Solidaris Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies

Siège social : avenue des Alliés, 2, 6000 Charleroi, BCE 0411 687 004, OCM n°317

STATUTS 2021 (en vigueur au 1^{er} juillet 2021)

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été décidées par l'assemblée générale du 15 décembre 2021 et approuvées par le Conseil de l'Office de Contrôle des Mutualités le 25 mars 2022.

La mutualité est affiliée :

- à l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.solidaris.be/statuts>
- à la société mutualiste « MUTUALIS » dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.solidaris.be/statuts>
- à la société mutualiste « Zorgkas » dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.solidaris.be/statuts>
- à la société mutualiste « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes-Solidaris pour la Région Wallonne » dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.solidaris.be/statuts>
- à la société mutualiste « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale » dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : <http://www.solidaris.be/statuts>

CHAPITRE I

Constitution – Dénomination – Buts – Siège social et entités de la Mutualité

Article 1

En application de l'article 44 de la loi du 06.08.1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités, une mutualité issue de la fusion de la "Fédération des mutualités socialistes du Centre et de Soignies" (OA 316) et de la "Fédération des Mutualités Socialistes du Bassin de Charleroi" (OA 317) et reprenant tous les droits et obligations de celles-ci, est constituée à partir du 1^{er} janvier 2012, sous la dénomination « Solidarité Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies » (OA 317)

Dans ses relations avec les tiers, la mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : « Solidarité Mut.Soc.C.C.S.»

Article 2

Les buts de la mutualité sont :

a) Dans le cadre de l'article 3 alinéa 1^{er} a) et c) de la loi du 06.08.1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités : la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités l'amène à assumer, pour compte et dans le cadre de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, le remboursement des prestations de santé tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres ou à leurs personnes à charge soit directement soit par le biais du tiers-payant.

En outre, cette tâche comprend aussi la guidance des membres afin de veiller à ce que des soins de qualité leur soient assurés et que chacun ait accès à ces soins dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

D'autre part, la mutualité assumera aussi, pour compte et dans le cadre de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, le paiement des indemnités aux titulaires en incapacité primaire ou en invalidité ; le paiement des indemnités de maternité, ainsi que l'information, la guidance et l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi relative à l'Assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14.07.1994 et de ses arrêtés d'exécution ou de l'article 3 alinéa 1^{er} c de la loi du 6 août 1990.

L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a lieu sous la responsabilité de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (U.N.M.S.)

La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'U.N.M.S.

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 06.08.1990 précitée et de l'art.67, al. 5. de la loi du 26.04.2010 en vigueur à partir du 01/01/2012: l'instauration de services, le cas échéant, organisés par le biais d'accords de collaboration, pour l'octroi d'interventions, d'avantages, d'indemnités et autres prestations à ses membres et à leurs personnes à charge, ainsi que l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance dans les domaines suivants :

- Intervention dans le cadre du Répit
- Prestations Médicales diverses
 - Couverture des tickets modérateurs de consultations de spécialistes
 - Fécondation in vitro
 - Prothèse capillaire
- Semelles orthopédiques
- Psychomotricité
- Transport non-urgent des patients
- Transports urgents
- Avantages Jeunes
- Fonds social

La mutualité organise également, dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 06/08/1990 précitée et conformément à la réglementation applicable, un service social accessible à tous.

La mutualité organise également des services visés à l'article 67, al.5, de la loi du 26/04/2010, qui ne sont pas des opérations, et qui n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se produit un événement incertain et futur, soit :

- Informations périodiques – Informations aux membres
- Service Administratif - Réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire (98/2)
- Service patrimonial – Financement d'actions collectives
- Solsoc – Subventionnement de structures socio-sanitaires
- Espace des Solidarités (entité Holding) – Subventionnement de structures socio-sanitaires
- Transport – Subventionnement de structures socio-sanitaires

Ces services sont déterminés par l'article 1^{er} 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 constituent des opérations en application de l'art. 3, al. 2, de la loi du 06.08.1990 précitée ou, dans le cadre de l'art. 67, al. 5, de la loi du 26.04.2010, des services qui ne sont pas des opérations, et n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se produit un événement incertain et futur (en vigueur à partir du 01/01/2012).

L'affiliation aux services précités est obligatoire pour toutes les personnes affiliées à la mutualité. Les prestations des services visés ci-dessus seront offertes dans la mesure des ressources disponibles (en vigueur à partir du 01/01/2012).

La mutualité a également pour but d'offrir à ses affiliés et aux personnes à leur charge :

- les avantages statutaires octroyés par l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée ; à l'exception du service « Epargne pré-nuptiale », les services de l'Union Nationale auxquels la mutualité décide de s'affilier sont obligatoires pour les membres de la mutualité.
- les avantages statutaires octroyés par la société mutualiste "MUTUALIS" auprès de laquelle elle est affiliée (art. 43bis, §1^{er} de la loi du 06.08.1990). Ces services sont obligatoires pour les membres de la mutualité.

c) Les membres ont aussi droit, s'ils s'y affilient, à bénéficier des services de la société mutualiste article 43bis, § 5, de la loi du 06.08.1990 dont la mutualité est intermédiaire, qui a été créée par la mutualité et à laquelle la mutualité est affiliée.

La mutualité a également pour objet l'intermédiation pour les contrats d'assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurance, proposés par la société mutualiste « Solidaris Assurances, entreprise d'assurances ». La mutualité est, pour cette activité, inscrite au registre, tenu par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, des intermédiaires d'assurances des sociétés mutualistes et ce, en qualité d'agent.

Article 3

Le siège social de la mutualité est établi à l'avenue des Alliés,2, à 6000 CHARLEROI

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

- personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge;
- militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger et qui sont assujettis à l'assurance obligatoire;
- agents du Shape et fonctionnaires des Communautés Européennes

Article 4

La mutualité est affiliée auprès de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes établie rue Saint Jean, 32 - 38 à 1000 Bruxelles.

Article 5

La mutualité est répartie en 7 circonscriptions électorales de la manière suivante :

- 1) la circonscription « A » reprenant :
Bassily (55001), Bois-de-Lessines (55002), Braine-Le-Comte (55004), Casteau (55006), Chaussée-ND-Louvignies (53017), Deux-Acren (55007), Ecaussinnes-D'Enghien (55008), Ecaussinnes-Lalaing (55009), Enghien (55010), Fouleng (51021), Ghoy (55012), Gondregnies (51026), Gottignies (55013), Graty (55014), Hellebecq (51031), Hennuyeres (55016), Henripont (55017), Horrues (55018), Hoves 55021), Le Roeulx (55035), Lessines (55023), Marche-Lez-Ecaussinnes (55024), Marcq (55025), Mignault (55027), Naast (55028), Neufvilles (53058), Ogy (55029), Ollignies 55030), Papignies 55031), Petit-Enghien 55033), Petit-Roeulx-Les-Braine (55034), Ronquières (55036), Silly 55039), Soignies (55040), Steenkerque (55041), Thieu (55043), Theusies (55044), Thoricourt 55045), Ville-Sur-Haine (55049), Wannebecq (55051).
- 2) la circonscription « B » reprenant :
Besonrieux (55022), Boussoit (55003), Haine-Saint-Paul (55015), Haine-Saint-Pierre (56033), Hougeng-Aimeries (55019), Houdeng-Goegnies (55020), La Louvière (55022), Maurage (55026), Saint-Vaast (55038), Strepv-Bracquegnies (55042), Trivières (55046).

- 3) la circonscription « C » reprenant :
Anderlues (56001), Baileux (56002), Bailièvre (56003), Barbencon (56004), Battignies (56090), Beaumont (56005), Beauwelz (56006), Bersilles-L'Abbaye (56007), Bienne-Lez-Happart (56008), Biercée (56009), Biesme-Sous-Thuin (56010), Binche (56011), Bourlers (56012), Boussu-Lez-Walcourt (56013), Bray (55005), Buvrines (56014), Carnières (56015), Chimay (56016), Cour-sur-Heure (56017), Croix-Les-Rouveroy (56018), Donstiennes (56019), Epinois (56020), Erpion (56021), Erquelines (56022), Estinnes-Au-Pont (56085), Estinnes-Le-Val (55011), Fauroeux (56024), Fontaine-Valmont (56025), Forge-Philippe (56026), Forges (56027), Fourbechies (56028), Froidchapelle (56029), Gozée (56030), Grand-Reng (56031), Grandrieu (56032), Ham-Sur-Heure (56086), Hantes-Wihéries (56035), Haulchin (56036), Jamioulx (56037), Labuissière (56038), Leers-Et-Fosteau (56039), L'Escaillère (56040), Leugnies (56041), Leval-Chaudeville (56042), Leval-Trahegnies (56043), Lobbes (56044), Lompret (56045), Macon (56046), Macquenoise (56047), Marbaix-La-Tour (56048), Merbes-Le-Château (56049), Merbes-Sainte-Marie (56050), Momignies (56051), Monceaux-Imbrechies (56052), Montbiliart (56053), Montignies-Saint-Christophe (56054), Mont-Sainte-Aldegonde (56055), Mont-Sainte-Geneviève (56056), Morlanwelz-Mariemont (56087), Nalinnes (56058), Peissant (56059), Perennes-Lez-Binche (55032), Ragnies (56060), Rance (56061), Renlies (56062), Ressaix (56063), Rièzes (56064), Robechies (56065), Rouveroy (56066), Saint-Rémy (56067), Salles (56068), Sars-La-Buissière (56069), Sautin (56070), Seloignes (56071), Sivry (56088), Solre-Saint-Géry (56073), Solre-Sur-Sambre (56074), Strée (56075), Thirimont (56076), Thuillies (56077), Thuin (56078), Vaulx (57082), Vellereille-Les-Brayeux (56080), Vellereille-Le-Sec (55047), Vergnies (56081), Villers-La-Tour (56082), Virelles (56083), Waudrez (56084)
- 4) la circonscription « D » reprenant :
Acoz-Joncret (52001), Aiseau (52074), Bouffioulx (52007), Brye (52008), Châtelet (52012), Châtelineau (52013), Farciennes (52018), Fleurus (52021), Gerpennes (52025), Gougnies (52029), Heppignies (52032), Lambusart (56036), Loverval (56041), Pont-De-Loup (52056), Presles (52057), Roselies (52060), Saint-Amand (52062), Villers-Poterie (52069), Wagnelée (52070), Wanfercée-Baulet (52071), Wangegnies (52072).
- 5) la circonscription « E » reprenant :
Charleroi (52011), Couillet (52014), Dampremy (52016), Gilly (52026), Gosselies (52028), Goutroux (52030), Jumet (52034), Lodelinsart (52040), Marchienne-au-Pont (52044), Marcinelle (52045), Monceau-Sur-Sambre (52047), Montignies-Sur-Sambre (52049), Mont-sur-Marchienne (52050), Ransart (52058), Roux (52061).
- 6) la circonscription « F » reprenant :
Arquennes (52003), Bellecourt (52043), Bois-d'Haine (52043), Buzet (52009), Chapelle-Lez-Herlaimont (52010), Codène (52043), Courcelles (52015), Familleureux (52017), Fayt-lez-Manage (52043), Feluy (52020), Fontaine-L'Evêque (52022), Forchies-La-Marche (52023), Godarville (52027), Gouy-Lez-Piéton (52031), La Hestre (52043), Longsart (52043), Leernes (52038), Les Bons Villers (52075), Luttre (52042), Manage (52043), Montigny-Le-Tilleul (52048), Obaix (52051), Petit-Roeulx-Lez-Nivelles (52052), Piéton (52053), Pont-à-Celles (52055), Seneffe (52063), Souvret (52064), Thiméon (52065), Trazegnies (52066).
- 7) la circonscription des personnes qui résident en dehors du territoire de « Solidarité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies », c'est-à-dire qui résident en dehors du territoire des 6 autres circonscriptions ci-dessus mentionnées.

La liste des circonscriptions électorales peut être modifiée par l'assemblée générale.

CHAPITRE II

Affiliation aux services de la Mutualité

Article 6 : Conditions d'affiliation à l'assurance complémentaire
--

§ 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 aout 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 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la société mutualiste « Mutualis » (BCE n° 0877.320.656) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990 ;
- de la « Société mutualiste régionale des mutualités socialistes pour la région wallonne » ou de la « Société mutualiste régionale des mutualités socialistes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale », auprès desquelles la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la réglementation régionale dont elle relève.

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 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;
- elle a droit 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 aout 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 Socialistes (BCE n° 0411.724.220) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la société mutualiste « Mutualis » (BCE n° 0877.320.656) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990 ;

§ 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 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

§ 3. La personne qui est, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, affiliée auprès de la mutualité au moins pour les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à

l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) a, en outre, la possibilité :

- de participer le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à l'épargne prénuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 août 1990, organisée par l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ;
- de s'affilier à la société mutualiste « Zorgkas van de Socialistische mutualiteiten » (BCE n° 0476.572.579) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste 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 « Solidaris Assurances » (BCE n° 0838.585.487), auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

Article 7 : Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire

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

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

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

CHAPITRE III

Notion de membres et avantages perçus indûment

<u>Article 8</u> : Types de membres

§ 1. Introduction

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

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

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ; il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220) ;
- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de la société mutualiste « Mutualis » (BCE n° 0877.320.656) 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 « Solidaris Assurances » (BCE n° 0838.585.487), et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances ; il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances.

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

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

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

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

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

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

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

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

2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

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

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

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

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

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

b) se trouve dans une des situations suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

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

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

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 7, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est 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 qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

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

1° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite ;

2° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Lorsqu'un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée a été, durant la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5, affilié sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire, les 24 mois se comptent à partir du 1^{er} jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il était affilié en premier lieu durant cette période ont été payées.

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

§ 5. Disposition particulière pour 2021

Par dérogation au § 4, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée, avant le 1^{er} janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue, tel que définie au § 3.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa qui précède s'ajoutent aux cotisations visées au § 3, alinéa 2, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4 de ce § 3. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa qui précède.

Par dérogation au § 2 du présent article, il faut par conséquent, pour pouvoir bénéficier d'un avantage des services concernés pour un événement qui se produit en 2021, être en ordre de cotisations pour la période du 1^{er} janvier 2019 au mois y compris durant lequel cet événement s'est produit.

Le présent paragraphe s'applique sans préjudice de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

Article 9 : Remboursement des avantages perçus indûment

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

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

CHAPITRE IV

ORGANES DE LA MUTUALITE

Section 1 – L'Assemblée générale

Composition

Article 10

L'assemblée générale de la mutualité se compose d'au moins 100 représentants, augmentés d'au moins 1 représentant par tranche de 5.000 membres au-delà des 100.000 premiers membres tels que définis aux articles 6 et 3, §1, de l'Arrêté Royal du 07.03.1991.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge majeurs ou émancipés, qui résident en Belgique, pour une période de 6 ans, renouvelable.

Entités

Article 11

En vue de l'élection des délégués à l'assemblée générale, la mutualité est répartie en 7 circonscriptions électorales.

Article 12

Au sein de chaque circonscription électorale, dans laquelle ils déclarent leur domicile légal, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote élisent, selon les quotas prévus à l'article 10, le nombre de représentants au prorata du nombre de membres de cette circonscription électorale.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Article 13

Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'assemblée générale :

- il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- il faut être majeur ou émancipé;
- s'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisations, soit avoir payé ses cotisations jusqu'à la fin de l'année qui précède les élections auprès de la mutualité ;
- s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisations auprès de la mutualité.

Pour pouvoir être élus en qualité de représentant à l'assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- avoir le droit de vote au sens de l'alinéa précédent;
- fournir un extrait de casier judiciaire et ne pas être déchu des droits civils ;

- ne pas être membre du personnel de la mutualité ;
- être affilié à une des mutualités de l'Union Nationale depuis au moins 2 ans avant la date d'élection;
- ne pas être lié par un contrat de travail avec une personne juridique de droit public ou de droit privé avec laquelle la mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi précitée du 06.08.1990 ;
- ne pas avoir été licencié en tant que membre du personnel de la mutualité ou de l'Union Nationale, ou d'une personne juridique de droit public ou de droit privé avec laquelle la mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi précitée du 06.08.1990, à l'exception des personnes licenciées dans le cadre de prépension conventionnelle ou bénéficiant de la pension légale ;
- ne pas faire partie d'un mouvement d'extrême droite ou de toute association connue pour ses positions en faveur de la xénophobie ou du racisme;
- un membre élu lors de la précédente élection ne peut se porter à nouveau candidat que s'il a participé effectivement à plus de 50 % des assemblées générales sur la mandature passée.

Un membre ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dans laquelle il est domicilié ou assimilé (hors circonscription).

Article 14

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

- de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidats ;
- de la date limite pour soumettre les candidatures ;
- de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscriptions électorales ;
- des dates qui découlent de la procédure électorale telles qu'elles ont été fixées par le conseil d'administration.

Les membres et leurs personnes à charge qui souhaitent se porter candidats doivent adresser leur candidature au (à la) Président (e) de la mutualité par lettre recommandée dans un délai de 15 jours civils après la fin du mois au cours duquel les publications leur sont adressées.

Procédure électorale

Article 15

Les candidatures doivent être adressées au (à la) Président(e) de la mutualité par lettre recommandée.

Le (la) Président(e) qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 13 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de 15 jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté Royal du 07.03.1991.

Article 16

La liste de candidats effectifs est établie pour chacune des circonscriptions électorales classés selon un ordre alphabétique commençant par une lettre tirée au sort.

Article 17

La période (ou date) des élections, ainsi que la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être communiquées aux membres et aux personnes à charge ayant droit de vote par le canal des publications dans un délai maximum de 90 jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

Les élections commencent au plus tard dans les 30 jours suivant la date de parution de cette communication.

Bureaux électoraux

Article 18

L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral, composé d'un(e) président(e), d'un(e) secrétaire et de 2 assesseurs. Le bureau électoral est composé au plus tard 120 jours avant le début des élections.

Le (la) président(e) et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le conseil d'administration.

Le (la) secrétaire est désigné(e) par le (la) président(e) du bureau électoral parmi les membres du personnel de la mutualité.

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

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

Dans chaque circonscription électorale, plusieurs bureaux de vote peuvent être établis. Pour chaque bureau de vote, le (la) président(e) du bureau électoral désigne, en outre, un (une) secrétaire parmi les membres du personnel de la mutualité afin de contrôler les procédures électorales dans les bureaux de vote et de transmettre le plus rapidement possible les bulletins de vote au bureau électoral.

Etablissement des listes électorales

Article 19

Les listes électorales sont établies par circonscription.

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

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

Le vote

Article 20

Le vote est libre et secret.

Le vote se déroule dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont relève l'électeur.

Tout électeur peut demander de voter par correspondance.

1. Vote dans un bureau de vote

Si le vote a lieu dans l'un des bureaux de vote du district électoral, l'électeur doit être informé par le canal des publications destinées aux affiliés au moins 10 jours avant la date d'élection de l'endroit où se trouvent les bureaux de vote ainsi que de la date et de l'heure auxquelles il est possible de voter.

Dans le bureau de vote, le (la) secrétaire désigné(e) par le bureau électoral, en application de l'article 19, dernier alinéa, note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur les listes d'électeurs. Les électeurs doivent être en possession de leur carte d'identité.

Après la fermeture du bureau de vote, le (la) secrétaire du bureau de vote transmet le jour même au (à la) président(e) du bureau électoral les bulletins de vote dans une urne scellée.

2. Vote par correspondance

Si le vote doit avoir lieu par correspondance, l'électeur reçoit un pli contenant :

- un bulletin de vote pour son district électoral;
- une enveloppe blanche préimprimée au nom et à l'adresse de la mutualité mentionnant au dos son identité, son adresse ainsi que son numéro de registre national ;
- une enveloppe jaune, vierge de toute mention à l'exception du nom du district de l'électeur, garantissant, de ce fait, l'anonymat du vote.

L'électeur devra glisser son bulletin de vote dans l'enveloppe jaune qu'il scellera et glissera cette enveloppe jaune dans l'enveloppe blanche qu'il devra envoyer par voie postale ou déposer dans un bureau mutualiste à sa meilleure convenance suivant les délais prévus à l'article 17 des présents statuts. L'enveloppe jaune sera déposée dans l'urne prévue pour la circonscription électorale mentionnée, sans être ouverte. Le bureau électoral veillera au respect de l'anonymat.

Article 21

Au sein de chaque circonscription électorale, chaque électeur peut voter pour minimum 1 mandat et au maximum pour autant de mandats que comporte la liste nominative de cette circonscription. Il ne dispose que d'un seul bulletin de vote.

Le vote est indiqué dans la case figurant à côté des nom et prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

Dépouillement des bulletins de vote

Article 22

Le bureau électoral procède au dépouillement des bulletins de vote dans les 7 jours ouvrables suivant la période d'élection.

Les représentants sont élus en fonction du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats, le dernier mandat à pourvoir est accordé au candidat ou à la candidate le (la) plus jeune.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent plus de votes que le maximum défini à l'art. 21 des présents statuts .

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

Exemption de l'obligation d'organiser des élections

Article 23

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

Article 24

Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés, par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité, des résultats du scrutin au plus tard 15 jours civils après le jour du dernier scrutin.

Le candidat qui conteste le résultat peut déposer plainte auprès de l'Office de Contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté Royal du 07.03.1991 sans préjudice de la compétence des tribunaux du travail.

Article 25

Un exemplaire du règlement électoral, des publications visées aux articles 14, 17, 19, 20, 24 de ces statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'U.N.M.S. auprès de laquelle la mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de Contrôle des mutualités, dans les délais réglementaires.

Article 26

La nouvelle assemblée générale est installée dans un délai de 30 jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale.

En cas de recours, l'assemblée générale est installée sans le et/ou les membre(s) qui a/ont introduit ce recours.

L'assemblée générale peut désigner au maximum 5 conseillers qui ont une voix consultative.

Les membres de la Direction de la mutualité (le ou la Secrétaire général(e), les Secrétaires généraux adjoints, le (la) Trésorier(e) ainsi que la ou les Présidente(s) des FPS), s'ils ne sont pas élus à l'assemblée générale, peuvent participer à l'assemblée générale avec voix consultative.

Article 27

Sera exclu de l'assemblée générale :

- celui qui calomnie et/ ou diffame un membre de l'assemblée générale ou un administrateur du conseil d'administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;
- celui qui menace ou insulte, en assemblée, un membre de l'assemblée générale ou un administrateur du conseil d'administration ;
- celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité;
- celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité.

L'Assemblée générale prononce l'exclusion d'un membre sur proposition du conseil d'administration, le membre est préalablement entendu en ses moyens de défense par ces instances.

Compétences de l'Assemblée générale

Article 28

L'assemblée générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15, § 1^{er}, de la loi du 06.08.1990 et suivant les modalités des articles 16, 17 et 18 de cette même loi.

L'assemblée générale peut déléguer au conseil d'administration la compétence de décider des adaptations de cotisations.

Ces adaptations sont communiquées à l'Office de Contrôle des mutualités selon les modalités prévues à l'article 11 de la loi du 06.08.1990.

Cette délégation est valable pour 1 an et est renouvelable.

L'assemblée générale de la mutualité est convoquée par le conseil d'administration dans les cas prévus par la loi ou les statuts, ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'assemblée générale en font la demande.

L'assemblée générale de la mutualité est convoquée au moins une fois l'an, en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget.

La convocation à l'assemblée générale se fait par avis individuel ou par avis dans une publication diffusée par la mutualité. Cet avis doit être envoyé ou publié au plus tard 20 jours civils avant la date de l'assemblée générale et contient notamment l'ordre du jour de cette assemblée.

Chaque membre de l'assemblée générale doit disposer d'une documentation conformément à l'article 17 de la loi du 06.08.1990.

Les décisions de l'assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents et représentés à la majorité simple des votes exprimés sauf dans les cas où la loi du 06.08.1990 ou les statuts le stipulent autrement.

Sans préjudice de l'article 18 §2 alinéa 2 de la loi du 06.08.1990 chaque membre a droit à une voix. Cependant chaque membre de l'assemblée générale peut donner procuration à un autre membre de cette même assemblée afin de le représenter et ce, pour autant que chaque membre ne soit porteur d'une seule procuration.

Lorsque l'assemblée générale n'est pas constituée valablement, les membres sont convoqués une nouvelle fois dans les 8 jours qui suivent. Dans ce cas, l'assemblée générale délibère valablement concernant les points qui sont repris pour la deuxième fois dans l'ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents et représentés.

L'assemblée générale fixe le montant des dédommagements éventuels sous forme de jetons de présence et remboursement de frais (de déplacement) des administrateurs et des membres de l'assemblée générale.

Les procès-verbaux de l'assemblée générale sont signés par le (la) président(e) de séance et par le (la) secrétaire.

Article 28 bis

§ 1^{er}. L'assemblée générale est tenue en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre d'élus de participer aux réunions de l'assemblée générale, le conseil d'administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visioconférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le conseil d'administration veille à :

- a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;
- b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

Les compétences du conseil d'administration qui sont visées par le présent paragraphe peuvent être déléguées conformément à la loi du 6 aout 1990.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le conseil d'administration peut organiser une réunion de l'assemblée générale exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre:« toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 aout 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération de l'assemblée générale soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les élus qui participent à l'assemblée générale par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les élus ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les élus qui participent à la réunion par visioconférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion de l'assemblée générale mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre élu.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux élus de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein de l'assemblée générale et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels l'assemblée générale est appelée à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux élus de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les élus de manière à ce que les élus puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses. Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

1° le nombre des élus présents ;

2° le cas échéant, le nombre des élus qui ont donné une procuration ;

3° le nombre des élus ni présents ni représentés ;

4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;

5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;

6° le nombre d'élus qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'élus qui y ont participé en présentiel ;

7° le cas échéant, le nombre des élus qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

1° l'identité des élus présents,

2° l'identité des élus qui ont donné procuration et à qui,

3° l'identité des élus ni présents ni représentés,

4° le cas échéant, l'identité des élus suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

§ 8. Le conseil d'administration peut déléguer la convocation de l'assemblée générale et les compétences visées aux §§ 1^{er}, 2 et 6, conformément aux dispositions de la loi du 6 aout 1990.

Le Révisorat

Article 29

La mutualité est soumise aux articles 32 à 37 de la loi du 06.08.1990.

Le contrôle de la situation financière, des comptes annuels et de la régularité au regard des lois et des dispositions administratives régissant la mutualité, tant pour l'assurance obligatoire que pour l'assurance complémentaire et au regard des présents statuts, des comptabilisations à constater dans les comptes annuels, est confié à un ou plusieurs réviseurs choisi(s) par l'assemblée générale parmi une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs, établie par l'Office de Contrôle des Mutualités. Le(s) réviseur(s) est (sont) désigné(s) pour un terme de 3 ans renouvelable.

Par ailleurs le(s) réviseur(s) fait (font) rapport sur les résultats de son(leur) contrôle à l'assemblée générale de la mutualité chargée du contrôle des comptes annuels de la mutualité.

Il assistera aux séances du conseil d'administration pour le point qui arrête les comptes.

Les émoluments du (des) réviseur(s) sont fixés par l'assemblée générale de la mutualité à l'occasion de sa (leur) nomination(s) pour la durée de son (leur) mandat(s) et ce, dans le respect des normes légales et réglementaires.

Section 2

A) Election des représentants pour l'Assemblée générale de l'Union Nationale

Article 30

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'Union Nationale comprend un délégué par tranche de 7.500 membres avec un minimum de 2 délégués et un maximum de 30 délégués.

Les délégués de la mutualité qui composent l'assemblée générale de l'Union Nationale sont proposés par le conseil d'administration et sont élus par l'assemblée générale de la mutualité.

L'assemblée générale peut élire des délégués suppléants à l'assemblée générale de l'Union Nationale dans les mêmes conditions que les délégués effectifs.

Article 31

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale de la mutualité, qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale de l'U.N.M.S, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au ou à la président(e) du conseil d'administration de la mutualité, 15 jours avant la date de l'assemblée générale de la mutualité, qui procédera à l'élection.

Le ou la président(e) rassemble les candidatures valablement introduites et établit la liste des candidats classés par ordre alphabétique en commençant par une lettre tirée au sort.

Article 32

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

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 ce mandat est attribué au candidat ou à la candidate le (la) plus jeune.

B) Election des représentants pour l'Assemblée générale des Sociétés mutualistes au sens de l'article 43bis § 1er de la loi du 06.08.90 auxquelles la Mutualité est affiliée.

Article 33

La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée est proportionnelle au nombre des membres de la mutualité, au sens de l'article 2 de l'Arrêté Royal du 07.03.1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéa 3, de la loi du 06.08.1990, qui sont également membres de cette société mutualiste, et cela selon les règles définies par les statuts de cette société mutualiste, le nombre de délégués étant de 3 au minimum et de 30 au maximum.

Pour pouvoir être élu en qualité de délégué à l'assemblée générale d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée, il faut remplir les conditions prévues par l'Arrêté Royal du 05.10. 2000 portant exécution des articles 2, §§ 2 et 3, alinéa 2, 14, § 3 et 19, alinéas 3 et 4 de la loi du 06.08.1990, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées à l'article 43 bis, § 1^{er}, de cette même loi ainsi que les conditions prévues par les statuts de cette société mutualiste.

Article 34

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale de la mutualité affiliée qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale de la société mutualiste doivent poser leur candidature par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, au ou à la président(e) de la mutualité, au plus tard 15 jours avant la date de l'assemblée générale de la mutualité, qui procédera à l'élection selon la procédure prévue par la réglementation et les statuts de la société mutualiste concernée.

Des délégués suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions que les délégués effectifs.

Section 3 - Le Conseil d'Administration

Composition

Article 35

Pour autant que ce nombre ne soit pas supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'Assemblée générale, le conseil d'administration de la mutualité est composé de 33 administrateurs maximum dont :

- le (la) Secrétaire général(e)
- le (la) Secrétaire général(e) adjoint(e)
- le (la) Trésorier(e)

s'ils sont régulièrement élus par l'assemblée générale.

Dans la négative, ces personnes assistent avec voix consultative au conseil d'administration.

Les places éligibles sont réparties en fonction des 7 circonscriptions électorales visées à l'article 5 des présents statuts selon la règle suivante :

- les titulaires qui résident en dehors du territoire de « Solidarité Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies » : 2 représentants pour la circonscription
- de 0 à 20.000 titulaires : 3 représentants par circonscription
- de 20.001 à 40.000 titulaires : 4 représentants par circonscription
- de 40.001 à 60.000 titulaires : 5 représentants par circonscription
- plus de 60.001 titulaires : 6 représentants par circonscription

Le nombre d'administrateurs ne peut en aucun cas être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'Assemblée générale, nombre arrondi à l'unité inférieure lorsque le nombre desdits représentants est impair.

Il ne peut y avoir plus de 70 % de personnes du même sexe. Ce pourcentage doit également être respecté au sein de chaque circonscription électorale.

Le conseil d'administration ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par :

- la présente mutualité
- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, Mutualis et la société mutualiste d'assurances
- les personnes juridiques de droit public ou de droit privé avec lesquelles la mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi précitée du 06.08.1990.

Les administrateurs sont élus pour une durée maximale de six ans renouvelable.

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

Si la (les) Présidente(s) des Femmes Prévoyantes Socialistes n'est (ne sont) pas élue(s) au sein de sa (leur) circonscription(s), elle(s) est (sont) invitée(s) au conseil d'administration.

Article 36

Pour pouvoir être élu membre du conseil d'administration, il faut :

- être majeur
- fournir un extrait du casier judiciaire
- ne pas se trouver dans un des cas d'incompatibilités visés par les présents statuts et/ou par l'article 20, § 3, de la loi du 6 août 1990
- ne pas avoir été licencié en tant que membre du personnel de la mutualité ou de l'Union Nationale, ou d'une personne juridique de droit public ou de droit privé avec laquelle la mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi précitée du 06.08.1990, à l'exception des personnes licenciées dans le cadre de la prépension conventionnelle ou bénéficiant de la pension légale
- ne pas faire partie d'un mouvement d'extrême droite ou de toute association connue pour ses positions en faveur de la xénophobie et du racisme
- ne pas être déchu de ses droits civils.

Cessent d'être éligibles les administrateurs élus lors de la précédente élection qui ont participé effectivement à moins de 50 % des réunions.

Article 37

Sans préjudice au droit des membres de l'assemblée générale de se porter candidat à un poste d'administrateur, le conseil d'administration peut présenter à l'assemblée générale sa propre liste de candidats.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au (à la) président(e) du conseil d'administration, 15 jours avant la date des élections fixées par la procédure électorale arrêtée par le conseil d'administration.

Celui-ci établit la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité, classés par ordre alphabétique en commençant par une lettre tirée au sort.

Article 38

Le conseil d'administration est élu par les membres de l'assemblée générale, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi du 06.08.1990.

Au sein de chaque circonscription électorale, lorsque le nombre de candidats est inférieur ou égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin.

Le vote est secret, chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix.

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

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le (la) plus jeune est élu(e).

Le conseil d'administration peut désigner au maximum 5 conseillers avec voix consultative, compétents en matière de sécurité sociale.

Article 39

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

La démission, en tant que membre de la mutualité ou du conseil d'administration, la révocation ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'assemblée générale si c'est en cette qualité qu'il a été élu, entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du conseil d'administration de la mutualité.

A l'exception des personnes licenciées dans le cadre de prépension conventionnelle ou bénéficiant de la pension légale, celui qui perd sa qualité de membre du personnel de la mutualité ou de l'Union Nationale ou d'une personne juridique de droit public ou de droit privé avec laquelle la mutualité a conclu un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 06.08.1990, perd automatiquement sa qualité de membre du conseil d'administration de la mutualité.

De même, celui qui aura été absent à trois séances consécutives, sans motif justifié, est considéré comme démissionnaire;

Peut être révoqué en application de l'article 15, § 1^{er}, 2^o de la loi du 06.08.1990 et selon la procédure prévue à l'article 19 al.4 de la loi précitée ainsi qu'à l'Arrêté Royal d'exécution du 13.06.2010 :

- l'administrateur qui agit à l'encontre des intérêts de la mutualité
- celui qui calomnie un membre du conseil d'administration à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;
- celui qui menace ou insulte, en assemblée, un délégué ou un membre du conseil d'administration;
- celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la mutualité.

Compétences

Article 40

Le conseil d'administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'assemblée générale.

A chaque assemblée générale, le conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

Sauf en ce qui concerne les matières réservées à l'assemblée générale, le conseil d'administration statue, souverainement, dans tous les cas non prévus aux présents statuts ou dans la loi du 06.08.1990 et ses arrêtés d'exécution.

A l'exception de la fixation des cotisations, le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ainsi qu'une partie de ses compétences à un ou plusieurs administrateur(s).

Dans le cadre de la procédure de passation et d'exécution des marchés publics, le Conseil d'Administration peut déléguer ses pouvoirs au Secrétaire général et au Secrétaire général adjoint pour autant qu'il soient élus administrateurs ou à défaut aux membres du Comité de Gouvernance mandatés à cet effet.

Les membres du conseil d'administration désignent la ou les personnes qui représentent la mutualité dans les actes judiciaires et extrajudiciaires, signent les actes, les décisions et procès-verbaux du conseil, signent les mandats de paiement et représentent la mutualité dans tous ces rapports avec les autorités publiques.

Tout administrateur ayant un intérêt personnel opposé à celui de la mutualité ou qui se trouve en situation de conflit d'intérêt au sens de la réglementation sur les marchés publics s'abstiendra de participer aux délibérations et aux votes concernant la décision visée.

En cas de conflit d'intérêt, l'administrateur devra déclarer son mandat au conseil d'administration et s'abstenir momentanément d'exercer son mandat en faveur d'un autre administrateur désigné à cet effet.

Les convocations, mentionnant l'ordre du jour, doivent être adressées aux membres au moins 8 jours avant la date de la réunion sauf en cas d'urgence.

Sauf les cas particuliers prévus par la loi ou les présents statuts, le conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents ou représentés et les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés. Lorsque le quorum n'a pas été atteint, un conseil d'administration sera reconvoqué dans la quinzaine qui suit, avec le même ordre du jour, et pourra délibérer valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Chaque administrateur peut donner procuration à un autre administrateur afin de le représenter et ce, pour autant que chaque administrateur ne soit porteur que d'une seule procuration.

Sans préjudice des indemnités éventuellement accordées aux administrateurs par l'assemblée générale, sous forme de jetons de présence et remboursement de frais (de déplacement et/ou de représentation) le mandat d'administrateur est gratuit.

Article 40 bis

§ 1^{er}. Le conseil d'administration est tenu en principe en présence des administrateurs.

Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du conseil d'administration, le président peut, en outre, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visio-conférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le président veille à :

c) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;

d) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le président peut, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, organiser une réunion exclusivement par visio-conférence et/ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération du conseil d'administration soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les administrateurs qui participent au conseil d'administration par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les administrateurs ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les administrateurs qui participent à la réunion par visio-conférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion du conseil d'administration mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre administrateur.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux administrateurs de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein du conseil d'administration et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels le conseil d'administration est appelé à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux administrateurs de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite:

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue de la réunion par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le président veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les administrateurs de manière à ce que les administrateurs puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

1° le nombre des administrateurs présents ;

2° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont donné une procuration ;

3° le nombre des administrateurs ni présents ni représentés ;

4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;

5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;

6° le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;

7° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

1° l'identité des administrateurs présents,

2° l'identité des administrateurs qui ont donné procuration et à qui,

3° l'identité des administrateurs ni présents ni représentés,

4° le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

Fonctions

Article 41

Le conseil d'administration élit en son sein un(e) Président(e) et des Vice-président(e)s.

Le (la) Secrétaire général(e) de la mutualité assume les fonctions de secrétaire du conseil d'administration et de l'assemblée générale.

Le (la) Secrétaire adjoint(e) de la mutualité assume le rôle du (de la) Secrétaire général(e) en son absence. La fonction de trésorier(e) peut se cumuler avec celle de Secrétaire général adjoint(e).

Article 42

Le (la) Président(e) est chargée de diriger l'assemblée générale et le conseil d'administration. Il (elle) veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

En cas d'empêchement du (de la) Président(e), le (la) Vice-président(e) le (la) plus âgé(e) assume les fonctions de celui-ci ou celle-ci.

Le (la) Président(e) a le droit de convoquer extraordinairement le conseil d'administration d'initiative ou à la demande d'un tiers de ses membres.

Article 43

Le (la) Secrétaire fait toutes les écritures requises, il (elle) signe la correspondance, il (elle) rédige et signe les procès-verbaux des séances. Il (elle) est chargé(e) de la conservation des archives et de la tenue des fichiers des assurés.

Il (elle) est responsable vis-à-vis du conseil d'administration de la correspondance, des convocations de l'assemblée générale. Il (elle) est responsable du bon déroulement de la procédure électorale telle qu'elle est définie au chapitre IV des présents statuts.

Il (elle) assume, en outre, la direction générale du secrétariat. Il (elle) est responsable devant le conseil d'administration de la bonne marche des services.

Article 44

Le (la) Trésorier(e) est responsable vis-à-vis du conseil d'administration de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques ainsi que de la situation financière.

Section 4 - Le Comité de Gouvernance

Article 45

Le Comité de Gouvernance est constitué par le Conseil d'Administration.

Il est composé du (de la)Président(e), qui le préside, et des Vice-président(e)s, du ou (de la) Secrétaire général(e), du ou de son adjoint(e) et du Trésorier(e) de la mutualité pour autant que ces personnes aient la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

La perte de la qualité de membre du Conseil d'Administration entraîne automatiquement la perte de celle de membre du Comité de Gouvernance.

Le Président peut s'il l'estime nécessaire à la prise de décision convoquer tout membre du Comité de Direction ou toute autre personne nécessaire à la prise de décision.

Outre les compétences qui pourraient lui être confiées par le Conseil d'Administration, le Comité de Gouvernance a spécialement pour mission, de préparer les rapports à soumettre au Conseil d'Administration et à l'Assemblée générale.

Il prépare de manière générale, les réunions de ces instances et en exécute les décisions.

Il fixe sur proposition du (de la) Secrétaire général(e) et sur avis du Comité de Rémunération, prévu à l'article 48, la rémunération des membres du Comité de Direction, du personnel de Direction de la Mutualité et de son Réseau à l'exception toutefois du (de la) Secrétaire général(e).

En vue de l'exécution des missions précitées, il reçoit des informations des Comités de Direction, d'Audit, et de Rémunération.

Il constitue, par ailleurs, un lieu de discussion, et de conciliation, en cas de difficultés ne pouvant être réglées au niveau de comité de direction et assure l'interface et la cohérence entre le comité de direction et le conseil d'administration.

Le Comité de Gouvernance adopte et tient à jour une charte de bonne gouvernance qui est soumise à l'approbation du Conseil d'Administration.

Ses réflexions et ses actions s'inscrivent dans les objectifs de la mutualité et du réseau dont il veille à la transversalité

Le Comité de Gouvernance ne pourra délibérer que lorsque la moitié de ses membres est présente ou représentée.

Un membre qui ne peut personnellement assister au Comité de Gouvernance peut se faire représenter, par le biais d'une procuration écrite, par un autre membre du Comité de Gouvernance.

Les décisions sont prises à la majorité des votes exprimés.

Son fonctionnement est précisé dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le Conseil d'Administration.

Section 5 - Le Comité de Direction

Article 46

Le Comité de Direction est institué par le Comité de Gouvernance.

Il est composé :

- du (de la) Secrétaire général(e)
- du (de la) Secrétaire général(e) adjoint(e)
- des directeurs responsables des départements suivants :
 - Direction Personnel et Organisation
 - Direction Financière
 - Direction Services à l'affilié
 - Direction IT et Outils
 - Direction Communication Externe et Point de Mire
 - Direction Front Office et Back Office
 - Direction des CSD
 - Direction Associatif

Sous l'autorité et la responsabilité du (de la) Secrétaire général(e) qui le préside, le Comité de Direction assiste le Conseil d'Administration ou, en cas de délégation en application de l'article 40 des présents statuts, le ou les administrateurs qui assure(nt) la gestion quotidienne de la Mutualité et participe à la préparation des objectifs stratégiques de la Mutualité.

Il prépare pour le Comité de Gouvernance et le Conseil d'Administration, et soumet à ces instances respectives, les propositions importantes, en vue d'une prise de décision.

Il est également chargé de l'exécution des décisions adoptées par le Conseil d'Administration, le Comité de Gouvernance et l'Assemblée générale

Il constitue ainsi l'interface entre le Conseil d'Administration, le Comité de Gouvernance, et l'Assemblée Générale.

Son fonctionnement est précisé dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le Conseil d'Administration.

Section 6 - Le Comité d'Audit et des Risques

Article 47

Un Comité d'Audit et des Risques est institué. Il est composé de :

- du (de la) Président(e)
- de deux membres de l'Assemblée générale et deux membres du Conseil d'Administration non membres du personnel de la Mutualité, désignés par le Conseil d'Administration et ne faisant pas partie du Comité de Gouvernance.

Sont invités le (la) Secrétaire général(e), le (la) Trésorier(e), le Directeur opérationnel, les Auditeurs et le Réviseur.

Les membres choisissent un(e) Président(e) parmi les membres.

Le Comité d'Audit et des Risques est chargé de la vérification des procédures internes et externes de contrôle et de l'examen des documents comptables et financiers.

Conformément à la charte d'audit, le Comité d'audit et des Risques doit faire rapport sur ses activités annuellement au Comité de Gouvernance et au Conseil d'Administration, instances devant laquelle il est responsable. Il émet des recommandations.

Son fonctionnement est précisé dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le Conseil d'Administration

Section 7 - Le Comité de Rémunération

Article 48

Un Comité de Rémunération est institué par le Conseil d'Administration.

Il est composé :

- du (de la) Présidente
- du (de la) Secrétaire général(e)
- du (de la) Secrétaire général(e) adjoint(e)
- du (de la) Trésorier(e)

pour autant que ces personnes aient la qualité d'administrateurs régulièrement élus.

Le Comité est compétent pour formuler des recommandations, avis et propositions au sujet :

- de la politique salariale générale des cadres de la mutualité
- de la rémunération des membres du Comité de Direction ainsi que du personnel de Direction de la mutualité.

Il émet un avis sur la rémunération des Cadres du Réseau.

Son fonctionnement est précisé dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le Conseil d'Administration

CHAPITRE V

Les services de la Mutualité

Outre sa mission dans le cadre de l'exécution de l'assurance soins de santé et indemnités obligatoire telle que définie à l'article 2,a), des statuts, la mutualité organise les services visés à l'article 2, b), des statuts pour ses membres et leurs personnes à charge, selon les modalités prévues à cet effet :

- description
- conditions.

CONDITIONS GENERALES DES SERVICES ET AVANTAGES

Sauf conditions particulières stipulées dans les articles, les services et avantages sont soumis aux conditions suivantes :

1. Le Dossier Médical Global requis pour l'octroi de nos avantages doit être ouvert au plus tard à la date de la prestation qui donne la possibilité de bénéficier des avantages prévus

- dans le cadre de l'assurance complémentaire.
2. Le paiement d'un avantage s'établit sur base de la date à laquelle la délivrance du produit ou la prestation du service a été effectuée et qui figure sur le justificatif émis.
 3. Les délais de prescription sont ceux prévus à l'article 48 bis de la loi du 06.08.1990.
 4. Il n'y a pas d'intervention des services dans tous les cas où une autre législation intervient. L'addition d'une intervention en assurance obligatoire 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}, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celle des autres membres.
 5. La mutualité dispose d'un droit de subrogation pour récupérer les prestations indûment accordées, pour autant que l'autre législation en question ne prévoise pas l'incessibilité des interventions qu'elle octroie.
 6. Toutes les interventions sont accordées pour des prestations dans les limites du territoire belge.
 7. Dans tous les cas d'intervention complémentaire au remboursement de l'assurance obligatoire, la mutualité effectuera ses décomptes sur la base des tarifs officiels en vigueur.
 8. Les suppléments perçus par les prestataires, au-delà des tarifs officiels, ne pourront en aucun cas être remboursés même partiellement.

Article 49

Service : INTERVENTION DANS LE CADRE DU RÉPIT

À la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans) le service intervient par bénéficiaire dans les coûts liés au « Répit ».

Le « Répit » se définit comme une prestation de garde à domicile permettant à la personne en situation de handicap et à sa famille de souffler, de se distancier du milieu de vie habituel, de prendre du recul par rapport au mode de vie quotidien.

Il vise notamment à mettre à la disposition des familles touchées par le handicap une formule de prise en charge à domicile de la personne handicapée dans le but de soulager les membres aidants de la famille.

Pour prétendre à l'intervention du service, la personne gardée à domicile doit avoir fait l'objet d'une reconnaissance d'un handicap par l'organisme public compétent sur base des critères de la réglementation applicable et d'une prise en charge à domicile par une structure reconnue et subsidiée dans le cadre du « Répit ».

L'organisme public compétent est l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) chargée de mener à bien la politique wallonne en matière d'intégration des personnes handicapées.

L'avantage consiste en une intervention plafonnée à 2 € par heure prestée avec un maximum de 10 heures par journée de prise en charge et avec un maximum de 3 jours consécutifs par prise en charge.

Le service peut intervenir à concurrence de plusieurs prises en charge à domicile par année civile pour autant que les plafonds visés à l'alinéa précédent soient respectés.

L'intervention concerne uniquement les frais de prise en charge à domicile à l'exclusion de tout frais annexe (frais de déplacement, ...).

En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Pour prétendre à l'avantage, les membres doivent fournir à la mutualité une facture, adressée au nom du membre porteur du handicap, délivrée par le service qui organise la prestation « Répit » et qui mentionne le nom du membre, le prix payé, le nombre d'heures ou de jours de garde.

Article 50

Service : « PRESTATIONS MEDICALES »

A) Service « COUVERTURE DES TICKETS MODERATEURS DE CONSULTATIONS DE SPECIALISTES »

Le service prend en charge pour tout bénéficiaire qui dispose d'un Dossier Médical Global, le ticket modérateur légal des consultations des spécialités reprises au chapitre II, article 2 de la nomenclature des prestations de santé en matière de l'Assurance Obligatoire.

L'intervention visée est accordée pour les soins dispensés en milieu hospitalier ainsi que dans les établissements dont la liste est annexée aux présents statuts (voir annexe 2).

Cette intervention est plafonnée à 100 euros par année civile et par bénéficiaire sans franchise.

L'intervention s'effectue sur base de l'Attestation de Soins Donnés (ASD) ou, à défaut, d'un justificatif du ticket modérateur déboursé émanant de l'établissement ou du document interne mutualiste dûment complété par ce dernier.

C) Service « FECONDATION IN VITRO »

À la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global, le service intervient pour les bénéficiaires et leurs personnes à charge dans les frais liés à la fécondation in vitro.

L'intervention est de 500 euros maximum par an sur le montant des factures cliniques restant à la charge des bénéficiaires dans les traitements de fécondation in vitro.

L'intervention de la mutualité sera accordée sur la présentation de la facture originale de l'établissement de soins.

En aucun cas, l'intervention ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

D) Service « PROTHESE CAPILLAIRE »

À la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global, le service intervient pour les bénéficiaires et leurs personnes à charge dans les frais liés à la fourniture d'une prothèse capillaire.

L'intervention est de 90 euros maximum tous les deux ans et uniquement en cas d'intervention de l'Assurance Obligatoire

L'intervention de la mutualité sera accordée sur la présentation de la facture originale.

En aucun cas, l'intervention ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Article 50bis

Service : SEMELLES ORTHOPEDIQUES

À la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans) le service intervient par bénéficiaire dans le coût

- soit des semelles proprioceptives posturales ou fonctionnelles biomécaniques fournies par un posturopodiste ou un podologue;
- soit des semelles orthopédiques prescrites par un prestataire de soins agréé par l'I.N.A.M.I. et pour lesquelles un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé est octroyé.

L'intervention financière s'élève :

- Pour le bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, à un montant maximum de 40 € par an (de date à date).
- Pour le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus, à un montant maximum de 40 € par période de 2 ans (de date à date).

En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

L'intervention s'effectue sur base d'une facture ou d'une quittance délivrée par le prestataire attestant des sommes déboursées par le bénéficiaire pour l'acquisition des semelles.

Article 51 bis

Service : PSYCHOMOTRICITÉ

À la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans) le service intervient pour les bénéficiaires de moins de 18 ans dans le coût de séances de psychomotricité sur prescription médicale.

L'intervention est de 3,75 € par séance avec un maximum de 100 séances par année civile et par bénéficiaire.

L'intervention s'effectue sur base

- D'une prescription médicale précisant qu'une ou des séances de psychomotricité est (sont) nécessaire(s).

- Du document interne mutualiste dûment complété par le psychomotricien, attestant de la date de la prestation, reprenant les nom et prénom du bénéficiaire et les cachet et signature du prestataire.
- D'un reçu attestant du montant des frais réels supportés par le bénéficiaire

À l'expiration d'un délai d'un an prenant cours à la date de la prescription de la première séance qui a donné lieu à intervention du service, un rapport d'évolution du médecin et du psychomotricien sera demandé avant d'envisager une prolongation de l'intervention.

En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Article 52

Service : TRANSPORT NON URGENT DES PATIENTS

1. Description du service

- I - A la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans), le service intervient pour tout bénéficiaire dans les frais de transport non urgent en taxi ou assimilés (les déplacements en voiture effectués par les personnes morales et/ou associations de fait organisant le transport de patients sont assimilés aux transports en taxi), en ambu-sanitaire ou en ambulance, des patients qui, ne pouvant se déplacer par leurs propres moyens, utilisent ces moyens de transport pour se rendre dans un établissement hospitalier ou dans une polyclinique pour y recevoir des soins.
- Par soins, il faut entendre les actes posés par tous les prestataires d'ordre médical et les kinésithérapeutes.

Les motifs médicaux permettant de bénéficier de l'avantage sont :

- être admis pour un séjour dans un établissement hospitalier;
- sortir d'un établissement hospitalier à la fin du séjour pour regagner son domicile ou sa résidence;
- sortir d'un établissement hospitalier, sur avis médical, pour être admis dans un autre établissement hospitalier;
- être admis aux urgences avec ou sans hospitalisation
- se rendre dans un établissement hospitalier pour y subir une intervention nécessitant l'utilisation de la salle de plâtre ou de la salle d'opération;
- sortir d'un établissement hospitalier après l'utilisation de la salle de plâtre ou de la salle d'opération pour regagner son domicile ou sa résidence;
- se rendre dans un établissement hospitalier ou dans une polyclinique pour y recevoir des soins. Cette intervention est uniquement octroyée aux affiliés qui résident en maisons de repos et de soins, ainsi qu'à ceux qui justifient d'un handicap majeur tels que l'ostéoporose, une maladie grave des yeux, un handicap des membres supérieurs ou inférieurs, une maladie neurologique fortement invalidante.
- sortir d'un établissement hospitalier ou d'une polyclinique après y avoir reçu des soins pour regagner son domicile ou sa résidence. Cette intervention est uniquement octroyée aux affiliés qui résident en maisons de repos et de soins, ainsi qu'à ceux qui justifient d'un

handicap majeur tels que l'ostéoporose, une maladie grave des yeux, un handicap des membres supérieurs ou inférieurs, une maladie neurologique fortement invalidante.

L'intervention dans les frais de transport sera également accordée lorsque le bénéficiaire vient à décéder avant la prise en charge effective par l'ambulance.

Cette intervention est fixée par transport à :

- 0,50 € par kilomètre pour les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en taxi ou assimilés;
- 0,25 € par kilomètre à partir du 11^{ème} kilomètre parcouru pour le transport en taxi ou assimilés;
- Un forfait de 15 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en ambu-sanitaire;
- 0,70 € par kilomètre à partir du 11^{ème} kilomètre parcouru pour le transport en ambu-sanitaire ;
- Un forfait de 25 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en ambulance ;
- 1,00 € par kilomètre à partir du 11^{ème} kilomètre parcouru pour le transport en ambulance.

L'intervention de la mutualité est accordée tant pour le voyage aller que pour le voyage retour pour ce qui concerne les frais de transport en taxi ou assimilés, en ambu-sanitaire ou en ambulance.

En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Transport non urgent des patients"

L'intervention s'effectue sur base

- de la facture du transporteur (ambulance, ambu-sanitaire, taxi ou assimilés) ou d'un reçu identifiant le transporteur (coordonnées complètes de la société, N° de TVA le cas échéant, nom, prénom et signature de la personne qui effectue le transport) et mentionnant le lieu de destination, la somme déboursée et le nombre de kilomètres parcourus, ou du document interne mutualiste complété par le transporteur si aucune facture n'est délivrée
- de l'attestation médicale ou du document interne mutualiste dûment complété par le prestataire de l'établissement hospitalier ou de la polyclinique ou toute autre preuve médicale justifiant des soins donnés à la date et au lieu de destination du transport
- le cas échéant, de la certification d'un handicap majeur par un médecin spécialiste de la pathologie invoquée ou par le médecin généraliste gestionnaire du DMG (document interne mutualiste).

II. A la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans), le service intervient dans le cadre des transports « non-

urgents » des personnes bénéficiant des traitements suivants: les dialyses rénales, les traitements oncologiques, chimiothérapie, radiothérapie.

L'intervention est fixée par transport à :

- 0,50 € par kilomètre pour les 10 premiers kilomètres parcourus pour les taxis ou assimilés ;
- Un forfait de 6,25 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus pour les ambu-sanitaire ou ambulance ;
- 0,25 € par kilomètre à partir du 11ème kilomètre parcouru pour tout moyen de transport (taxi ou assimilés, ambu-sanitaire ou ambulance) à l'exception de la voiture particulière et des transports en commun.

L'intervention s'effectue sur base du justificatif INAMI (annexe 53 pour les dialyses et l'arrêté ministériel du 06.07.1989 pour les traitements du cancer) et de la facture du transporteur.

Les kilomètres pris en compte pour le remboursement sont ceux qui sont compris entre le lieu de résidence effective du bénéficiaire et le centre de traitement ou de contrôle, selon la règle en vigueur en matière d'assurance obligatoire.

L'intervention de la mutualité est accordée tant pour le voyage aller que pour le voyage retour pour ce qui concerne les frais de transport en taxi ou assimilés, en ambu-sanitaire, ou en ambulance.

En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Article 52 bis

Service : TRANSPORTS URGENTS

À la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans) le service intervient dans la tarification forfaitaire en cas de transport urgent en ambulance (100/112) en Belgique.

L'intervention par transport urgent est de 50% du montant forfaitaire restant à charge du bénéficiaire avec un maximum de 30€ par intervention.

L'intervention de la mutualité sera accordée sur la présentation de la facture originale. En aucun cas, l'intervention ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Article 53

AVANTAGE JEUNES

A la condition que le bénéficiaire dispose d'un Dossier Médical Global (excepté pour les enfants de moins de 3 ans), le service intervient, par bénéficiaire scolarisé âgé de moins de 18 ans et par année civile :

A. Dans le coût des séjours résidentiels en dehors des périodes scolaires, à raison de 10,00 euros par nuitée avec un maximum de 5 nuitées ou 50 euros par année civile.

B. Dans le coût des plaines de jeux et stages organisés en dehors des périodes scolaires, à raison de 5,00 euros avec une durée maximale de 10 jours ou 50 euros par année civile.

C. Dans le coût des classes de dépaysement en résidentiel organisées durant les périodes scolaires (classes de mer, de neige, vertes, voyages scolaires), à raison de 10,00 euros par nuitée avec un maximum de 5 nuitées ou 50 euros par année civile.

Les trois interventions pouvant être cumulées à concurrence de 50 euros maximum chacune.

L'intervention s'effectue sur base de l'attestation originale du pouvoir organisateur ou du document interne mutualiste dûment complété par l'organisateur des activités.

En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

Article 53 bis

FONDS SOCIAL

A. Bénéficiaires

Le fonds social vise à octroyer une intervention financière aux bénéficiaires qui sont confrontés à des frais exceptionnels et élevés, en conséquence de leur état de santé, d'un traitement médical ou de soins.

B. Conditions

Entrent en considération pour une intervention:

- des frais exceptionnels et élevés en conséquence de l'état de santé, d'un traitement médical ou de soins;
 - qui ne peuvent pas faire l'objet d'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 encore à payer par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accidents du travail, le fonds des maladies professionnelles et de toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, organisme ou 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 frais pour traitement médical ou soins entrent uniquement en considération 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 qui sont dus en raison du choix pour un séjour dans une chambre à un lit n'entrent pas en ligne de compte.
L'intervention financière a toujours un caractère résiduaire notamment par rapport aux CPAS.

C. Intervention

L'intervention prévue dans ce service est limitée à un maximum de 500,00 € par année civile et ne pourra jamais excéder les frais réellement exposés.
Elle est toujours versée sur un compte bancaire soit au bénéficiaire soit à un tiers (hôpital, prestataires...)

D. Pièces justificatives

L'intervention est octroyée sur présentation :

- de l'enquête sociale dûment motivée réalisée par le service social de la mutualité
- de factures, notes de frais, devis qui attestent des frais exceptionnels et élevés à charge du membre.

Article 54

INFORMATIONS PERIODIQUES

Ce service a pour mission d'octroyer à ses membres ainsi qu'à ses personnes à charge toute information en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.
Cette information vise à la fois à conscientiser les affiliés quant à une meilleure prise en charge de leur santé, mais aussi à leur permettre d'accéder aux différents équipements de santé existants, ainsi qu'à leur transmettre, en un langage aisément compréhensible, les principes essentiels de la réglementation sociale devenue de plus en plus complexe.
Les sections sont les lieux privilégiés où sera dispensée cette information.
La mutualité aura également recours à tout moyen de presse.

Article 55

CENTRE ADMINISTRATIF

Le centre administratif visé sous le code (98/1), distinct du service administratif (98/2) mentionné ci-après, a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminé. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé y seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur la base de clés objectives. A l'issue de l'exercice comptable, ce centre administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.
Le service administratif (98/2), distinct du centre administratif (98/1), a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service. Les produits et

charges déterminés par l'Office de contrôle sont également attribués à ce service de code 98/2.

Article 55 bis

SERVICE SOCIAL

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.

Modalités

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et aux directives fixés dans la réglementation applicable de l'autorité compétente, pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010 (voir annexe 1).

Article 56 : Accords de collaboration

En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, b) la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé, en application de l'article 43 de la loi du 6 août 1990.

Services ayant pour objet le financement d'actions collectives

Article 56 Bis : Service patrimonial

Objet

Ce service a pour objet le financement d'actions collectives.

Bénéficiaires

La personne morale dont les actions collectives sont financées et avec laquelle un accord de collaboration écrit est conclu dans le cadre du présent service est l'A.S.B.L. Repos Joie Santé et Solidarité

L'association a pour objet la gestion du patrimoine.

Avantage

Il ne s'agit pas d'une opération au sens de l'article 67 alinéas 1er et 2 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire mais d'une action collective. Les membres de la mutualité ne bénéficient pas d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'A.S.B.L. susmentionnée qui organise l'action collective financée.

Moyens

Le montant annuel maximal qui a été voté et à concurrence duquel il a été prévu de financer les actions collectives en 2021 pour :

- L'A.S.B.L. Repos Joie Santé et Solidarité est de : 786.471,12€.

Le montant annuel à concurrence duquel les actions collectives ont été financées en 2020 pour :

- L'A.S.B.L. Repos Joie Santé et Solidarité est de : 784.350,00€ (cotisations 2020) ; 32.417,52€ (cotisations relatives aux années antérieures).

Modalités

Le montant annuel maximal 2021 visé ci-dessus peut être modifié par le Conseil d'Administration à condition que :

- La décision du C.A. soit communiquée immédiatement à l'O.C.M. par lettre recommandée signée;
- Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision;
- La décision soit reprise avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Services ayant pour objet le subventionnement de structures socio-sanitaires

Article 56 Ter – « Solsoc »

Objet

Ce service a pour objet le subventionnement d'une structure socio-sanitaire. Il a pour objet l'octroi d'une somme d'argent à cette structure en vue d'être affectée d'une manière générale à la réalisation de son objet social et non à une action spécifique.

Bénéficiaires

La personne morale qui est subventionnée avec laquelle un accord de collaboration écrit est conclu dans le cadre du présent service est

- L'A.S.B.L. « Solsoc »

L'association a pour objectifs de :

- a) sensibiliser l'opinion publique de la Communauté Wallonie-Bruxelles de langue française (Belgique) aux questions du développement dans le Sud, de la coopération Nord-Sud sous toutes ses formes non commerciales, de solidarité internationale entre les peuples et les régions et de promotion des droits de l'homme au sens large (citoyenneté, droits économiques et sociaux, etc ...) et ce, par diverses activités d'information, d'éducation et de formation;
- b) d'appuyer, de participer et d'initier des projets et des programmes de coopération dans les pays en développement (notamment dans ceux de l'Espace francophone international) avec un ou

plusieurs partenaires locaux, seule ou en partenariat ou en consortium pour des périodes déterminées. Ces initiatives se situent dans le même esprit que les actions de sensibilisation et ont donc entre autres des finalités sociales, humanitaires, économiques de base, alimentaires, sanitaires, culturelles et éducationnelles;

c) de mener seule ou de participer à des actions d'urgence et de réhabilitation pour des périodes limitées dans les pays où elle est de préférence déjà présente ou dans le cadre d'un programme spécifique d'aides d'urgence bilatérales ou multilatérales.

Pour réaliser ses objectifs, l'association : forme, sélectionne, envoie sur place, encadre des volontaires, coopérants O.N.G. et du personnel de tous niveaux et fonctions pour des missions de durée variable dans les pays en développement. L'association peut confier une partie de ses activités à d'autres associations en leur allouant un soutien financier et humain à cet effet.

Avantage

Il ne s'agit pas d'une opération au sens de l'article 67 alinéas 1er et 2 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire mais du subventionnement d'une structure socio-sanitaire. Les membres de la mutualité ne bénéficient pas d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'A.S.B.L. susmentionnée.

Moyens

Le montant annuel maximal qui a été voté et à concurrence duquel il a été prévu de subventionner la structure socio-sanitaire en 2021 pour :

- L'A.S.B.L. « Solsoc » est de : 26.215,70€.

Le montant annuel à concurrence duquel la structure socio-sanitaire a été subventionnée en -2020 pour :

- L'A.S.B.L. « Solsoc » est de : 26.145,00€ (cotisations 2020) ; 1.207,22€ (cotisations relatives aux années antérieures).

Modalités

Le montant annuel maximal 2021 visé ci-dessus peut être modifié par le Conseil d'Administration à condition que :

- La décision du C.A. soit communiquée immédiatement à l'O.C.M. par lettre recommandée signée;
- Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision;
- La décision soit reprise avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Article 56 Quater - Service Espace des Solidarités (entité Holding)

Objet

La mutualité organise, dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'asbl Holding « Espace des Solidarités » en application de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 précitée, des services ayant pour objet le subventionnement de structures socio-sanitaires, conformément à l'article 1^{er}, 5^o de l'arrêté royal du 12 mai 2011.

Bénéficiaires

Pour l'exécution de ces services, la mutualité subventionne l'asbl Holding « Espace des Solidarités », en vue de la réalisation de son objet social statutaire soit :

La promotion du bien-être physique, psychique et social des jeunes, des adultes, des seniors et des personnes handicapées particulièrement dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Cette fin sociale doit être envisagée dans le sens le plus large pour comprendre tout ce qui s'y rapporte directement ou indirectement.

L'asbl « Espace des Solidarités », se propose d'atteindre ce but en constituant et gérant un fond permettant :

- De créer, de participer, de subventionner, de s'intéresser de quelque façon que ce soit, notamment par la prise de participation, à des œuvres, sociétés, associations, jouissant ou non de la personnalité civile, qui par leur action dans le domaine social, culturel ou autre, leur but, leur propagande ou leurs publications, contribuent sous n'importe quelle forme à la réalisation de ces buts, notamment :
 - ASBL « Centre de planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre, Charleroi et Soignies »
 - ASBL « Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies »
 - ASBL « Mouvement des Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi »
 - ASBL « Latitude Jeunes du Centre, Charleroi et Soignies »
 - ⊖ ASBL « Association Socialiste de la Personne Handicapée du Centre, Charleroi et Soignies »
 - ASBL « Espace Seniors du Centre, Charleroi et Soignies »
 - ASBL « Centrale de Services à Domicile du Centre et de Soignies »

L'asbl « Espace des Solidarités» subventionne les structures socio-sanitaires précitées en leur rétrocédant une partie de la cotisation en assurance complémentaire affectée par la mutualité par le biais de l'accord de collaboration, pour permettre à ces structures de réaliser les services suivants conformément à leur objet social statutaire, soit :

- A.S.B.L. Centre de planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre, Charleroi et Soignies.

L'association a pour but l'accueil, l'information, l'éducation, l'accompagnement des personnes, des couples, des familles, ainsi que l'animation des groupes, notamment de jeunes, dans le cadre de la vie affective, sexuelle et relationnelle.

En vue d'atteindre ce but, l'association a pour objet :

1. d'organiser les consultations psychologiques, sociales, médicales et juridiques,
2. de préparer les jeunes à la vie affective et sexuelle,
3. d'informer les personnes et groupes de tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non, l'interruption volontaire de grossesse, les maladies sexuellement transmissibles, et tout aspect de la vie sexuelle ou affective,
4. d'aider les personnes dans les problèmes d'infertilité, de contraception et dans tout autre aspect de leur vie sexuelle et affective,
5. d'aider les femmes enceintes en difficultés,
6. de porter à la connaissance du public les notions de droit familial,
7. d'assurer l'éducation et l'information des adultes et des jeunes dans le domaine de la vie relationnelle, affective et de la parenté responsable.

L'association développe des activités dans des domaines spécialisés, notamment dans la pratique de l'interruption volontaire de grossesse dans le respect de l'article 350 du Code pénal et dans le

cadre de la consultation conjugale et de la médiation familiale.

Elle organise des animations liées aux missions énoncées ci-avant.

Elle peut assurer le développement d'actions visant la promotion du bien-être physique, psychique, moral et social.

Elle peut également contribuer à la formation des personnes exerçant une activité dans le domaine de l'éducation affective et sexuelle.

- A.S.B.L. Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies

L'association a pour but de :

- structurer un mouvement de promotion de la femme et en être l'expression politique
- promouvoir la santé des femmes et des familles

En vue d'atteindre ce but, l'association a pour objet :

- de développer des activités d'éducation permanente et de favoriser
 - a) une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société
 - b) des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation
 - c) des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique.
- d'initier, d'organiser, de développer des actions et/ou des programmes d'éducation et de formation.
- de produire des services et/ou des recherches et/ou des études critiques en relation avec ses buts.
- d'initier, organiser, de développer des actions et campagnes de sensibilisation et d'information.
- de développer des actions d'éducation sanitaire.
- de développer des actions d'information, d'éducation, de défense, de mobilisation et de représentation des consommateurs et des usagers en soins de santé en particulier et ce dans une dimension collective et individuelle
- de développer des initiatives dans le cadre de la protection des familles.

L'association vise à soutenir ses buts et ses objectifs à tous les niveaux par une politique de défense tant par ses propres initiatives, que par ses représentations, et ce dans le réseau culturel, social et de la santé ainsi que dans les lieux politiques.

- A.S.B.L. Mouvement des Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi

L'association a pour but d'organiser des services ayant pour but le bien-être physique, moral, social ou familial des affiliés auprès de la Fédération des Mutualités Socialistes du Bassin de Charleroi et de leurs ayants droit ainsi que de promouvoir leur information particulièrement dans le domaine de la santé et de la citoyenneté.

- A.S.B.L. Latitude Jeunes du Centre, Charleroi et Soignies

L'association a pour but :

- de contribuer à la promotion du bien-être physique, psychique et social des enfants et des jeunes en rapport avec l'environnement dans lequel ils évoluent
- de favoriser la construction d'une citoyenneté responsable, active, critique et solidaire chez les enfants et les jeunes par la prise de connaissance et de conscience des réalités de la société et le développement d'attitudes de responsabilité et de participation à l'environnement dans lequel ils évoluent.

Pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés, l'association se donne les moyens et met en place

toute initiative qu'elle juge utile.

L'association développe des activités dans le cadre de l'organisation de jeunesse Latitude Jeunes. Elle inscrit la programmation, la réalisation, l'évaluation et la justification de ces activités en conformité avec les programmes pluriannuels définis par l'organisation de jeunesse Latitude Jeunes.

• A.S.B.L. Association Socialiste de la Personne Handicapée du Centre, Charleroi et Soignies

L'association a pour but de promouvoir, de satisfaire le bien-être du handicapé par son intégration optimale dans la société et ce, tant sur le plan individuel que collectif.

Cette fin sociale doit être envisagée dans le sens le plus large pour comprendre tout ce qui s'y rapporte directement ou indirectement.

Pour atteindre cette fin, les activités à déployer par l'association elle-même ou par son intermédiaire pour le compte d'autres organismes sont notamment, sans que cette énumération soit limitative :

- de déployer dans le secteur médico-social et juridique des activités utiles à l'intégration des handicapés
- de créer, faire créer, gérer, faire gérer des institutions ou services utiles à l'intégration des handicapés
- d'encourager les activités socioculturelles en faveur des handicapés en vue de leur développement humain
- de présenter des programmes de formation
- de publier une documentation de formation et d'éducation en vue d'aider à la valorisation de ses adhérents
- d'organiser des cours en vue de former le personnel nécessaire à la réalisation des buts socioculturels qu'elle préconise
- d'aider aux initiatives locales dans le cadre de la promotion sociale.

• A.S.B.L. Espace Seniors du Centre, Charleroi et Soignies.

L'association a pour but de promouvoir, de satisfaire le bien-être des Seniors par leur intégration optimale dans la société et ce, tant sur le plan individuel que collectif.

Cette fin sociale doit être envisagée dans le sens le plus large pour comprendre tout ce qui s'y rapporte directement ou indirectement.

Pour atteindre cette fin, les activités à déployer par l'association elle-même ou par son intermédiaire pour le compte d'autres organismes sont notamment, sans que cette énumération soit limitative :

- l'organisation de contacts extérieurs, d'animations, de voyages, d'activités de délasserment destinés à sortir ces personnes de la marginalisation, du silence, de la discrétion et à briser leur solitude ;
- l'organisation d'activités favorisant un passage harmonieux entre la vie active et la retraite ;
- l'élaboration de structures et d'occupations en tout genre mettant en valeur l'acquis d'une vie de labeur
- la prise de conscience de l'importance des liens affectifs et contacts entre les membres de la famille et plus particulièrement de l'affermissement de ces liens affectifs et contacts entre les anciennes et nouvelles générations ;
- l'ouverture de ces liens affectifs et contacts à d'autres personnes afin de créer une véritable solidarité affective et l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un groupe social ;
- l'organisation d'activités destinées à faciliter la gestion de la vie et aussi à leur faire prendre conscience de leur potentiel culturel, artistique ; la présentation de programmes de formation ;
- la mise en œuvre de publications ; le développement d'activités sportives, de délasserment,

de plein air, de tourisme, de vacances et, de manière générale, de toutes activités destinées à maintenir la condition physique et la capital santé ;

- la création, le développement, la participation, de quelque manière que ce soit, à tout mouvement, toute association, toute activité, même occasionnelle, les valorisant ; la formation d'un personnel qualifié ; la diffusion d'une documentation, d'une information spécifique ;
- la gestion des finances des intéressés de manière à éviter tout surendettement.

• A.S.B.L. Centrale de Services à Domicile du Centre et de Soignies

L'association a pour but :

- de produire des prestations sociales et sanitaires à caractère préventif, curatif ou palliatif à domicile pour une meilleure qualité de vie,
- d'organiser et d'assurer des services et des soins à domicile permettant une prise en charge multidisciplinaire, globale, continue et coordonnée du patient/bénéficiaire adaptée à ses besoins physiques, psychologiques et sociaux mais également ceux de son entourage.

Pour atteindre ce but, l'association a pour objet :

1) d'organiser un service d'aide aux familles et aux personnes âgées et de mettre des aides-familiales, des aides-seniors ou des gardes à domicile à la disposition des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité sans faire de distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses.

D'organiser des cours de perfectionnement et des conférences, éditer des publications et, en général, user de tous les moyens d'information et d'éducation susceptibles de promouvoir la formation et le développement de l'aide familiale et des gardes à domicile.

2) de créer et organiser des services d'aide et d'accompagnement à domicile aux personnes âgées, malades, handicapées et/ou dépendantes.

3) de coordonner des soins et des services à domicile, dispenser aux personnes que la maladie, le handicap, l'âge, l'isolement ou la dépendance privent momentanément ou définitivement de l'autonomie nécessaire pour maintenir ou restaurer leur état de santé ou leurs contacts sociaux dans le cadre de leur domicile,

4) de mettre en place les structures adéquates pour coordonner et optimiser les prestations des divers intervenants auprès des personnes susvisées,

5) de créer ou de susciter la mise en place de tout service pouvant parfaire les possibilités de maintien à domicile des personnes susvisées,

6) d'organiser une section « titre services »,

7) d'organiser l'information des utilisateurs potentiels sur les possibilités du centre,

8) de favoriser les contacts et les échanges entre partenaires de la santé au sens large,

9) de conclure toute convention utile avec des services, associations ou personnes susceptibles d'apporter leur concours à la réalisation de son projet.

Avantage

Il ne s'agit pas d'une opération au sens de l'article 67 alinéas 1er et 2 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire mais du subventionnement de structures socio-sanitaires. Les membres de la mutualité ne bénéficient pas d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'A.S.B.L. susmentionnée.

Moyens

Le montant annuel maximal qui a été voté et à concurrence duquel il a été prévu de subventionner les structures socio-sanitaires en 2021 pour :

- L'A.S.B.L. Espace des Solidarités est de : 2.621.570,40€.

Le montant annuel à concurrence duquel les structures socio-sanitaires ont été subventionnées en 2020 pour :

- L'A.S.B.L. Espace des Solidarités est de : 2.614.500,00€ (cotisations 2020) ; 120.720,28€ (cotisations relatives aux années antérieures).

Modalités

Le montant annuel maximal 2021 visé ci-dessus peut être modifié par le Conseil d'Administration à condition que :

- La décision du C.A. soit communiquée immédiatement à l'O.C.M. par lettre recommandée signée;
- Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision;
- La décision soit reprise avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Chaque membre recevra, sur simple demande, toutes les informations possibles concernant les actions collectives ou le subventionnement de structures socio-sanitaires en exécution de l'accord de collaboration qui a été conclu avec l'A.S.B.L. Espace des Solidarités, le budget et les comptes annuels de celle-ci, ainsi que le rapport du réviseur en charge de cette A.S.B.L..

Le financement de tiers par l'A.S.B.L. holding n'a lieu qu'à condition que les tiers concernés fournissent toutes les informations à l'A.S.B.L. holding et au réviseur de l'A.S.B.L. holding concernant l'affectation des moyens reçus

Article 56 Quinquies- Transport

Objet

Ce service a pour objet le subventionnement d'une structure socio-sanitaire. Il a pour objet l'octroi d'une somme d'argent à cette structure en vue d'être affectée d'une manière générale à la réalisation de son objet social et non à une action spécifique.

Bénéficiaires

La personne morale qui est subventionnée et avec laquelle un accord de collaboration écrit est conclu dans le cadre du présent service est :

- L'A.S.B.L. Mobilité en Hainaut.

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

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

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires à son but.

Avantage

Il ne s'agit pas d'une opération au sens de l'article 67 alinéas 1er et 2 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire mais du subventionnement d'une structure socio-sanitaire. Les membres de la

mutualité ne bénéficient pas d'avantages particuliers par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'A.S.B.L. susmentionnée.

Moyens

Le montant annuel maximal qui a été voté et à concurrence duquel il a été prévu de subventionner les structures socio-sanitaires en 2021 pour :

- L'A.S.B.L. Mobilité en Hainaut est de : 183.509,93€.

Le montant annuel à concurrence duquel les structures socio-sanitaires ont été subventionnées en 2020 pour :

- L'A.S.B.L. Mobilité en Hainaut est de : 183.015,00€ (cotisations 2020) – 7.880,37€ (cotisations relatives aux années antérieures).

Modalités

Le montant annuel maximal 2021 visé ci-dessus peut être modifié par le Conseil d'Administration à condition que :

- La décision du C.A. soit communiquée immédiatement à l'O.C.M. par lettre recommandée signée;
- Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision;
- La décision soit reprise avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

CHAPITRE VI

Tenue des comptes et cotisations

Article 57

La mutualité tient une comptabilité conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi du 06.08.1990, de ses arrêtés d'exécution et de la classification prévue par l'Office de Contrôle des mutualités.

Article 58

La répartition de la cotisation se fait de la manière suivante : voir tableau en annexe 3 des statuts.

Le montant de la cotisation due par les membres pour l'assurance complémentaire peut varier en fonction du statut des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire visés au § 19 de l'article 37 de la loi du 14 juillet 1994, ou de la composition du ménage mutualiste au sens de l'arrêté royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéas 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010.

La cotisation est due par mois entamé, à partir de la prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire déterminée en application de l'article 7 des statuts.

Lorsque le membre bénéficiaire ordinaire de l'assurance obligatoire se voit reconnaître le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée, ou lorsque, à l'inverse, le membre bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire se voit reconnaître le statut de bénéficiaire ordinaire de l'assurance obligatoire, ce changement de statut n'est pris en compte pour la

détermination du taux de cotisation et du taux des prestations de l'assurance complémentaire qu'à compter du premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel la mutualité a connaissance du changement de statut.

Lorsque le changement de statut prend effet plus de six mois avant la connaissance, par la mutualité, de ce changement, ou lorsque le changement de statut a pour effet de créer un indu ou un complément de droits en assurance complémentaire de plus de 100,00 EUR, la mutualité procèdera à la régularisation avec effet rétroactif, dans les limites de la prescription.

CHAPITRE VII

Modifications des statuts, dissolution et liquidation, partage des fonds

Article 59

La mutualité peut être dissoute sur décision de l'assemblée générale.

Les dispositions de la loi du 06.08.1990 sont applicables en cas de dissolution, liquidation et partage des fonds.

Article 60

Toute proposition tendant à modifier les statuts doit être soumise à l'Assemblée générale dans les conditions prévues par la loi du 6 août 1990.

Pour le surplus, les dispositions de la loi précitée sont d'application.

Article 61

Les présents statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'assemblée générale, après approbation par l'Office de Contrôle des mutualités.

Annexe 1 – Textes réglementaires applicables aux Centres de service social
(article 55bis des statuts)

- l'arrêté ministériel du 29 novembre 2011 relatif à la détermination d'indicateurs axés sur les résultats pour le service social des mutualités,
- le Titre IV, Livre 1er, partie 2 du Code wallon de l'Action sociale et de la santé,
- 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,
- le décret de l'Autorité flamande du 13 mars 2009 sur les soins et le logement,
- l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 7 novembre 2002 relative aux centres et services de l'aide aux personnes,
- l'arrêté du Collège réuni du 9 décembre 2004 relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des centres d'aide aux personnes.

Annexe 2 : liste des établissements visés à l'article 50 A) Service « COUVERTURE DES TICKETS MODERATEURS DE CONSULTATIONS DE SPECIALISTES »

- Centre Médical de Saint-Vaast (Rue Bastenier, 99 – 7100 La Louvière)
- Acacia asbl (Rue du Docteur Rondeau, 60 – 7140 Morlanwelz)
- Centre de Santé des Fagnes (Boulevard Louise, 18 – 6460 Chimay)
- Polyclinique des 4 Bras (Chaussée de Charleroi, 34 – 6060 Gilly)
- Centre de Médecine La Louve SC (Rue Hamoir, 164 – 7100 La Louvière)
- Centre de Santé Léon Dulière asbl (Chaussée Houtart, 157 – 7110 Houdeng-Goegnies)
- Centres Spécialisés du Hainaut (avenue Max Buset, 34 – 7100 La Louvière)

Annexe 3 : 317 Solidaris C.C.S – TABLEAU DE COTISATIONS 2021

Tableau de cotisations de l'entité: 317 - Solidaris Mutualité socialiste du Centre, Charleroi et Soignies

Version: 2021/2

Date d'approbation: 29/06/2021

Date d'application: 01/01/2021

Statut: D - créé, pas contrôlé

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

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

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

Références (articles des statuts)

Article 58

Article 58

A. Cotisations propres

Code	Services Nom	Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montant: par catégorie de membres (EUR/an)			
				Cotisations normales		Cotisations réduites	
				Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
15	Autres opérations	0	49 à 53 bis	30,24	30,24	30,24	30,24
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	54	1,80	1,80	1,80	1,80
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	2	56	0,96	0,96	0,96	0,96
93	Patrimoine	1	56	3,60	3,60	3,60	3,60
95	Accords de collaboration non vuésiles	1	56	12,00	12,00	12,00	12,00
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	55	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	55	22,20	22,20	10,20	10,20
Total				70,80	70,80	58,80	58,80

Liste des accords de collaboration

Code	Services Nom	Personnes juridiques	
		Numéro BCE	Dénomination
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0479.410.919	MOBILITE EN HAINAUT
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0432.624.255	SOLSOC
93	Patrimoine	0410.568.138	REPOS JOIE SANTE ET SOLIDARITE
95	Accords de collaboration non vuésiles	0414.083.102	ESPACE DES SOLIDARITES