :

- un formulaire délivré en application de l'A.R. du 22 août 2002 et relatif aux prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance complémentaire ;
- un modèle 704F délivré lors d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ;
- une attestation d'intervention de la Mutualité.

ARTICLE 69 BIS : ABROGE

ARTICLE 69 TER : REMBOURSEMENTS TICKETS MODERATEURS AU C.D.V.

La Mutualité accorde un remboursement complémentaire au membre qui se rend au Centre de Diagnostic, organisé par l'ASBL Santé et Solidarité, sise à 4800 Verviers, rue Laoureux, 31.

En effet, elle effectue en faveur des membres âgés de 18 ans et plus le remboursement à concurrence de 50 % des tickets modérateurs versés dans le cadre de prestations en dentisterie, en kinésithérapie, et de consultations médicales dont les codes de nomenclatures sont repris en annexe des présents statuts (Annexe IV), et ce, pour autant que le membre dispose d'un dossier médical global.

Les membres âgés de moins de 18 ans sont couverts par les mêmes avantages via Solimut.

Enfin, la mutualité effectue le remboursement des frais de déplacements du membre qui se rend au Centre de Diagnostic pour une consultation médicale selon les modalités prévues à l'article 80, 3) sur les transports non urgents en véhicule privé.

SECTION 6 : THERAPIES ALTERNATIVES

ARTICLE 70 : ABROGE

ARTICLE 71 : ABROGE

ARTICLE 71BIS : ABROGE

ARTICLE 71TER : ABROGE

SECTION 7 : OPTIQUE FIN DE SERVICE 31-12-2018

ARTICLE 72 :

La Mutualité intervient dans la prise en charge des frais d'achat de monture, de verres ou de lentilles aux conditions suivantes :

- 1) le membre bénéficiera d'une prise en charge de 50 euros au maximum trois fois avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Le délai de renouvellement est fixé à deux ans à partir de la première intervention.
- 2) à partir de 18 ans, le membre bénéficiera d'une prise en charge de 50 euros au maximum trois fois. Le délai de renouvellement est fixé à trois ans à partir de la première intervention.
- 3) l'intervention sera payée après réception de la preuve de la fourniture de la monture, du ou des verres, de la ou des lentilles (facture délivrée par un opticien reconnu ou reçu délivré par l'ophtalmologue).
- 4) la dioptrie doit être écrite sur le document de preuve.
- 5) les verres ou lentilles doivent faire l'objet d'une prescription médicale.
- 6) la prise en charge visée par cet article s'effectuera après l'éventuel remboursement prévu par l'assurance obligatoire, sans que le montant total remboursé (intervention de l'assurance obligatoire comprise) ne puisse être supérieur à ce que le membre a dû payer.

SECTION 8 : ASSURANCE HOSPI SOLIDAIRE

ARTICLE 73 :

La Mutualité offre à ses membres le bénéfice des avantages statutairement octroyés par la société mutualiste SOLIMUT auprès de laquelle elle est affiliée.

SECTION 9 : ASSURANCES HOSPITALISATIONS FACULTATIVES

ARTICLE 74 :

La Mutualité offre à ses membres la possibilité de s'affilier aux services facultatifs d'assurance hospitalisation organisés par la société mutualiste MC ASSURE.

SECTION 10 : SERVICE DE SEJOUR DE REPIT FIN DE SERVICE 31-12-2018

ARTICLE 75 :

Ce service a pour but l'accueil temporaire de membres dans un établissement offrant des soins médicaux et un accompagnement dans le but de soutenir l'entourage qui souhaite prendre un peu

de repos. Le milieu d'accueil doit se situer sur le territoire belge. Les prestations fournies en dehors du territoire national sont accordées aux bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière et qui se font héberger dans un milieu d'accueil situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de la frontière.

Ce service est à la disposition de tous les membres.

La durée du séjour de répit est fixée à minimum 1 jour et à maximum 15 jours par année civile. Le séjour de répit ne peut substituer au congé de convalescence ou aux vacances pour malades. La Mutualité prend en charge 50 % du prix de journée de l'établissement d'accueil à concurrence d'un maximum de 25 euros par jour.

SECTION 11 : SERVICE DE SOINS A DOMICILE

ARTICLE 76 : PRESTATIONS A DOMICILE

La Mutualité organise un service d'aide et de soins à domicile dont le but est d'assurer aux membres, ainsi qu'aux personnes à leur charge, une aide et des soins à domicile efficaces.

La Mutualité accorde :

- une intervention de 0,40 euro par heure réalisée par une aide familiale ou garde malade pour les membres qui ne sont pas bénéficiaires de l'intervention majorée et une intervention de 0,80 euro par heure réalisée par une aide familiale ou garde malade pour les membres bénéficiaires de l'intervention majorée;
- le remboursement des tickets modérateurs des soins infirmiers prodigués aux membres âgés de 18 ans et plus par les infirmiers de l'ASBL Aide et soins à domicile, sise à 4800 Verviers, rue de Dison 175
- Les membres âgés de moins de 18 ans sont couverts par les mêmes avantages via Solimut.

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.

En matière de télévigilance (système d'alarme), la Mutualité octroie une intervention de 6 euros par mois et par membre affilié à la Permanence Soins à Domicile (PSD). Pour les membres ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de notre arrondissement, la Mutualité octroie une intervention de 6 euros par mois en cas d'affiliation à la PSD ou aux seuls services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les C.P.A.S. des communes.

Seules les prestations facturées en matière de télévigilance pour l'année 2014 et les années antérieures (jusqu'à extinction des périodes de prescription des droits aux avantages) feront l'objet d'une intervention dans le cadre de la présente disposition.

ARTICLE 77 : SOLIVAL - PRET DE MATERIEL, AIDES TECHNIQUES ET AMENAGEMENT DU DOMICILE

Abrogé

SECTION 12 : SERVICE TRANSPORT DES MALADES

ARTICLE 78 : TRANSPORTS URGENTS (APPLICATION AU 01.01.2013) FIN DE SERVICE AU 31-12-2017

Le transport urgent est celui qui a été effectué sur requête du système d'appel unifié « 100 » vers le centre hospitalier désigné dans le cadre de l'aide médicale urgente ou d'un transfert entre hôpitaux sous surveillance d'un médecin. En cas de transfert entre hôpitaux, un certificat attestera la présence d'un médecin à bord.

La Mutualité offre à ses membres le bénéfice des avantages statutairement octroyés par la société mutualiste SOLIMUT.

La Mutualité versera également un complément d'intervention de 500 euros dans l'hypothèse d'un transport en hélicoptère, sans que le montant remboursé puisse être supérieur à ce que le membre a dû payer.

En outre, la mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL Centre de secours médicalisé de Bra-sur-Lienne, dont le siège social se situe à 4990 Bra-sur-Lienne, rue Berlieux, 69.

Dans le cadre de cet accord, le membre de la mutualité qui a recours aux services du Centre de secours médicalisé de Bra-sur-Lienne bénéficie d'un tarif forfaitaire unique de 1.550 euros pour toutes les interventions en province de Liège par le numéro d'appel unique 112.

Après la détermination et le paiement de l'intervention de l'assurance obligatoire, la mutualité veillera à compléter celle-ci pour assurer un remboursement partiel de la facture à concurrence de maximum 1100 euros.

La disposition prévue à ce dernier alinéa entre en application le 1^{er} juillet 2013 et est valable pour tous les transports effectués par le centre de secours médicalisé de Bra-sur-Lienne à partir de cette date.

ARTICLE 79 : ABROGE

ARTICLE 80 : TRANSPORTS NON URGENTS

1) TRANSPORTS NON URGENTS EN AMBULANCE

ENTREE EN VIGUEUR DE LA NOUVELLE DISPOSITION LE 1^{ER} JUILLET 2012

La Mutualité organise un service de transports en ambulance dont le but est d'assurer aux membres, ainsi qu'aux personnes à leur charge, une prise en charge du transport médico-sanitaire efficace et au moindre coût.

Pour autant que le transport en ambulance vise le déplacement du membre entre son lieu de résidence d'une part (domicile, maison de repos ou maison de repos et de soins) et d'autre part, un hôpital, une polyclinique, un centre de convalescence, une maison de repos ou une maison de repos et soins ou que le transport vise le transfert entre établissements hospitaliers dont les frais ne sont pas incorporés dans le prix de la journée d'hospitalisation, la mutualité accorde à ses membres une intervention de :

- 15 euros sur le forfait facturé comprenant les 10 premiers kilomètres
- 1,25 euros par kilomètre facturé à partir du 11^{ème} kilomètre

Aucune intervention n'est accordée sur les frais d'oxygène et les frais d'attente.

La Mutualité a conclu un accord de collaboration avec la Croix Rouge, dont le siège social se situe à 1180 Uccle, rue de Stalle, 96. Cet accord permet aux membres de la Mutualité de bénéficier de tarifs préférentiels en cas de recours aux services de transport non urgent de la Croix Rouge, ainsi que du système de tiers payant (le membre n'ayant plus à sa charge que le montant facturé après intervention en assurance complémentaire). Cfr Annexe VIII bis

De même, elle a conclu un accord de collaboration avec d'autres prestataires définis à l'annexe VIII BIS. Ces accords permettent de bénéficier de tarifs préférentiels en cas de recours aux services de ces prestataires, ainsi que du système de tiers payant.

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.

2) TRANSPORTS NON URGENTS EN VEHICULE SANITAIRE LEGER

ENTREE EN VIGUEUR DE LA NOUVELLE DISPOSITION LE 1^{ER} JUILLET 2012

La Mutualité assure également une prise en charge au bénéfice de ses membres, ainsi qu'aux personnes à leur charge, des coûts de transport médico-sanitaire réalisé avec l'aide d'un véhicule sanitaire léger.

Pour autant que le transport en véhicule sanitaire léger vise le déplacement du membre entre son lieu de résidence d'une part (domicile, maison de repos ou maison de repos et de soins) et d'autre part, un hôpital, une polyclinique, un centre de convalescence, une maison de repos ou une maison de repos et de soins, ou que le transport vise le transfert entre établissements hospitaliers dont les frais ne sont pas incorporés dans le prix de la journée d'hospitalisation, la mutualité accorde à ses membres une intervention de :

- 10 euros sur le forfait facturé comprenant les 10 premiers kilomètres
- 0,50 euros par kilomètre facturé à partir du 11^{ème} kilomètre

Aucune intervention n'est accordée sur les frais d'oxygène et les frais d'attente.

La Mutualité a conclu un accord de collaboration avec la Croix Rouge, dont le siège social se situe à 1180 Uccle, rue de Stalle, 96. Cet accord permet aux membres de la Mutualité de bénéficier de tarifs préférentiels en cas de recours aux services de transport non urgent de la Croix Rouge. Cfr Annexe VIII bis

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.

3) TRANSPORTS NON URGENTS EFFECTUES EN VEHICULE PRIVE

Enfin, la Mutualité assure un remboursement des transports effectués en véhicule privé ou par une des A.S.B.L. suivantes :

- l'ASD,
- le TEC / 105,
- l'ASBL Télé-Service,
- SOS Dialyse,
- les Goélands,
- Die Josephine-Koch-Stiftung,
- les différentes sections de la Croix Rouge,
- SOS Assistance,
- la Fondation contre le Cancer de Bruxelles,
- l'ASBL S.O.S. Médical Meuse de Grâce Hollogne,
- l'ASBL Médicassistance de Vielsalm,
- Stundenblume de Saint Vith
- Mobilis Assistance de Grivegnée.

Pour obtenir un remboursement, les transports doivent s'effectuer :

- dans le cadre d'un traitement pluridisciplinaire de rééducation ;
- dans le cadre d'un traitement ambulatoire pour raison pathologique lourde définie à l'annexe XI des présents statuts ;
- pour toute entrée ou sortie d'hospitalisation ;
- pour une consultation au Centre de Diagnostic de Verviers.

Ces transports sont pris en charge par la Mutualité à concurrence de 0,10 euro du km.

La prise en charge se fait après déduction d'une franchise annuelle de 12,50 euros et uniquement pour des montants à payer supérieurs à 2,50 euros par an, déduction faite de la franchise.

La prise en charge est limitée à 125 euros par année et par bénéficiaire après déduction de la franchise annuelle.

Le nombre de kilomètres parcourus en voiture particulière est déterminé par l'A.R. du 15 octobre 1969 fixant les distances légales entre localités.

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.

SECTION 13 : SERVICE AIDE AUX MALADES

ARTICLE 81 : ALLOCATION DE SEJOUR

Ce service assure un remboursement aux personnes qui participent à un séjour d'au moins cinq jours consécutifs avec délogement organisé et reconnu par l'A.S.B.L. ALTEO dont le siège social est situé à Bruxelles, Chaussée de Haecht.

L'intervention est égale au montant payé avec un maximum de 50 euros par séjour, par membre et par an.

ARTICLE 82 : FONDS SOCIAL

But :

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.

Conditions :

Entrent en considération pour une intervention :

- Les frais exceptionnels et élevés consécutifs à l'état de santé, à un traitement médical ou à des soins :

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

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

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

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

Avantage :

L'intervention prévue dans ce service :

- n'est octroyée que si le montant total des frais s'élève à minimum 50 Euros ;
- s'élève à 75 % des frais pris en considération qui sont à charge du bénéficiaire ;
- est limitée à un maximum de 2.000,00 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 être inférieur à celui octroyé aux autres membres.

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

Modalités :

L'intervention est octroyée sur présentation :

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

ARTICLE 82 BIS : SERVICE SOCIAL (APPLICATION AU 01.01.2012)

Objet

Le service 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.

Bénéficiaires

Ce service s'adresse à tout le monde.

Avantage

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.

Moyens

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

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

Modalités :

Tant qu'ils sont conformes à la loi du 6 août 1990 et à la loi du 26 avril 2010, le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et lignes directrices arrêtés par le Titre IV du « Code wallon de l'action sociale et de la santé » institué par l'« Arrêté du Gouvernement wallon du 29 septembre 2011 portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale », publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, deuxième édition et confirmé par le « Décret de la Région wallonne du 1er décembre 2011 », publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, cinquième édition et par l'arrêté du 14 septembre 1987 de l'Exécutif de la Communauté française fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.

SECTION 14 : PROMOTION DU BIEN-ETRE PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOCIAL DES MEMBRES

ARTICLE 83

Abrogé

SECTION 15 : SERVICE JEUNESSE ET SANTE - OCARINA - VACANCES

ARTICLE 84 : ALLOCATION DE SEJOUR ET DE STAGES

Ce service accorde une intervention financière dans les cas suivants :

1. les camps, plaines et stages:

Pour les jeunes âgés de 3 à 18 ans, une intervention de 50,00 euros est octroyée par année sans toutefois qu'elle ne soit supérieure à la quote-part personnelle payée par le bénéficiaire dans les cas suivants :

a) les camps de vacances organisés par les mouvements de jeunesse reconnus par la Communauté française et agréés par l'O.N.E. ou reconnus par le Ministère de la Communauté Germanophone et agréés par le DKF (Dienst für Kind und Familie), à l'exception des camps et séjours Ocarina Eupen VOG/ Jeunesse et Santé ;

b) les plaines de vacances agréées par l'O.N.E. ou de DKF et organisées, soit par l'A.S.B.L., soit par les pouvoirs publics (Province, ville, commune, ...), soit par une école primaire ou secondaire;

c) les stages sportifs, qu'ils soient organisés dans un centre sportif A.D.E.P.S., par une des fédérations reconnues par l'A.D.E.P.S. 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, organisés par les pouvoirs publics ou des A.S.B.L. agréées par l'O.N.E. ou le DKF.

e) les séjours organisés par l'A.S.B.L. IMC, maison de convalescence et de vacances située à 4900 Spa, Route du Tonnelet, 76 pour des enfants handicapés et leur famille. Par enfant handicapé, est visé l'enfant atteint d'une incapacité permanente de 66 % au moins reconnue par la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées.

Pour donner lieu à une intervention financière du service, les camps de vacances, plaines et stages doivent avoir une durée minimale de trois jours, sans nécessité de délogement, et le membre doit produire une attestation de participation délivrée par l'organisateur du stage, mentionnant également son coût et le montant réellement payé.

Ces interventions financières sont cumulables avec la participation d'un jeune à un séjour organisé par Jeunesse & Santé ou Ocarina Eupen VOG, à l'exception des formations d'animateurs organisées par Jeunesse et Santé ASBL et Ocarina Eupen VOG. 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 7TER des présents statuts.

Le montant payé par les participants pour les formations organisées par Jeunesse et Santé ASBL ou Ocarina Eupen VOG 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 7TER des présents statuts.

L'objet de la formation concerne uniquement les formations organisées par les ASBL Jeunesse et Santé et Ocarina Eupen VOG, qui sont les suivantes :

Pour Jeunesse et Santé :

- Formation d'animateurs de centres de vacances, 1 ère étape (1^{ère} année)
- Formation d'animateurs de centres de vacances, 2 ème étape (2^{ème} année)
- Formation d'animateurs de centres de vacances, 3 ème étape (3^{ème} année)
- Formation de coordinateurs de centres de vacances, étape intermédiaire

Pour Ocarina Eupen VOG:

- Formation de base d'animateurs de centres de vacances

- Formation deuxième cycle d'animateurs de centres de vacances
- Formation d'un week-end d'animateurs de centres de vacances

2. les classes de dépaysement:

Le service accorde également une intervention financière pour les classes de dépaysement. Cette intervention est fixée à 30 euros par année scolaire et par enfant pour les classes de dépaysement (classes vertes, de mer, de neige, etc.) comportant au moins une nuitée, 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 par le présent article et avec la participation d'un jeune à un séjour de vacances organisé par Jeunesse & Santé /Ocarina Eupen VOG. 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 7TER des présents statuts.

En outre, dans le but d'encourager et soutenir tout membre désireux de suivre une formation de secourisme, la mutualité intervient dans le prix des formations proposées par la Croix-Rouge de Belgique à concurrence de 20 euros par année sans que l'intervention soit supérieure au montant payé par le membre. L'intervention s'effectuera sur production de l'attestation de réussite de la formation et sur présentation du justificatif de paiement.

SECTION 16 : SPORT ET DIETETIQUE

ARTICLE 85

L'intervention dans l'abonnement aux clubs sportifs a pour objectif de promouvoir la pratique d'une activité physique saine et régulière, en accordant un remboursement partiel des frais d'abonnement à un club sportif ou à une infrastructure de sport. Sont assimilées 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.

L'intervention dans les consultations de diététique et chez un nutrithérapeute a pour objectif de promouvoir la santé par des conseils pour une alimentation saine et variée.

Le remboursement pour ces deux interventions (affiliation à un club sportif et diététique) s'élève à 40 euros maximum par année civile et par bénéficiaire.

L'intervention ne peut dépasser le montant des frais de l'abonnement ou de la consultation diététique.

Pour bénéficier d'un remboursement pour l'affiliation à un club sportif, le membre doit :

- être membre de la Mutualité et en ordre de cotisations d'assurance complémentaire tel que décrit dans l'article 7TER des présents statuts;
- être affilié à un club sportif situé sur le territoire belge ou dans un des 4 pays limitrophes à la Belgique (Allemagne, Pays-Bas, France ou Luxembourg);
- fournir à la Mutualité une attestation du club sportif attestant de l'affiliation du membre ou remplir un formulaire de demande d'intervention de la Mutualité. L'attestation doit reprendre les coordonnées du membre, celles du club, la période de validité de l'inscription et son coût.

Pour bénéficier du remboursement de la consultation diététique-nutrithérapeute, le membre doit fournir une note d'honoraires établie par le praticien ou compléter le formulaire de demande d'intervention de la Mutualité.

Le cabinet du praticien doit se situer sur le territoire belge ou dans un des 4 pays limitrophes à la Belgique (Allemagne, Pays-Bas, France ou Luxembourg).

Par ailleurs, la Mutualité intervient dans les frais liés à une prise en charge par un établissement spécialisé dans le traitement du surpoids et de l'obésité. Lorsqu'un membre présente un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 en début de traitement, il bénéficie d'une intervention forfaitaire de 100 euros s'il recourt aux services des établissements suivants :

- la Clinique de l'obésité du Centre Hospitalier de Verviers East Belgium, située à Verviers, Rue du Parc, 29
- le centre interdisciplinaire de traitement de l'excès pondéral (CITEP) de la clinique Sainte Elisabeth de Heusy, située rue de Naimeux, 17
- la Diätlinik de la clinique Saint Joseph située à Saint-Vith, Klosterstrasse, 9
- le centre multidisciplinaire Obesitas de la clinique Saint Nicolas d'Eupen, située Hufengasse, 4
- Le CHR de la Citadelle de Liège, situé Boulevard du Douzième de Ligne 1
- Le CHU de Liège, situé Avenue de L'Hôpital 1
- N.-D. des Bruyères, à Chênée, située rue de Gaillarmont 600
- La Clinique André Renard, située rue A. Renard 1 à 4040 Herstal

Cette intervention est octroyée une fois par an sur base d'une demande d'intervention émanant de la mutualité et complétée par un professionnel de la santé pouvant attester du suivi du patient dans un des centres indiqués et en charge d'une partie du traitement.

SECTION 17 : SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE

ARTICLE 86

Ce service a pour but d'organiser la défense des droits des titulaires et de leurs personnes à charge en ce qui concerne :

- les relations entre les consommateurs de soins et les dispensateurs de soins;
- l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et, en particulier, les accords et les conventions avec les dispensateurs de soins;
- le dédommagement dû par des personnes et institutions, dans les cas qui peuvent tomber dans le champ d'application de l'article 136 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

De manière concrète, le service d'assistance juridique et de défense des membres offre à ses membres :

- la gratuité pour une consultation des experts de la Mutualité dans les matières reprises à l'alinéa précédent;
- la gratuité pour l'établissement de premières démarches (courriers et avis) en vue d'obtenir un accord à l'amiable.

SECTION 18 : SUBVENTIONNEMENT DE STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES

ARTICLE 87

La mutualité octroie un subventionnement aux structures socio-sanitaires suivantes :

Les subventions ou subsides octroyés par la mutualité aux structures socio-sanitaires reprises aux points 1) à 12) ne servent pas à financer un quelconque avantage pour ses membres.

1) L'ASBL « Enéo » dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 414.474.169 dont le siège est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579 ;

But :

Soutenir l'ASBL Enéo en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

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

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. »

Fonctionnement

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

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

2) L'A.S.B.L. « Jeunesse et Santé », dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 411.971.074, Chaussée de Haecht, 579 1031 Bruxelles.

But :

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

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. »

Fonctionnement

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

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

3) L'A.S.B.L. « Altéo », dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 0410.383.442, dont le siège social est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579

But :

Soutenir l'ASBL 'Altéo', en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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 socio-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. »

Fonctionnement

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

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

4) ALTEO, Sozialbewegung für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung, dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 422.463.803, dont le siège social est situé Klosterstraße 74 à 4700 Eupen;

But :

Soutenir l'ASBL 'Alteo', en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

L'association a pour but, principalement au niveau de la Communauté germanophone et pour le compte de la Mutualité chrétienne de Verviers-Eupen, 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 socio-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.

Fonctionnement

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

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

5) Ocarina Eupen VOG dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 449.509.480, dont le siège social est situé Klosterstraße 74 à 4700 Eupen;

But :

Soutenir Ocarina Eupen VOG, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

En collaboration avec la Mutualité chrétienne de Verviers-Eupen, l'association a pour but de

- mener une politique de vacances pour enfants et jeunes par l'accompagnement et l'organisation de séjours de vacances et pleines de jeux ;
- mener une politique d'éducation permanente en vue de garantir le bien-être physique, psychique et social des enfants et des jeunes, par l'organisation de campagnes de sensibilisation, par la mise à la disposition d'outils et par la collaboration avec d'autres organisations et centres ;
- proposer des activités de loisirs actifs et un encadrement, notamment pour des enfants défavorisés ;
- proposer des services adaptés aux jeunes et aux enfants.

Fonctionnement

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à Ocarina Eupen VOG telle que mentionnée à l'annexe IX aux statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

6) Christliche Vereinigung der Pensioniertenbünde « Die Eiche », dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 449.175.623, dont le siège social est situé Klosterstraße 74 à 4700 Eupen.

But :

Soutenir l'ASBL 'Die Eiche, en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

- Représenter des intérêts des prépensionnés et pensionnés ainsi que des aînés en général, mais particulièrement de ses membres ;
- prendre et promouvoir toute initiative de nature à revaloriser la retraite d'un point de vue chrétien ;
- susciter, parmi ses membres, un esprit de solidarité morale et financière ;
- coordonner les activités des différentes sections affiliées ;
- sensibiliser le public aux problèmes des aînés et de le préparer à cette étape de la vie ;
- garantir une éducation permanente même jusqu'à un âge avancé ;
- nouer des contacts et lancer des projets locaux, régionaux, nationaux et internationaux ;
- promouvoir et concrétiser les objectifs de la Mutualité chrétienne dans le domaine de l'encadrement des personnes âgées.

Fonctionnement

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

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

7) L'A.S.B.L. « Solival », dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 460.213.530, dont le siège social est situé à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579

But :

Soutenir l'ASBL 'Solival', en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

« L'association est un service qui s'adresse à toute personne atteinte d'un handicap physique, mental ou sensoriel ainsi qu'à tout autre service d'aide ou d'accompagnement de ces personnes. L'association vise à aider les personnes handicapées à conserver leur autonomie, à l'acquérir ou à le recouvrir en leur fournissant l'information, l'aide et le soutien nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et démarches de la vie courante.

L'association se propose de faciliter et de favoriser directement ou indirectement l'utilisation par les handicapés, les malades et les invalides de tous appareils et moyens techniques d'assistance. Elle effectue des recherches, rassemble et distribue les informations de nature à contribuer à l'intégration de tous les handicapés et à la prise de conscience des personnes valides et invalides. »

Fonctionnement

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

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur

8) L'A.S.B.L. « Häusliche Hilfe und Pflege », dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 832.269.403 dont le siège social est situé à 4700 EUPEN, Aachener Straße, 11-13

But :

Soutenir l'ASBL « Häusliche Hilfe und Pflege » en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

Son but est de favoriser et de systématiser la réponse coordonnée aux différents besoins. L'association devient le moteur d'un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile.

Fonctionnement

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Häusliche Hilfe und Pflege ' telle que mentionnée à l'annexe IX aux statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

9) L'A.S.B.L. « Aide et soins à domicile de l'arrondissement de Verviers », dont le numéro d'entreprise est B.C.E.0449.513.143, dont le siège social est situé à 4800 Verviers, Rue de la Banque, 2.

But :

Soutenir à l'ASBL 'Aide et soins à domicile ', en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

« L'association a pour but social d'intervenir à domicile afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité, et stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie »

Fonctionnement

Afin de réaliser le but, une subvention est octroyée à l'ASBL 'Aide et soins à domicile de l'arrondissement de Verviers' telle que mentionnée à l'annexe IX aux statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

10) Qualias Verviers-Eupen A.S.B.L. dont le numéro d'entreprise est B.C.E. 0542971950, dont le siège social est situé à 4800 Verviers, Rue Lucien Defays 79.

But :

L'association a pour but le maintien de la vie à domicile, le développement de services de proximité et d'utilité publique ainsi que les relations inter-générationnelles, le soutien et le développement de la Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen (en abrégé, Mutualité chrétienne de Verviers-Eupen).

A cette fin, elle veille notamment :

- à développer toutes initiatives socio-sanitaires favorables à la santé à domicile et à l'accompagnement des personnes à domicile à des conditions financières accessibles.
- dans ce même esprit, à développer un service de transport pour les personnes à mobilité réduite et plus précisément pour les personnes handicapées
- à favoriser l'insertion sociale et professionnelle dans des emplois dignes et de qualité ainsi que la formation pour des personnes éprouvant des difficultés d'insertion
- à mettre à la disposition de la population des fournitures d'optique et d'audiologie à des prix financièrement accessibles au plus grand nombre.

Concrètement la poursuite de cet objet se manifestera notamment par le fait de louer, acheter ou vendre du matériel d'aide, destiné en particulier aux soins des malades chroniques, des moins valides et des patients qui sont maintenus à domicile ou hébergés dans un établissement.

et donc par des activités dans les domaines suivants, la présente liste étant évocatrice et non limitative :

- matériel paramédical

- bandagisterie
- appareils orthopédiques
- prothèses
- aides au maintien à domicile
- aides à la convalescence
- matériel et consommables liés à l'hygiène corporelle humaine

Pour réaliser les missions décrites ci-dessus, l'association peut prendre toutes les initiatives se rapportant directement ou indirectement à son objet, en ce compris de poser des actes commerciaux pour autant que ces derniers soient conformes à une des missions décrites et que le bénéfice soit affecté à la réalisation de cette mission.

Pour ce faire, l'association entreprendra toutes actions utiles à son objet et développera tout partenariat utile à cet effet. Elle pourra notamment prendre, promouvoir et soutenir toutes initiatives, acquérir, fonder, gérer et équiper tous établissements ou services socio-sanitaires visant à sauvegarder, maintenir, rendre accessible ou promouvoir la santé et le bien-être social. Elle peut avoir des intérêts dans tout établissement ou service poursuivant un but similaire. Elle peut posséder tous biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation de son but.

Elle a également pour but de procurer à toute personne physique ou morale, belge ou étrangère toute aide matérielle ou morale destinée à la réalisation de leur but conforme à celui que poursuit la Mutualité chrétienne de Verviers Eupen tel qu'il est défini à l'article 2 § 1er. de la Loi du 6 août 1990 sur les mutualités.

Fonctionnement

Afin de réaliser le but, un subventionnement est octroyé à l'ASBL tel que mentionné à l'annexe IX aux statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

11) L'ASBL « Altéo sport » dont le numéro d'entreprise est BCE 418.089.202

L'objet social repris à l'article 2 de ses statuts est le suivant :

« AltéoSport asbl est une fédération de cercles sportifs pour personnes malades, valides et handicapées qui a pour but, dans les limites de sa compétence, de :

- Favoriser la promotion du sport et des activités physiques en général pour personnes malades, invalides et handicapées, tant au niveau du sport pour tous que des compétitions ;
- Aider au maximum, les cercles, les clubs, groupements, ententes ou associations affiliés en sollicitant et/ou en recevant tout appui moral et matériel des initiatives privées ou des pouvoirs publics ;
- Inciter à et organiser des épreuves individuelles, par équipes, inter clubs, des rencontres provinciales, régionales, fédérales ou internationales ;
- Collaborer éventuellement à l'activité d'une fédération internationale.
- Encourager l'intégration et la valorisation des personnes malades et handicapées par la pratique du sport et des activités physiques. »

Fonctionnement

Afin de réaliser le but, un subventionnement est octroyé à l'ASBL tel que mentionné à l'annexe IX aux statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

12) L'ASBL Enéo sport » dont le numéro d'entreprise est BCE481.415.834

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, 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 »

Fonctionnement

Afin de réaliser le but, un subventionnement est octroyé à l'ASBL tel que mentionné à l'annexe IX aux statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

SECTION 18BIS : LA SOLIDARITE INTERNATIONALE

ARTICLE 87 BIS

La mutualité soutient et accompagne les initiatives sociales dans le cadre de la solidarité internationale afin de promouvoir le bien-être physique, psychique et social à l'échelon mondial.

Pour réaliser cet objectif, le service :

- organise des formations et des ateliers en Belgique et à l'étranger concernant la manière dont le bien-être physique, psychique et social peut être promu à l'échelle mondiale ;
- offre une assistance et un soutien pour la création de structures mutualistes au Sénégal, dans la région de Thiès ;
- œuvre à la prise de conscience par la population belge et le monde politique des défis en matière de solidarité internationale ;
- de même, dans un but de simplification administrative pour les membres, ce service développe des collaborations avec des personnes de droit public ou privé allemandes, néerlandaises et/ou luxembourgeoises.

Pour réaliser cet objectif, un financement tel que mentionné dans l'annexe X des présents statuts est prévu.

Ce service n'accorde pas d'avantages qui ouvrent un droit individuel à une intervention en réponse à un événement incertain et futur.

Les membres de la mutualité ne bénéficient pas, en cette qualité, d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité qui organise les actions collectives financées.

SECTION 18 TER : SERVICE MEDICO-SOCIAL

ARTICLE 87 TER

La Mutualité a pour objectif de coordonner, développer et soutenir toute initiative émanant de son réseau médico-social.

Elle pourra procurer une aide matérielle et morale destinée à faciliter la réalisation de cet objectif social.

Ce service vise le subventionnement de structures socio-sanitaires.

Ce service n'accorde pas d'avantage qui ouvre un droit individuel à une intervention en réponse à un événement incertain et futur.

Les subventionnements à ces structures socio-sanitaires sont précisés à l'article 87 des présents statuts.

ARTICLE 87 QUATER : SERVICE « COMMUNICATION ET PROMOTION DE LA SANTE »

Un service de communication et de promotion de la santé est créé dans le but de permettre aux personnes de promouvoir elles-mêmes leur santé, de prévenir des maladies et d'utiliser les soins de santé de la manière la plus efficace.

Pour réaliser ce but, les moyens suivants sont employés :

- réalisation et diffusion d'information écrite
- organisation de réunions et de conférences

Ce service vise l'information des membres au sens de l'article 1^{er}, 1^o de l'arrêté royal du 12 mai 2011.

SECTION 19 : ADMINISTRATION

ARTICLE 88

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'A.R. 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'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010. Seul l'aspect du centre administratif énuméré au point 2 (sous le code 98/2) peut faire l'objet de la perception d'une cotisation auprès des membres.

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

ARTICLE 88 BIS

La mutualité a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL « Fonds Fédéral de Solidarité » dans le but de pourvoir aux biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation des objectifs énoncés à l'article 2 des présents statuts.

Ce service n'octroie pas d'avantages ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

Un montant dont le transfert est envisagé à l'ASBL précitée en vue de l'exécution des missions précitées est voté annuellement par l'assemblée générale de la mutualité et il n'y a pas d'avantages financiers individuels pour les membres.

Pour 2013, le montant maximal du financement voté par l'AG est fixé à 0,00 €.

Pour 2014, le montant maximal du financement voté par l'AG ayant été fixé à 124,83 euros, le montant effectivement attribué est de 124,83 euros (solde de cotisations antérieures à 2013). Pour 2015, le montant maximal du financement voté par l'AG est fixé à 300.000 euros.

CHAPITRE VI : BUDGETS ET COMPTES

ARTICLE 89

Les règles comptables sont fixées par la Loi du 6 août 1990, et plus précisément son article 29 ;

ainsi, le patrimoine ne peut être investi qu'en respectant la conformité au § 4 de cet article;

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

- les cotisations mentionnées à l'article 48,
- les subsides de pouvoirs publics,
- les dons et legs, ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux,
- les intérêts, ainsi que le bénéfice sur titre réalisés afférents à chacun d'eux.

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

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

CHAPITRE VII : COLLABORATION

ARTICLE 90

En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 3, la Mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé actives dans le domaine de la santé.

Compte tenu de sa situation géographique, elle entend développer des collaborations avec des personnes de droit public ou privé allemandes, néerlandaises ou luxembourgeoises.

A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration, ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres visés à l'article 10.

L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés 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.

Article 43 de la Loi du 6 août 1990.

CHAPITRE VIII : DISSOLUTION DE LA MUTUALITÉ, DE SERVICES

ARTICLE 91 : COMPETENCE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

La Mutualité peut être dissoute par une décision de l'Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet.

Article 15 de la Loi du 6 août 1990.

Il ne peut être décidé de la dissolution que si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises.

Les dispositions de l'article 12, §1er, alinéa 3 de la Loi du 6 août 1990 sont d'application dans ce cas.

La convocation mentionne :

- les motifs de la dissolution;
- la situation financière la plus récente de la Mutualité, arrêtée à une date ne remontant pas à plus de trois mois;
- le rapport du réviseur sur cette situation. Ce rapport indique notamment si la situation financière, telle que présentée, est complètement et fidèlement établie;
- les conditions de liquidation;
- la (les) proposition(s) relative(s) à la destination des éventuels actifs résiduels.

Article 45 et 46 de la Loi du 6 août 1990.

ARTICLE 92 : REPARTITION DES RESERVES

§ 1 - En cas de cessation d'un ou plusieurs services ou opérations visés à l'article 2b de ces statuts, les actifs résiduels sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

Les décisions de l'Assemblée Générale relatives à la cessation de services et opérations et à l'affectation de leurs actifs résiduels sont soumises à l'application des articles 10, 11 et 12, § 1er, alinéa 3 de la Loi du 6 août 1990.

§ 2 - En cas de dissolution de la Mutualité, les actifs résiduels de ses services visés à l'article 2b de ces statuts sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres.

L'indemnisation des membres visés par l'alinéa 1er peut s'effectuer sur une base actuarielle.

S'il ressort des comptes de la liquidation, après l'apurement de toutes les dettes et la consignation des sommes dues à certains créanciers, que des actifs résiduels subsistent, l'Assemblée Générale décide la destination à donner aux actifs résiduels, dans le respect de ses buts statutaires.

CHAPITRE IX : MODIFICATIONS STATUTAIRES

ARTICLE 93 : POUVOIR D'INITIATIVE

Les statuts peuvent être modifiés, soit sur l'initiative du Conseil d'Administration, soit sur l'initiative des membres de l'Assemblée Générale. Ceux-ci communiquent leurs propositions au Conseil d'Administration qui, après examen, fait rapport à l'Assemblée Générale suivante en lui soumettant les modifications statutaires proposées.

L'Assemblée Générale peut décider de modifications statutaires que le Conseil d'administration n'aurait pas retenues parmi les initiatives proposées par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 94 : ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE

Les statuts de la Mutualité sont modifiés par l'Assemblée Générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la Loi et les statuts.

Pour être adoptée, la proposition de modification statutaire doit être votée à la majorité des deux tiers des voix émises et pour autant que la moitié des membres issus respectivement de chacune des deux circonscriptions électorales soient présents ou représentés.

Article 10 de la Loi du 6 août 1990.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée. Celle-ci délibèrera valablement, quel que soit le nombre de membres présents. La majorité des deux tiers reste requise.

Les articles 16 et 17 de la Loi du 6 août 1990 déterminent les formes et les délais de communication des convocations, des propositions de modifications statutaires et tous autres documents relatifs à l'objet de l'Assemblée Générale.

Les membres de l'Assemblée Générale peuvent présenter des amendements aux propositions. Leur texte devra parvenir au Président du Conseil d'Administration au plus tard 10 jours avant la date fixée pour la réunion.

Les amendements présentés en cours de séance doivent être mis aux voix.

CHAPITRE X : DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 95 : LITIGE - TRIBUNAL ARBITRAL

Sans préjudice de la compétence du Tribunal du Travail, telle qu'elle est précisée par le Code Judiciaire, tout litige peut être soumis à un Tribunal Arbitral dans le respect de la procédure déterminée par le Code judiciaire.

ARTICLE 96 : ENTREE EN VIGUEUR

Les statuts et leurs éventuelles modifications entrent en vigueur selon les modalités prévues par la Loi du 6 août 1990 (notamment l'article 11).

ANNEXE I STATUTS MCVE (articles 48 et 64)

Tableau de cotisations de l'entité: 137 - Mutualité Chrétienne des arr. judiciaires de Verviers et d'Eupen

Version:2020/1

Date d'approbation:24/10/2019

Date d'application: 01/01/2020

Statut : AO - à approuver par l'OCM

Catégories de membres

Cat. 1 Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat. 2 Ménage mutualiste avec personnes à charge

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

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

Pour les membres des catégories 3 et 4, veuillez vous référer à l'article 48 des statuts.

A. Cotisations propres

Cette table est d'application pour les entités: 137/01, 137/02

Services		Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
				Cotisations normales		Cotisations réduites	
Code	Nom			Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
15	Autres opérations	0	Divers	28,08	28,08	0,00	0,00
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	87 quater	1,68	1,68	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0	87	20,40	20,40	0,00	0,00

93	Patrimoine	0	88 bis	0,00	0,00	0,00	0,00
98/01	Centre administratif: centre de répartition	0	88	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	88	6,43	6,43	0,00	0,00
Total		0		56,59	56,59	0,00	0,00

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
Néant			

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

N°	Entité	Tableau de cotisations		Montants par catégorie des membres (EUR/an)			
		Dénomination	Version	Date d'application	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2020/1	01/01/2020	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 des membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Dated' application	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
137	Mutualité chrétienne de s arr.judiciaires de Verviers et d'Eupen	2020/1	01/01/2020	56,59	56,59	0,00	0,00
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2020/1	01/01/2020	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				149,88	149,88	0,00	0,00

ANNEXE III DES STATUTS MCVE : Liste limitative des vaccins donnant lieu à une intervention : Article 69

Anti-infectieux	Indications	Remarques générales
ACT HIB	Vaccin contre l'Haémophilus influenza	4 doses 2-3-4-15 mois Gratuit auprès de la communauté française. Pas de sens de vacciner au-delà de 5ans
AGRIPPAL	Vaccin contre la grippe	Remboursement CS pour une certaine catégorie de personnes
ALPHARIX	Vaccin contre la grippe	1 dose par an Parfois 2 doses chez des enfants de plus de 6 mois avec facteurs de risques Contre indiqué chez les bébés en dessous de 6 mois
AVAXIM	Hépatite A	
BEXSERO	Vaccin contre la meningite B	Peut être administré à partir de 2 mois (3 doses). 2 doses chez les enfants de plus de 6 mois.
BOOSTRIX	Vaccin contre la diphtérie tétanos coqueluche	1 dose Vaccin de rappel vers 7 ans et 15 ans
BRONCHO VAXOM	Vaccin antibactérien divers	
BUCCALINE	Vaccin antibactérien divers	
CERVARIX	prévention du cancer du col de l'utérus	
DUKORAL	Rage	

ENGERIX	vaccin contre l'hépatite B	Remboursable en AO (en B) si patient bénéficiaire d'un TDS affection rénale chronique et s'il remplit certaines conditions médicales. => dans ce cas, le médecin prescripteur indique sur sa prescription "tiers-payant applicable" s'il estime que le patient est dans les conditions pour le remboursement en AO
EPAXAL	Vaccins contre l'hépatite A	1 à 2 doses tous les 20 ans Proposé chez personne qui ont eu un contact avec un infecté et chez les voyageurs dans région à risque
FENDRIX	Vaccins contre l'hépatite B	4 doses chez les adultes et les adolescents à partir de 15 ans
FSME IMMUM	Vaccins contre l'encéphalite à tiques	Proposé aux personnes se rendant dans les régions infectées. 3 injections intramusculaires avec intervalle de 1 à 3 mois entre les 2 premières et la 3ème injection après 9 à 12 mois
Gardasil	prévention du cancer du col de l'utérus	Les vaccins pour la prévention du cancer du col
HAVRIX 720 ou 1440	Vaccins contre l'hépatite A	Hépatite A

HBVAXPRO	Vaccins contre l'hépatite B	Indications cfr engérix Gratuit à la communauté française pour les enfants non vaccinés âgés de 12 ans . Remboursable en B pour certaines catégories (insuffisant rénaux)
IMOVAX POLIO	Vaccins contre la polio	Vaccins obligatoire en Belgique Indication chez le jeune enfant et le voyageur Remboursable gratuitement chez le jeune enfant via la communauté française.
INFANRIX HEXA	Vaccins contre 6 maladies pratiqués chez le nourrisson Tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, HIB, hépatite B.	Gratuit via la communauté française
INFANRIX PIV	Vaccins contre la diphtérie, tétanos, coqueluche et polio	
INFLEXAL	Grippe	Remboursement en Cs pour certaines catégories de population
INFLUVAC	Vaccin contre la grippe	Remboursement en Cs pour certaines catégories de population

INTANZA	Vaccin contre la grippe	Remboursement en Cs pour certaines catégories de population
IXIARO	Encéphalite Japonnaise	
JE-VAX	Encéphalite Japonnaise	
MENCEVAX	Vaccin contre la méningite de groupe A,C,W,Y	Indiqué pour les pèlerinage à la Mecque et les voyageurs régions sub sahariennes
MENINGITEC	Vaccin contre la méningite C	
MENJUGATE	Vaccin contre la méningite C	Indiqué dans nos pays entre 2 mois et 19 ans Prévu à 12 mois Remboursé par la communauté française
MUTAGRIP	Grippe	Remboursement en Cs pour certaines catégories de population
NEISVAC C	Vaccin contre la méningite C	
NIMENRIX	Méningocoques	
PNEUMO 23	Vaccin contre le pneumocoque –23 souches	Utilisé chez adulte 1 dose Indiqué à partir de 65 ans et à partir de 50 ans chez certains +HIV+certains transplantés
PREVENAR	Vaccins contre le pneumocoque indiqué chez les enfants	4 doses chez l'enfant à partir de 2mois. Gratuit via la Communauté Française pour les jeunes enfants. En voie de remboursement AO

PRIORIX	Vaccins oreillons rubéole rougeole du nourrisson	Moins employé qu'avant Remboursé par la communauté française
PROVARIVAX	Vaccins contre la varicelle	Indiqué chez certaines personnes à risques (immunodéprimé)
RABIPUR	Vaccin contre la rage	
REVAXIS	Vaccin contre la diphtérie ,tétanos coqueluche	rappel tous les 10 ans dès 15-16 ans. Si jamais reçu de vaccins, 2 doses à 4-6 semaines d'intervalle
ROTARIX	Vaccins contre la diarrhée à rota virus	2 doses avant 6mois A ne pas donner au delà de 4ans –peut être dangereux
ROTATEQ	Vaccin contre la diarrhée à rota virus	3 doses max. avant l'âge de 6 mois.
STAMARIL	vaccins contre la fièvre jaune	
SYNFLORIX	Vaccin pneumococcique conjugué 10-valent	Immunsation active contre les maladies invasives, la pneumonie et les otites moyennes aiguës causées par <i>Streptococcus pneumoniae</i> chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 semaines à 5 ans (c'est-à-dire jusqu'au jour du 5ème anniversaire).
TEDIVAX PRO	Vaccin contre diphtérie et tétanos	Rappel chez l'adulte Remboursé en B Remboursé par communauté française

TETRAVAC	Vaccin contre diphtérie ,tétanos coqueluche et polio	Vaccin de rappel pour l'enfant Remboursé par la communauté française
TRIAxis	VACCIN contre la diphtérie (dosage réduit), le tétanos et la coqueluche (dosage réduit)	
TYPHERIX		
TYPHIM	Vaccin contre la fièvre typhoïde	Indiqué uniquement chez le voyageur
Twinrix	Hépatite A et B	
URO-VAXOM	Vaccin antibactérien divers	
VACCIN RABIQUE INACTIVE	Vaccin contre la rage	Contact avec des animaux infectés S'obtient à l'institut Pasteur
VACCIN CHOLERIQUE BERNA	Vaccin contre le choléra	Déconseillé Pour les voyageurs
VAQTA JUNIOR	Hépatite A	
VARILRIX	Vaccin contre la varicelle	Remboursé en B avec accord du médecin conseil dans certaines conditions : personnes avec immunité déficiente ,personnel soignant au contact d'infectés et prévention de la varicelle dans les trois jours du contact .
VARIVAX	Vaccin contre la varicelle	A partir de 9 mois. VARIVAX ne doit pas être administré aux

		sujets de moins de 9 mois.
VIVOTIF	Typhus	
VAXIGRIP	Vaccin contre la grippe	Indiqué chez la personne de +de 50 ou avec des facteurs de risques Remboursé en CS pour cette catégorie de population .

Désensibilisant	Remarques générales Indiqué pour la désensibilisation pour l'allergie soit à un agent allergisant soit une combinaison d'agent allergisant .
ALUSTAL	Vaccin spécifique de certaines substances INJ.
ALUTARD	Traitement de désensibilisation
ALYOSTAL ABEILLE ALYOSTAL GUEPE	Désensibilisant guêpe et abeille INJ
BIOPHADY	Divers traitements de désensibilisation de départ et d'entretien Non spécifique Pollen arbre ,poil ,acariens ...INJ.

DEPOTHAL	Traitement de désensibilisation . INJ
GRAZAX	Traitement de désensibilisation . INJ
ORALAIR	Désensibilisant graminées
PHARMALGEN	Traitement de désensibilisation INJ.
POLLINEX	Traitement de désensibilisation INJ.
PURETHAL	graminées INJ.
STALLERGENES	INJ.
STALORAL	Traitement spécifique de désensibilisation INJ.
SUBLIVAC	Traitement spécifique de désensibilisation INJ.

ANNEXE IV STATUTS M.C.V.E (article 69 ter)

Avis médicaux pour les 18 ans et plus	Dentisterie pour les 18 ans et plus	Kinésithérapie pour les 18 ans et plus
Code INAMI	code INAMI	code INAMI
102012	301011	560011
102034	301114	560652
102071	307090	561595
102093	307031	563010
102115	307053	
102130		
102152		
102174		
102196		
102211		
102255		
102535		
102550		
102572		
102594		
102616		
102631		
102653		
102675		
102690		
102712		
102756		
102874		

ANNEXE V DES STATUTS : Article 71 : liste des ostéopathes : ABROGE

ANNEXE VI DES STATUTS : article 71 : ABROGE

ANNEXE VII DES STATUTS MCVE : article 71 : ABROGE

ANNEXE VIII AUX STATUTS (article 71) : Kinésiologie : ABROGE

ANNEXE VIIIIBIS AUX STATUTS (article 80)

1. Convention Croix Rouge de Belgique

Tarif de référence pour le transport en ambulance

La facturation des transports en ambulance se calcule suivant une référence annuelle, calquée sur le tarif unifié Croix-Rouge de Belgique - Communauté francophone de l'année en cours.

Forfait de prise en charge (y compris les 10 ^{ers} km A+R) :	45€.
du 11 ^{ème} km au 20 ^{ème} km :	4,08€/km.
à partir du 21 ^{ème} km :	3,40€/km.
Frais d'attente par demi-heure :	30€.
Frais d'Oxygène :	6,97€.

Tarif de référence pour le transport en véhicule TPMR

La facturation des transports TPMR se calcule suivant une référence annuelle, calquée sur le tarif unifié Croix-Rouge de Belgique, Communauté francophone de l'année en cours.

Forfait de prise en charge (y compris les 10 ^{ers} km A+R) :	13 €.
du 11 ^{ème} km au 20 ^{ème} km :	1,10€/km.
à partir du 21 ^{ème} km :	1€/km.
Frais d'attente par demi-heure :	20€.

Tarif de référence pour le transport en véhicule sanitaire léger

La facturation des transports VSL se calcule suivant une référence annuelle, calquée sur le tarif unifié Croix-Rouge de Belgique, Communauté francophone de l'année en cours.

Forfait de prise en charge (y compris les 10 ^{ers} km A+R) :	10 €.
du 11 ^{ème} km au 20 ^{ème} km :	0,85€/km.
à partir du 21 ^{ème} km :	0,80€/km.
Frais d'attente par demi-heure :	20€.

2. Convention avec l'ASBL Ambulance de Stavelot (à dater du 01.05.2014)

Tarif de référence pour le transport en ambulance

Forfait de prise en charge (y compris les 10 ^{ers} km A+R) :	38€
---	-----

A partir du 11^{ème} km : **2,8 €/km**
Frais d'attente par demi-heure : **25 €.**

3. Convention avec l'ASBL « Hautes Fagnes Ambulances » (à dater du 01.06.2014)

Tarif de référence pour le transport en ambulance

Forfait de prise en charge (y compris les 10^{ers} km A+R) : **40,00 €**
Dès le 11^{ème} km: **3,00€/km.**

Tarif de référence pour le transport en véhicule sanitaire léger

Forfait de prise en charge (y compris les 10^{ers} km A+R) : **25 €.**
Dès le 11^{ème} km: **0,95€/km.**

4. Convention avec l'ASBL « Mobilit » (à dater du 07.05.2014)

Tarif de référence pour le transport en ambulance

Forfait de prise en charge (y compris les 10^{ers} km A+R) : **40,00 €**
Dès le 11^{ème} km: **3,00€/km.**
Forfait d'attente par heure **81,92 euros**

ANNEXE IX AUX STATUTS (article 87)

Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires

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

	Entité subventionnée (article 87)	Montant des subventionnements effectivement octroyés en 2018	Montant maxima des subventionnements autorisés pour 2019	Montant des subventionnements effectivement octroyés en 2019	Montant maxima des subventionnements autorisés pour 2020
1	ENEO (y compris Eneo Sport)	120.687,80	230.000,00	115.189,93	180.000,00
2	Jeunesse et Santé	110.114,67	230.000,00	150.701,12	180.000,00
3	Alteo (y compris Alteo sport àpd 01-04-2017)	106.182,19	230.000,00	129.087,22	180.000,00
4	Die Eiche	150.000,00	200.000,00	186.303,26	200.000,00
5	Ocarina Eupen VOG	142.249,16	200.000,00	169.216,20	200.000,00
6	Alteo VOG	95.826,05	160.000,00	107.492,64	160.000,00
7	Solival	25.703,37	40.000,00	37.443,05	40.000,00
8	Aide et soins à domicile de l'arrondissement de Verviers	98.514,07	160.000,00	98.500,00	120.000,00
9	Häusliche Hilfe und Pflege	23.514,03	40.000,00	23.500,00	30.000,00
10	Qualias Verviers-Eupen	70.000,00	125.000,00	70.000,00	100.000,00

Les subventions sont fixées annuellement par l'Assemblée générale.

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

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

ANNEXE X AUX STATUTS (article 87bis)

Aperçu du financement d'actions collectives

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

Action collective	Montants annuels des financements effectivement octroyés en 2018	Montants annuels maximum des financements autorisés pour 2019	Montants annuels des financements effectivement octroyés en 2019	Montants annuels maximum des financements autorisés pour 2020
Sénégal	25.579,33	45.000,00	30.356,08	45.000,00
Europe	0,00	50.000,00	0,00	50.000,00
	25.579,33	95.000,00	30.356,08	95.000,00

Contenu des actions collectives réalisées	En 2018	En 2019
Sénégal	Mise en œuvre et soutien du programme d'appui aux mouvements mutualistes Développement et suivi des unités de district.	Mise en œuvre et soutien du programme de développement des mutuelles de santé, au projet de professionnalisation des mutuelles de santé.
Europe	Gestion de deux projets INTERREG dans l'Euregio Meuse-Rhin (2016-2019) : 1.La MCVE est le chef de file du projet « Maladies rares dans l'Euregio Meuse Rhin » (EMRaDi - EMR Rare Diseases) 2.La MCVE est partenaire du projet « Communes Amies des Seniors » (euPrevent SFC /Senior Friendly Communities) - Membre du Comité d'Accompagnement Stratégique Santé de l'Euregio Meuse-Rhin et représentante du réseau des Organismes assureurs de l'EMR - Coordination du Forum Santé de l'EMR - Participation aux journées d'information belgo-allemandes	Gestion de deux projets INTERREG dans l'Euregio Meuse-Rhin (2016-2019) : 1.La MCVE est le chef de file du projet « Maladies rares dans l'Euregio Meuse Rhin » (EMRaDi - EMR Rare Diseases) 2.La MCVE est partenaire du projet « Communes Amies des Seniors » (euPrevent SFC /Senior Friendly Communities) - Membre du Comité d'Accompagnement Stratégique Santé de l'Euregio Meuse-Rhin et représentante du réseau des Organismes assureurs de l'EMR - Coordination du Forum Santé de l'EMR - Participation aux journées d'information belgo-allemandes

	(Deutsch-Belgische Sprechtag)	(Deutsch-Belgische Sprechtag)
	- Participation aux réunions de la plate-forme intermutualiste regroupant les organismes assureurs belges en Communauté germanophone "Die Konzertierungsplattform der Krankenkassen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft	- Participation aux réunions de la plate-forme intermutualiste regroupant les organismes assureurs belges en Communauté germanophone "Die Konzertierungsplattform der Krankenkassen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Les financements sont fixées annuellement par l'Assemblée générale.

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

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

ANNEXE XI (article 80) liste des pathologies lourdes

Nr	Liste des "maladies graves et coûteuses"
1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Aplasia médullaire
3	Artériopathie oblitérante (coronarienne ou périphérique) chronique et évolutive avec manifestations cliniques ischémiques
4	Cirrhose du foie décompensée
5	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire grave acquis (syndrome immunodéficientaire acquis)
6	Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime
7	Epilepsie
8	Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie)
9	Hémoglobinopathie homozygote
10	Hémophilie
11	Insuffisance cardiaque grave
12	Insuffisance rénale
13	Insuffisance respiratoire chronique grave
14	Maladie de Parkinson
15	Maladie métabolique héréditaire nécessitant un traitement prolongé spécialisé
16	Mucoviscidose
17	Paraplégie
18	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
19	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
20	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
21	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
22	Sclérose en plaques invalidante
23	Spondylarthrite ankylosante grave
24	Suites de transplantation d'organe
25	Tuberculose active
26	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
Nr	+ les maladies dites « hors liste » (description nécessaire)
27	Maladies graves, non inscrites sur la liste, nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux.
28	Les polyopathologies : plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins coûteux d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.