

# **SOLIDARIS - MUTUALITE SOCIALISTE ET SYNDICALE DE LA PROVINCE DE LIEGE (319)**

Siège social : Rue Douffet, 36 à 4020 Liège

**BCE : 0808995143**

VERSION COORDONNEE DES STATUTS EN VIGUEUR AU 1<sup>ier</sup> JANVIER 2021 FAISANT SUITE A L'ASSEMBLEE GENERALE DU 18 DECEMBRE 2021 APPROUVEE PAR LE CONSEIL DE L'OFFICE DE CONTRÔLE DES MUTUALITES LE 25 MARS 2022.

La mutualité Solidararis de Liège 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>
- 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>
- 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>

La mutualité de Liège est également affiliée, depuis le 1<sup>ier</sup> janvier 2019, à la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes-Solidaris pour la Région Wallonne et à la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

## **CHAPITRE 1 : CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS**

Article 1 : Dénomination de la mutualité.

Article 2 : Buts de la mutualité.

Article 3 : Siège social de la mutualité.

Article 4 : Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Article 5 : Circonscriptions de la Mutualité.

## **CHAPITRE 2 : AFFILIATION AUX SERVICES DE LA MUTUALITE, PRISE DE COURS DE L’AFFILIATION A L’ASSURANCE COMPLEMENTAIRE, DEMISSION OU EXCLUSION DES MEMBRES.**

Article 6 : Affiliation aux services de la mutualité.

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

Article 8 : Résiliation de l'affiliation.

Article 9 : Exclusion.

## **CHAPITRE 3 : CATEGORIES DES MEMBRES.**

Article 10 : Types de membres.

## **CHAPITRE 4 : LES ORGANES DE LA MUTUALITE.**

### **SECTION 1 : L'Assemblée Générale.**

Article 11 : Composition.

Article 12 : Circonscriptions.

Article 13 : Election au sein de la circonscription.

Article 14 : Conditions de droit de vote et d'éligibilité.

Article 15 : Procédure électorale.

Article 16 : Candidatures.

Article 17 : Liste des candidats effectifs.

Article 18 : Date des élections.

Article 19 : Bureaux électoraux.

Article 20 : Etablissement des listes électorales.

Article 21 : Modalités du vote.

Article 22 : Manières de voter.

Article 23 : Dépouillement des bulletins de vote.

Article 24 : Dérogation à l'obligation d'organiser des élections.

Article 25 : Publication des résultats - Recours.

Article 26 : Obligations de publicité.

Article 27 : Installation de l'AG nouvellement élue.

Article 28 : Convocation de l'Assemblée Générale.

### **SECTION 2 : L'élection des représentants pour l'assemblée générale de l'Union Nationale.**

Article 29 : Représentativité.

Article 30 : Modalités de l'élection.

Article 31 : Modalités de la candidature.

Article 32 : Modalités du vote.

### **SECTION 3 : Le Conseil d'Administration.**

Article 33 : Composition – Conditions d'éligibilité.

Article 34 : L'administrateur indépendant – Définition et compétences.

Article 35 : Durée du mandat – Nombre de mandats-Scrutin.

Article 36 : Remplacement d'administrateurs.

Article 37 : Convocation du Conseil d'Administration.

Article 38 : Compétences.

Article 39 : La présidence et les vice-présidences.

Article 40 : Le secrétaire Général.

Article 41 : Le trésorier.

Article 42 : Le Comité de gouvernance.

Article 43 : Le Comité d'Audit et des risques.

Article 44 : Le Comité de rémunération.

Article 45 : Le Comité de Direction.

## **CHAPITRE 5 : LES SERVICES DE LA MUTUALITE– AVANTAGES GARANTIS – COTISATIONS.**

### **DISPOSITIONS GENERALES**

Article 46 : Service « Couverture des tickets modérateurs ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 47 : Service « Grands brûlés ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 48 : Centre de répartition.

1. Description du centre de répartition.
2. Conditions pour pouvoir bénéficier du centre de répartition.

Article 48 bis : Caisse administrative (article 1<sup>ier</sup>, 4<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 12 mai 2011).

1. Description du service.
2. Conditions pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 49 : Service « Stomathérapie et nutrition entérale».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 50 : Service « Prêt de matériel médical ».

3. Description du service.
4. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 51 : Service « Transport des malades ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 52 : Service « Activ Jeunes».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 53 : Service « Prothèses capillaires ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 53 bis : Service « Intervention dans le cadre du Répit ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 54 : Service « Psychomotricité ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 55 : Service « Dépistage ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 56 : Service « Arrêt du tabagisme ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 57 : Service « Diabète ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 57 bis : Service « Diététique ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 58 : Service « Fécondation in vitro ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 59 : Service « Orthopédie – Posturologie - Posturopodie».

1. Description du service.
2. Conditions pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations

Article 61 bis : Service « Médicaments antihistaminiques ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 62 : Service « Convalescence ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 63: Service « Les gestes qui sauvent ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 65 : Service « Prothèses dentaires ».

1. Description du service.
2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.
3. Cotisations.

Article 66 : Services organisés par le biais de l’A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme - Réseau Solidaris» ( A.S.W. – Réseau Solidaris).

## **CHAPITRE 6 : BUDGET ET COMPTES.**

Article 67 : Comptabilité.

Article 68 : Révisorat.

## **CHAPITRE 7 : MODIFICATION DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS.**

Article 69 : Modifications des statuts.

## **CHAPITRE 8 : ENTREE EN VIGUEUR.**

Article 70 : Entrée en vigueur des statuts.

## **CHAPITRE 9 : TABLEAU DES COTISATIONS.**

Article 71 : Tableau des cotisations.

## **CHAPITRE 10 : Les services de la mutualité (article 67 alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010)**

Article 73 : Services ayant pour objet le subventionnement de structures socio-sanitaires organisés dans le cadre du secteur associatif Femmes Prévoyantes Socialistes – Réseau Solidaris (entité Holding FPS).

- A. Description des services
- B. Cotisations.

Article 74 : Service d'aide et de soins à domicile - Subventionnement de structure socio-sanitaire ( ASBL « Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris »).

- A. Description des services
- B. Cotisations.

Article 75 : Service patrimonial – Financement d'action collective.

- A. Description du service.
- B. Cotisations.

Article 75 bis : Service d'information aux membres

- A. Description du service.
- B. Cotisations.

Article 76 : Service ayant pour objet le financement d'actions collectives - Fondation privée "Réseau Solidaris"

- A. Description du service.
- B. Cotisations.

Article 77 : Service d'information aux membres – Service social.

- A. Objet
- B. Avantages
- C. Moyens
- D. Modalités

Article 78 : Service d'aide aux familles et aux personnes âgées - Subventionnement de structure socio-sanitaire (asbl « Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise – en abrégé, Safpa »).

- A. Description du service.
- B. Cotisations.

Article 78 bis: Service de coopération au développement – Subventionnement de structure socio-sanitaire (« asbl Solidarité Socialiste – Formation Coopération & Développement - Solsoc »).

- A. Description du service.
- B. Cotisations.

## **ANNEXE I AUX STATUTS : TABLEAU DES COTISATIONS.**

- A. Contributions obligatoires.
- B. Autres contributions obligatoires.

## **ANNEXE II AUX STATUTS : Liste des partenaires de Solidaris dans le cadre des avantages :**

- II.B. Diététique (article 57 bis des statuts).
- II.C. Orthopédie – Posturologie – Posturopodie (article 59).

## **ANNEXE III AUX STATUTS : liste des types de matériel médical en location ( article 50 des statuts).**

## **ANNEXE IV AUX STATUTS : Service social – référence aux textes réglementaires applicables.**

# **Statuts de la Mutualité SOLIDARIS**

Approuvés par l'Assemblée Générale du 18 décembre 2021.

## **CHAPITRE 1 : CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS**

### **Article 1 : Dénomination de la mutualité**

En application de l'article 44 de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et Unions Nationales de mutualités, une Mutualité, issue de la fusion de la « Fédération des Mutualités Socialistes et Syndicales de la Province de Liège » (OA 319) et de la « Fédération de l'Union mutualiste Verviétoise » (OA 321), et reprenant tous les droits et obligations de celles-ci, est constituée à partir du 1er janvier 2009, sous la dénomination « Mutualité Solidaris – mutualité socialiste et syndicale de la Province de Liège » ou en abrégé « Solidaris (319) ».

La dénomination peut être utilisée avec ou sans l'abréviation. Celle-ci peut être utilisée séparément.

Dans ses relations avec les tiers, la mutualité peut se limiter à l'utilisation de l'abréviation.

## **Article 2 : Buts de la mutualité**

Les buts de la mutualité sont :

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

- 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 soins, 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, et ce dans le cadre de l'exécution 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 travailleurs invalides et aux indépendants invalides, le paiement des indemnités de maternité et de l'allocation pour frais funéraires, 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 le 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution, ou de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 à laquelle la mutualité est affiliée.

La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'Union Nationale à laquelle elle est affiliée.

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 : l'instauration de services 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 :

- Couverture des tickets modérateurs.
- Grands brûlés.
- Centre de répartition.
- Caisse administrative (article 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 12 mai 2011).
- Stomathérapie et nutrition entérale.
- Prêt de matériel médical.

- Transport des malades.
- Activ Jeunes
- Prothèses capillaires.
- Intervention dans le cadre du Répit.
- Psychomotricité.
- Dépistage.
- Arrêt du tabagisme.
- Diabète
- Diététique
- Fécondation in vitro.
- Orthopédie – Posturologie - Posturopodie.
- Médicaments antihistaminiques.
- Convalescence.
- Les gestes qui sauvent,
- Prothèses dentaires,
- Intervention journalière en maison de repos (service organisé par le biais de l'accord de collaboration, conclu en application de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 précitée, avec l'asbl Aide et Solidarité de Waremme).

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 :

- Service patrimonial – Financement d'action collective,
- Service d'information aux membres,
- Service d'aide et de soins à domicile- Subventionnement de structure socio-sanitaire (asbl CSD),
- Service d'aide aux familles et aux personnes âgées - Subventionnement de structure socio-sanitaire (asbl safpa),
- Subventionnement de structures socio-sanitaires - Holding du secteur associatif Femmes Prévoyantes Socialistes (asbl Holding FPS- Liège),
- Financement d'actions collectives – Fondation privée Réseau Solidaris,
- Service de coopération au développement-Subventionnement de structure socio-sanitaire (asbl Solidarité socialiste – Formation Coopération & Développement - Solsoc).

En application de l'article 67, al. 5, de la loi du 26/04/2010 et de l'article 1<sup>ier</sup>, point 1<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010, la mutualité organise également un service social.

Ces services sont déterminés par l'article 1<sup>ier</sup> de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67 alinéa 6 de la loi du 26 avril 2010.

Tous les services précités (article 2 b) des statuts) 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.

Les prestations des services visés ci-dessus seront offertes dans la mesure des ressources disponibles.

(en vigueur: à partir du jour qui suit la période transitoire visée à l'article 75 de la loi du 26.04.2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I))

La mutualité a également pour but d'offrir à ses membres et à leurs personnes à charge, les opérations et services en application de l'art. 67, al. 5 de la loi du 26/04/2010 organisés par l'Union nationale des mutualités socialistes auxquelles elle est affiliée, ainsi que ceux organisés par la société mutualiste "Mutualis", (art. 43bis, §1er, de la loi du 06/08/1990) auprès de laquelle elle est affiliée.

Tout membre affilié à la mutualité, 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<sup>er</sup>, a), de la loi du 6 août 1990, bénéficie des services 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.

c) Les membres peuvent s'affilier à la société mutualiste d'assurances « Hospimut-Solidaris, entreprise d'assurances » (article 43 bis § 5 de la loi du 6 août 1990) qui a été créée par la mutualité, à laquelle la mutualité est affiliée et dont la mutualité est intermédiaire, s'ils ont la qualité de membre de la mutualité au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

S'ils s'y affilient, ils bénéficieront des services et garanties de la société mutualiste d'assurances dans les conditions prévues par les statuts de cette dernière.

Dans le cadre de l'article 2 c des présents statuts, la mutualité a 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'assurances, proposés par la société mutualiste d'assurances « Hospimut-Solidaris, 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 d'assurances et ce, en qualité d'agent.

### **Article 3 : Siège Social**

Le siège social de la mutualité est établi rue Douffet, 36 à 4020 Liège.

Le champ d'activité de la mutualité comprend les arrondissements administratifs de Liège, Huy, Waremme et Verviers.

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.

#### **Article 4**

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

#### **Article 5 : Circonscriptions de la mutualité**

La mutualité est répartie en douze circonscriptions administratives, soit :

- La circonscription administrative de Dison,
- La circonscription administrative d'Eupen,
- La circonscription administrative de Fléron,
- La circonscription administrative de Herstal,
- La circonscription administrative de Huy,
- La circonscription administrative de Liège,
- La circonscription administrative de Saint-Nicolas,
- La circonscription administrative de Spa,
- La circonscription administrative de Seraing,
- La circonscription administrative de Verviers,
- La circonscription administrative de Visé,
- La circonscription administrative de Waremme.

Par circonscription administrative, il faut entendre les districts électoraux des arrondissements administratifs de Liège, Huy, Verviers et Waremme, tels qu'ils figurent au tableau annexe 10 de la loi ordinaire visant à achever la structure fédérale de l'Etat du 16/07/1993 fixant la composition des districts électoraux dans le cadre de la Loi Provinciale.

## **CHAPITRE 2 : AFFILIATION AUX SERVICES DE LA MUTUALITE, PRISE DE COURS DE L’AFFILIATION A L’ASSURANCE COMPLEMENTAIRE, DEMISSION OU EXCLUSION DES MEMBRES.**

#### **Article 6. Affiliation aux services de la mutualité**

§ 1<sup>er</sup>. 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<sup>er</sup>, a), de la loi du 6 août 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services :

- de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la société mutualiste « Mutualis » (BCE n° 0877.320.656) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 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<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). 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<sup>o</sup>, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette personne est d'office affiliée aux services :

- de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la société mutualiste « Mutualis » (BCE n° 0877.320.656) auprès de laquelle la mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 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<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 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<sup>er</sup>, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

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

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

- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la société mutualiste d'assurance « Solidaris Assurances » (BCE n° 0838.585.487), auprès de laquelle la mutualité est affiliée/dont la mutualité constitue une section.

### **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.

### **Article 8 :**

La mutualité peut refuser la mutation du membre dans les cas visés à l'article 259 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et notamment dans le cas où le titulaire a vis-à-vis de son organisme assureur une dette résultant de l'application des dispositions de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

### **Article 9 : Exclusion**

Peut être exclu comme membre des services visés à l'article 2 a et 2 b, en fonction de la gravité de l'infraction, le membre qui se rend coupable de faits qui portent atteinte aux intérêts de la

mutualité (comme par exemple piratage du système informatique, ...) ou à l'intégrité physique ou psychique de son personnel (agression physique, verbale,.....)

La décision d'exclusion est prise par la commission désignée à cet effet par le Conseil d'Administration en application de l'article 23 de la loi du 6 août 1990, après que ce membre ait été entendu en ses moyens de défense.

Cette commission est composée de 5 administrateurs dont le secrétaire général de la mutualité. Elle se prononce à la majorité des voix des membres étant entendu que chaque membre dispose d'une voix

Si le membre est empêché le jour de la convocation, il peut, soit faire valoir ses arguments par écrit dans un délai de dix jours calendrier à dater du jour de la convocation, soit solliciter la remise de l'audition à une autre date. Cette remise ne peut avoir lieu qu'une seule fois.

Si le membre fait défaut lors de cette nouvelle audition, la commission précitée statuera d'office sur base des éléments en sa possession.

## **CHAPITRE 3 : CATEGORIE DES MEMBRES.**

### **Article 10. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup>.

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup>.

Si, durant la période visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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 10 bis. Remboursement des avantages de l'assurance complémentaire 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 4 : ORGANES DE LA MUTUALITE**

### **SECTION 1 - L'ASSEMBLEE GENERALE.**

#### **Article 11 : Composition**

L'Assemblée générale de la mutualité se compose d'au moins 100 représentants, augmentés d'au moins un 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 mars 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 six ans, renouvelable.

#### **Article 12 : Circonscriptions**

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée générale, la mutualité est répartie en douze circonscriptions électorales, à savoir les districts électoraux de : Dison – Eupen – Fléron – Herstal – Huy – Liège - Saint-Nicolas – Spa – Seraing – Visé – Verviers – Waremme tels qu'ils ont été définis à l'article 5 des présents statuts.

Les membres et leurs personnes à charge font partie de la circonscription électorale dans laquelle ils sont domiciliés.

Les membres et leurs personnes à charge qui sont domiciliés en dehors des circonscriptions électorales de la mutualité, sont ajoutés à la circonscription électorale de Liège ou Verviers en fonction d'une clé de répartition proportionnelle.

#### **Article 13**

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote, élisent selon les quotas prévus à l'article 11, le nombre de représentants au prorata du nombre de membres de cette circonscription électorale.

#### **Article 14 : Conditions de droit de vote et d'éligibilité**

*(approbation sous réserve d'un examen général à effectuer par l'Office – Conseil du 08-09-2008)*

- Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée générale :
  - a) Il faut être membre de la mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
  - b) Il faut être majeur ou émancipé;
  - c) Il faut résider en Belgique ;
  - d) *s'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité;*
  - e) *s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la mutualité.*
  
- Pour pouvoir être élu à l'Assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent
  - a) Avoir le droit de vote au sens de l'alinéa précédent;
  - b) Etre de bonne conduite, vie et mœurs, et ne pas être déchu des droits civils;
  - c) Etre affilié depuis au moins trois années avant la date d'élection;
  - d) Ne pas avoir été licencié en tant que membre du personnel de la mutualité, de l'Union Nationale à l'exception toutefois des prépensionnés et des pensionnés ;
  - e) Ne pas faire partie des membres du personnel de la mutualité, tel que repris sur le registre du personnel de cette dernière
  - f) S'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisation 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 cotisation auprès de la mutualité

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

#### **Article 15 : Procédure électorale**

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

1. De l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat;
2. De la date limite pour soumettre les candidatures;
3. De la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription;

4. Des dates qui découlent de la procédure électorale.

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

### **Article 16**

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

Le Président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 14 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice de la compétence des tribunaux du travail telle que précisée par le code judiciaire

### **Article 17**

Une liste des candidats effectifs est établie par circonscription électorale.

Le Conseil d'Administration de la mutualité détermine, par tirage au sort, l'ordre dans lequel les candidats figurent sur les listes des différentes circonscriptions électorales.

### **Article 18**

La 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 de maximum nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

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

### **Article 19 : Bureaux électoraux**

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

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

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

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

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

Il veille en outre à organiser si besoin les bureaux de vote, répartis par commune, en fonction de la taille de la circonscription.

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

## **Article 20 : Etablissement des listes électorales**

Les listes électorales sont établies par circonscription électorale, telles que définie à l'article 12 des présents statuts.

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

Les listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral de la circonscription. Ces listes mentionnent le nom, les prénoms, le numéro de membre, le numéro de registre national et l'adresse de chaque électeur.

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

## **Article 21**

Le vote est libre et secret.

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

Tout électeur domicilié dans une commune où est prévu un bureau de vote peut demander de voter par correspondance.

A cet effet, tout électeur sera dûment prévenu par le canal des publications qu'il peut, s'il le souhaite, voter par correspondance en effectuant la demande expresse auprès du Président de la mutualité dans un délai de quinze jours avant la date des élections.

Tout électeur domicilié dans une commune où n'est pas prévu un bureau de vote reçoit, avec la convocation, un bulletin de vote pour la circonscription à laquelle il appartient ou est rattaché.

- Vote dans un des bureaux de vote

Si le vote a lieu dans le ou dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale, l'électeur est informé, soit par lettre, soit par le canal des publications destinées aux affiliés, au moins 10 jours avant la période d'élection de l'endroit où se trouvent les bureaux de vote ainsi que des dates et heures auxquelles il est possible de voter.

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné par le bureau électoral, en application de l'article 19 des présents statuts, 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 SIS et de leur carte d'identité.

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

- Vote par correspondance

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

- Un bulletin de vote pour sa circonscription électorale;
- Une enveloppe blanche pré imprimée au nom et à l'adresse de la mutualité, mentionnant au dos son identité, son adresse, son numéro de carnet de membre et son numéro de registre national ;
- Une enveloppe jaune, vierge de toute mention à l'exception du nom de la circonscription 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.

## **Article 22**

1. Chaque électeur ne peut utiliser qu'un seul bulletin de vote;
2. Chaque électeur doit voter pour autant de candidats qu'il y a de mandats à pourvoir.
3. Si l'électeur est d'accord au sujet de l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en tête de liste.

## **Article 23 : Dépouillement des bulletins de vote**

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

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

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

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

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 un nombre de votes inférieur ou supérieur au nombre de mandats à pourvoir.

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 pour lesquels il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 24 des statuts.

## **Article 24 : Dérogation à l'obligation d'organiser des élections**

Lorsque le nombre de candidats par circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus, en application des articles 14 et 15 de l'A.R. du 07 mars 1991.

Il en est de même lorsque, dans une ou plusieurs circonscriptions, le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir pour autant que le nombre global de candidats soit égal ou inférieur au nombre de membres qui doivent composer l'Assemblée Générale conformément à l'article 11 des statuts et à l'article 7 de l'AR précité.

### **Article 25**

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

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 telle que précisée par le Code Judiciaire

### **Article 26**

La mutualité adresse à l'Office de contrôle en même temps qu'à ses membres, un exemplaire des publications, avis, lettres et circulaires qu'elle leur adresse.

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

Les documents visés à l'alinéa premier sont également transmis par la mutualité à l'union nationale précitée dans le même délai.

### **Article 27**

La nouvelle Assemblée générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale. En cas de recours l'assemblée générale est installée sans le ou les membres qui a/ont introduit un recours.

La nouvelle assemblée générale peut élire au maximum cinq conseillers à l'Assemblée générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Pour autant qu'ils ne soient pas élus en qualité de membre de l'assemblée générale, les membres de la Direction de la mutualité sont invités à l'Assemblée générale. Ils ont voix consultative. Par membre de la Direction, on entend les membres du Comité de Direction tel que défini à l'article 45 des présents statuts.

### **Article 28**

L'Assemblée générale est convoquée par le Conseil d'Administration ou lorsqu'au moins un cinquième des membres de l'assemblée générale en fait la demande.

La convocation se fait par avis individuel signé par le Secrétaire ou en cas d'absence de ce dernier par le Président du Conseil d'Administration ou, en cas d'absence de celui-ci, par un Vice-Président conformément à l'article 39 des statuts.

L'Assemblée générale est convoquée au moins une fois l'an, en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget et ce, conformément à l'article 17 de la loi du 6 août 1990.

La convocation à l'Assemblée générale mentionne notamment les lieu, date et heure de réunion et contient l'ordre du jour. Elle est adressée aux délégués, par pli simple ou par courriel, au plus tard 20 jours civils avant la date de l'Assemblée, sauf exception prévue à l'article 16 alinéa 3 de la loi du 6 août 1990.

Un délégué qui ne peut personnellement assister à l'Assemblée générale, peut se faire représenter, par le biais d'une procuration écrite, par un autre membre de l'Assemblée générale. Chaque délégué ne peut cependant être porteur que d'une seule procuration.

L'Assemblée générale délibère et décide sur les objets visés à l'article 15, § 1 de la loi du 6 août 1990 et suivant les modalités fixées aux articles 16, 17 et 18 de cette même loi.

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

L'Assemblée générale fixe le montant des jetons de présence éventuellement attribués aux administrateurs.

Les décisions de l'assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi du 06/08/1990 relative aux mutualités le stipule autrement.

**Lorsque l'urgence ou des circonstances exceptionnelles le requièrent, les réunions de l'Assemblée Générale peuvent être organisées par vidéo-conférence, par le biais d'une autre forme de télécommunication ou par consultation écrite, pour autant que l'effectivité du vote soit assurée et que, dans le cadre du processus de délibération, chaque membre puisse faire valoir ses éventuelles observations.**

**Le choix de recourir à l'un de ces modes de réunion doit être motivé dans la convocation et dans le procès-verbal de la réunion concernée** (Texte souligné, en gras et en italique, approuvé par l'OCM sous réserve d'une modification à apporter lors de la prochaine Assemblée Générale – En l'occurrence, modification apportée par l'Assemblée Générale de juin 2021, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2021).

## **SECTION 2 - ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'UNION NATIONALE**

### **Article 29**

La délégation de la mutualité au sein de l'Assemblée générale de l'Union Nationale comprend 1 délégué par 7.500 membres avec un minimum de deux délégués et un maximum de trente délégués.

### **Article 30**

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 les délégués suppléants à l'Assemblée générale de l'Union Nationale, selon la même procédure 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'Union Nationale, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au président du Conseil d'administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée générale de la mutualité, qui procédera à l'élection.

Le Président rassemble les candidatures valablement introduites. Le président établit la liste des candidats.

Le conseil d'administration de la mutualité détermine par tirage au sort, l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

### **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, l'ordre de la liste est décisif.

## **SECTION 3 - CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **Article 33**

Le Conseil d'Administration de la mutualité est composé au minimum de 25 membres et au maximum d'un nombre d'administrateurs qui ne peut être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'Assemblée générale de la mutualité.

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

Il ne faut toutefois pas nécessairement faire partie de l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration doit compter en son sein des administrateurs indépendants dont le nombre est déterminé par l'assemblée générale avec un maximum de 3.

Il ne peut y avoir parmi les membres du Conseil d'Administration plus de 70 % de personnes du même sexe et plus d'un quart de personnes rémunérées par la mutualité et/ou l'Union Nationale.

Sans préjudice de l'application de l'article 28 avant-dernier alinéa des statuts, le mandat de membre du Conseil d'administration est gratuit.

### **Article 34 : L'administrateur indépendant – Définition et compétences**

L'administrateur indépendant est une personnalité extérieure qui fait apport de son expérience particulière, de son sens critique, de sa capacité de jugement et dont la présence renforce l'objectivation de la prise de décision au sein du Conseil d'Administration et le professionnalisme dans la gestion de la mutualité.

Il doit répondre aux critères suivants :

- Il est reconnu pour des compétences spécifiques et son profil personnel dans des domaines divers dont ceux de la sécurité sociale et de la santé;
- Durant une période de deux années qui précèdent son élection, il ne peut avoir exercé un mandat d'administrateur, une fonction de direction au sens des articles 20, § 3 et 25, de la loi du 6 août 1990 ou de gestion journalière au sens de l'article 20, § 3 de ladite loi, auprès de la mutualité ni auprès de toute entité liée à celle-ci; cette condition ne s'applique pas au prolongement du mandat d'administrateur indépendant;
- Il ne peut avoir, au sein de la mutualité et/ou d'une entité liée à celle-ci, ni conjoint, ni cohabitant légal, ni parents ni alliés jusqu'au 2<sup>ème</sup> degré exerçant un mandat d'administrateur, une fonction de direction au sens des articles 20, § 3 et 25 de la loi du 6 août 1990 ou une fonction de gestion journalière au sens de l'article 20, § 3 de ladite loi;
- Il n'est pas en relation d'affaires avec la mutualité.

Pour l'application de l'alinéa précédent, il faut entendre par :

« Entité liée à la mutualité » : entité dont l'organe de gestion est composé en majorité au moins des mêmes personnes que celles composant l'organe de gestion de la mutualité;

« Être en relation d'affaires avec la mutualité » :

- Être directement en relation, contractuelle ou non, commerciale, financière ou d'un autre type, avec la mutualité et/ou
- Être administrateur, gérant, directeur, délégué à la gestion journalière ou détenteur d'une fonction équivalente au sein d'une personne morale qui est en relation, contractuelle ou non, de type commercial, financier ou d'un autre type, avec la mutualité.

Dans les domaines déterminés par l'Assemblée générale ou lorsqu'au moins un tiers des membres du Conseil d'Administration le requiert, toute décision à prendre par le Conseil d'Administration doit préalablement être soumise à l'appréciation des administrateurs indépendants, siégeant en comité. Celui-ci émet un avis motivé par écrit au Conseil d'Administration. Dans le procès-verbal de la réunion de celui-ci, il est fait état du respect de cette obligation et le cas échéant, des motifs sur la base desquels il a été dérogé à l'avis du comité.

### **Article 35**

Le Conseil d'Administration est élu par les membres de l'Assemblée générale pour une durée maximale de six ans, renouvelable.

Sans préjudice au droit des membres de l'Assemblée générale de la mutualité de se porter candidat à un poste d'administrateur, le Conseil d'Administration de la mutualité peut présenter à l'Assemblée générale sa propre liste de candidats.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au président du Conseil d'administration. Le Président rassemble les candidatures valablement introduites.

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

Lorsque le nombre de candidatures valablement introduites à un mandat d'administrateur est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il est procédé à un scrutin qui se déroule en deux temps :

1. Il est procédé d'abord à l'élection du nombre d'administrateurs indépendants déterminé par l'Assemblée générale. Le Président, en collaboration avec le Secrétaire Général et les Vice-Présidents, établit à cet effet la liste des candidats qui réunissent les conditions pour être élus en qualité d'administrateurs indépendants et détermine l'ordre dans lequel ces candidats figurent sur ladite liste;
2. Il est procédé ensuite à l'élection relative aux autres mandats d'administrateurs à pourvoir. Le Président, en collaboration avec le Secrétaire Général et les Vice-Présidents, établit à cet effet la liste des candidats qui se compose de l'ensemble des candidats qui ne font pas partie de la liste reprise au point 1 et détermine l'ordre dans lequel ces candidats figurent sur ladite liste.

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, l'ordre de la liste est décisif.

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

Pour autant qu'ils ne soient pas élus en qualité de membre du conseil d'administration, les membres de la direction de la mutualité sont invités au Conseil d'Administration. Ils ont voix consultative.

Par membre de la direction, on entend les membres du comité de direction tel que défini à l'article 45 des présents statuts. Toutefois, si un des membres du comité de direction est administrateur, il a voix délibérative.

### **Article 36**

Sur proposition du conseil d'administration, le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine Assemblée générale. L'administrateur ainsi élu par l'assemblée générale achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission, la révocation ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale, si c'est en cette qualité qu'il a été élu comme administrateur, entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la mutualité

L'assemblée générale peut révoquer, conformément aux dispositions des articles 15, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, 18, § 2, 1<sup>o</sup>, et 19 de la loi du 6 août 1990, l'administrateur s'il a commis une faute ou une omission lésant gravement les intérêts de la mutualité, s'il entrave volontairement la réalisation du but social de cette dernière ou si son comportement est contraire aux valeurs et principes éthiques défendus par la mutualité. Le non-respect des conditions d'éligibilité en cours de mandat, visées à l'article 20 de la loi du 6 août 1990, constitue également une cause de révocation.

### **Article 37**

Le Conseil d'Administration est convoqué par le Secrétaire Général ou, en cas d'absence de celui-ci par le président ou, en cas d'absence de celui-ci, par un des deux vice-présidents.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins quatre fois par an.

Le président est tenu de convoquer ledit Conseil dans les dix jours, sur demande justifiée par un quart au moins des administrateurs.

La convocation aux séances du Conseil d'Administration mentionne les lieu, date et heure et contient l'ordre du jour. Elle est adressée aux administrateurs, par pli simple ou par courriel, au moins quinze jours avant leur date.

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

Chaque membre ne peut être porteur que d'une seule procuration.

Le Conseil d'Administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres est présente ou représentée. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

**Lorsque l'urgence ou des circonstances exceptionnelles le requièrent, les réunions du Conseil d'Administration peuvent être organisées par vidéo-conférence, par le biais d'une autre forme de télécommunication ou par consultation écrite, pour autant que l'effectivité du vote soit assurée et que, dans le cadre du processus de délibération, chaque membre puisse faire valoir ses éventuelles observations.**

**Le choix de recourir à l'un de ces modes de réunion doit être motivé dans la convocation et dans le procès-verbal de la réunion concernée.** (Texte souligné, en gras et en italique approuvé par l'OCM sous réserve d'une modification à apporter lors de la prochaine Assemblée Générale - En l'occurrence, modification apportée par l'Assemblée Générale de juin 2021, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2021).

### **Article 38**

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

Les membres du Conseil d'Administration désignent la ou les personnes qui représente(nt) la mutualité dans les actes judiciaires et extrajudiciaires, signe(nt) les actes, décisions et procès-verbaux du Conseil, signe(nt) les mandats de paiement et représente(nt) la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques.

Sauf en ce qui concerne la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences au Président et/ou au Secrétaire général de la mutualité, désigné conformément à l'article 25 de la loi du 6 août 1990, pour autant qu'il soit élu administrateur, et/ou au(x) Vice-Président(s) et/ou à un ou plusieurs administrateurs, ou encore à une ou plusieurs commissions et/ou comités, dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration en son sein.

### **Article 39 : La présidence et les vice-présidences**

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

Le président est chargé de diriger l'Assemblée générale et le Conseil d'administration.

Il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

En collaboration avec le Secrétaire Général et les Vice-Présidents, le président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration en cas d'urgence ou lorsque l'intérêt social le requière.

En cas d'empêchement ou d'absence du président, il est remplacé par le 1<sup>er</sup> vice-président sans que cet empêchement doive être constaté et sans qu'il soit nécessaire de donner une procuration. En cas d'empêchement ou d'absence du 1<sup>er</sup> vice-président, il est remplacé par le 2<sup>ème</sup> vice-président sans que cet empêchement doive être constaté et sans qu'il soit nécessaire de donner une procuration

### **Article 40 : Le Secrétaire Général**

Le secrétaire général de la mutualité désigné conformément à l'article 25 de la loi du 6 août 1990, assume les fonctions de secrétaire-trésorier du Conseil d'Administration et de l'Assemblée générale.

Il n'a toutefois voix délibérative que s'il est administrateur.

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

Il assume, en outre, la direction générale du secrétariat. Il est responsable devant le Conseil d'Administration de la bonne marche des services.

En cas d'empêchement de celui-ci, le Conseil d'Administration désigne les personnes habilitées à pourvoir à son remplacement durant son empêchement.

### **Article 41 : Le trésorier**

Le Trésorier 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. A chaque Assemblée générale, au nom du Conseil d'administration, le Trésorier présente le rapport de la situation financière

Il n'a toutefois voix délibérative au sein du conseil d'administration que s'il est administrateur.

#### **Article 42 : Le Comité de gouvernance**

Le Conseil d'Administration constitue en son sein un Comité de gouvernance, composé de minimum 7 membres.

Le Comité de gouvernance comprend le président, les vice-présidents de la mutualité, les présidents des comités spécialisés (soit les Comités d'audit et de Rémunération), tout membre désigné par le Conseil d'Administration en son sein et le secrétaire général de la Mutualité, pour autant qu'il soit élu administrateur.

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

Le Comité de gouvernance est présidé par le Président ou, en son absence, par un Vice-Président conformément à l'article 39 des statuts, et convoqué par le secrétaire général ou à défaut par le Président ou, en cas d'absence de ce dernier, par un Vice-Président conformément à l'article 39 des statuts.

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 désigne en outre les membres du Comité de Direction prévu à l'article 45 des présents statuts sur proposition du Secrétaire Général et du Comité de Rémunération.

Il fixe, sur proposition du Secrétaire Général et sur avis du Comité de Rémunération prévu à l'article 44, la rémunération des membres du Comité de Direction à l'exception toutefois de la rémunération du Secrétaire Général.

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 différends ne pouvant être réglés au niveau du comité de direction.

Le Comité de gouvernance ne pourra délibérer que lorsque la moitié des 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 simple des votes exprimés.

Le Comité de gouvernance adopte et tient à jour une charte de bonne gouvernance et/ou déclaration de gouvernance, qui est soumise à l'approbation du conseil d'administration. Cette déclaration définit notamment le fonctionnement et la fréquence des différents comités.

#### **Article 43 : Le Comité d'Audit et des risques.**

Le conseil d'administration constitue un Comité d'Audit et des risques composé au minimum de 3 membres, désignés parmi les administrateurs non exécutifs (administrateurs ne détenant aucune responsabilité dans la gestion journalière au sens de la circulaire de l'OCM N° 06/ 12/AD du 19 octobre 2006), et/ou parmi les membres de l'Assemblée générale.

Le mandat a une durée de trois ans et est renouvelable.

Le Comité désigne en son sein un Président.

Un ou plusieurs membres du Comité de Direction de la mutualité, tel que défini à l'article 45, pourront être invités avec voix consultative.

Le Comité peut également inviter à titre consultatif:

- L'auditeur interne de la mutualité,
- Le réviseur d'entreprises,
- Des experts ou techniciens de son choix en fonction des sujets abordés en séance.

Outre les personnes mentionnées ci-dessus, le Conseil désigne un(e) secrétaire qui peut relever d'une catégorie autre que celles mentionnées ci-dessus sans pour autant détenir de fonctions de gestion journalière au sein de la mutualité.

Le fonctionnement et les compétences du Comité d'audit et des risques seront consignés dans une Charte d'audit et des risques dont l'élaboration et l'application relèvent de la responsabilité du Conseil d'Administration.

#### **Article 44 : Le Comité de Rémunération**

Le Conseil d'Administration constitue un Comité de Rémunération.

Le Comité est composé d'administrateurs non exécutifs, à savoir n'exerçant au sein de la mutualité aucune fonction de direction ou de gestion journalière, au sens de la circulaire de l'OCM N° n°06/ 12/AD du 19 octobre 2006, avec un minimum de 3 membres.

Il désigne en son sein un Président.

Il peut inviter des experts ou techniciens de son choix en fonction des sujets abordés en séance.

Il formule des recommandations et avis au Conseil d'Administration au sujet de la politique de rémunération des membres du Comité de Direction, des chefs de services de la mutualité et de leur(s) adjoint(s).

Il propose au Comité de gouvernance les désignations des membres du Comité de Direction.

Le cas échéant, il donne également son avis en cas d'octroi de jeton de présence et/ou de rémunération aux membres du Comité d'Audit de la mutualité.

A la demande du Conseil d'administration, il peut assister ce dernier pour établir la fixation des rémunérations individuelles des membres du personnel.

Il peut également donner un avis portant sur l'établissement des critères de sélection, le choix et la mission de tout consultant externe qui assiste la mutualité.

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

#### **Article 45 : Le Comité de Direction**

Le Comité de Gouvernance constitue au sein de la mutualité un Comité de direction.

Le Comité de Direction est composé :

- Du secrétaire général, visé à l'article 40 des présents statuts,
- Des représentants des directions et/ou des services de la mutualité.

Le secrétaire général préside et convoque le Comité.

Le Comité de Direction se définit comme un organe de réflexion chargé de la préparation des objectifs stratégiques par rapport à la politique interne et externe de la mutualité.

Il prépare pour le Comité de Gouvernance ou 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 et les services de la mutualité.

Les décisions sont adoptées par consensus. En cas de désaccord, le Président du comité de direction tranche.

## **CHAPITRE V : LES SERVICES DE LA MUTUALITE - AVANTAGES GARANTIS - CONDITIONS – COTISATIONS**

### **DISPOSITIONS GENERALES**

- Outre sa mission dans le cadre de l'exécution de l'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités telle que définie à l'article 2 a) des statuts, la mutualité organise pour ses membres et les personnes à leur charge (<sup>1</sup>), les services visés à l'article 2 b) des statuts selon les modalités déterminées à cet effet, à savoir :

---

<sup>1</sup> Par personne à charge, il faut comprendre celles visées par les dispositions légales et réglementaires concernant l'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités.

1. Description du service offert par la mutualité;
  2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de ce service;
  3. Cotisation afférente au service en question.
- Pour pouvoir prétendre aux avantages garantis par la mutualité, le membre doit :
    1. Etre en ordre de cotisation en application des dispositions du Chapitre 3 des présents statuts;
    2. Prester un stage d'attente de 6 mois.

Toutefois :

Un stage ne devra pas être accompli par les affiliés admis par mutation ou par transfert s'ils bénéficiaient effectivement de la couverture le jour qui précède le transfert ou la mutation et si la période de stage, prévue par les services dont ils étaient antérieurement membres, a été effectuée entièrement.

La dispense de stage dont question à l'alinéa qui précède bénéficie également au nouvel affilié qui était déjà affilié auprès de son ancienne mutualité à un service pour lequel aucun stage n'est d'application.

Par contre, si l'affilié n'avait pas encore terminé dans son ancienne mutualité le stage d'attente prévu, la période d'affiliation à l'assurance complémentaire de la mutualité sera portée en diminution du stage d'attente effectué.

- La possibilité de bénéficier des avantages des services prévus par l'article 2 a) des présents statuts doit être réclamé par le bénéficiaire endéans les délais de prescription fixés par la législation d'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités.

Les avantages des services prévus par l'article 2 b) des présents statuts doivent être réclamés par le bénéficiaire endéans le délai de prescription fixé par l'article 48 bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités.

- L'intervention des services est diminuée des interventions octroyées aux membres en vertu d'une disposition légale ou réglementaire. Ainsi, en cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de l'intervention des services susmentionnés ne peut pas être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37 §§ 1<sup>ier</sup>, 2 ou 19 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités par rapport à celle des autres membres.
- Lorsqu'une intervention n'est offerte que lorsqu'il est fait appel à un prestataire agréé par la mutualité ou à une personne morale avec laquelle un accord a été conclu, la liste des personnes morales et physiques concernées est jointe aux présents statuts (par référence aux articles 57 bis et 64 des statuts) et en fait partie intégrante, afin que les membres soient correctement informés à cet égard.

Cette liste peut, afin de veiller à une adaptation plus rapide, être modifiée par le conseil d'administration moyennant le respect des conditions suivantes :

- la décision du conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle par lettre recommandée et signée par le responsable de la mutualité ;
- ladite lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
- les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

#### **Article 46 : Service "Couverture des tickets modérateurs"**

La mutualité organise le service "Couverture des tickets modérateurs" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

##### 1. Description du service "Couverture des tickets modérateurs"

Le service "Couverture des tickets modérateurs" est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service "Couverture des tickets modérateurs" a pour but d'allouer une intervention complémentaire dans les frais non couverts par voie légale ou réglementaire, pour les prestations de santé visées à l'article 34, 1°, 2°, 3°, 5°, 7° et 7° bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 accordées aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge par les établissements de soins ou associations ci-après :

- La Clinique André Renard et les polycliniques gérées par l'A.S.B.L. "Fonds et Services Sociaux – Réseau Solidaris", dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur Belge du 15 mars 1968 sous le n° 920;
- Le Centre hospitalier du Bois de l'Abbaye, le Centre hospitalier Joseph Wauters et les polycliniques gérés par l'Association Intercommunale de Soins et d'Hospitalisation (A.I.S.H.), Société Civile ayant emprunté la forme d'une société coopérative à responsabilité limitée, à Seraing dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur Belge des 4 et 5 août 1958 sous le n° 22.751;
- La Polyclinique du Mont Falise gérée par l'Association Intercommunale "Centre Hospitalier Hutois";
- L'Intercommunale du Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle de Verviers et les polycliniques gérées par elle.
- St-Nikolaus Hospital, Hufengasse 4-6 à 4700 Eupen ;
- Klinik St. Josef, Klosterstrasse 9 à 4780 Saint-Vith ;
- Centre Médical et Radiologique du Chéri, rue Cheri, 40, 4000 Liège
- Le Centre Hospitalier Régional de Huy, rue Trois-Ponts, 2 à 4500 Huy ;
- La Clinique Reine Astrid, rue Devant les Religieuses, 2 à 4960 Malmédy.

Pour les prestations ambulatoires, cette intervention est égale à la différence entre les honoraires conventionnels ou le coût des médicaments et les remboursements accordés par l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités. Elle est accordée lorsque les prestations ambulatoires sont réalisées dans les établissements de soins ou associations précités.

Pour les prestations reçues dans le cadre d'une hospitalisation, cette intervention est égale à la différence entre les honoraires conventionnels ou le coût des médicaments et les remboursements accordés par l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités. Elle est accordée lorsque la prestation reçue dans le cadre de l'hospitalisation a lieu en chambre double ou commune au sein de la Clinique André Renard à l'exclusion des autres établissements de soins ou associations précités et à l'exclusion de l'hospitalisation en chambre particulière.

Toutefois :

- L'intervention personnelle complémentaire découlant de l'application des points G et H du § 1er et du § 3 de l'article 2 de l'Arrêté Royal du 21 septembre 1993 portant adaptation des interventions personnelles dans le coût de certaines prestations de santé ne peut faire l'objet d'un quelconque remboursement à charge du service "Couverture des Tickets Modérateurs";
- En ce qui concerne les traitements de kinésithérapie et de physiothérapie, le service n'intervient que dans les cas suivants :
  - a) En hospitalisation pour tous les assurés et les personnes à leur charge;
  - b) Pendant trois mois à compter du jour de l'intervention chirurgicale ou du traitement de réanimation pour les soins post-opératoires répondant aux normes déterminées par l'I.N.A.M.I., accordés par les établissements de soins ou associations visés ci-dessus, pour tous les assurés et les personnes à leur charge;
  - c) Pour les traitements dans les établissements de soins et associations citées ci-dessus, accordés aux veufs, orphelins, pensionnés et bénéficiaires d'indemnités d'invalidité visés aux articles 32 et 93 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dont les revenus, tels qu'ils sont déterminés par l'arrêté royal pris en exécution de l'article 37, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne dépassent pas un montant annuel fixé par arrêté royal, ainsi qu'aux personnes à leur charge.

En outre :

- Pour la fourniture de produits pharmaceutiques comportant les spécialités pharmaceutiques, les médicaments génériques délivrés pendant l'hospitalisation en chambre double ou commune au sein de la Clinique André Renard, aux assurés ou aux personnes à leur charge, le service accorde une intervention de 0,31 € par journée d'hospitalisation;
- Le service assure le remboursement des médicaments qui ne donnent pas lieu à l'intervention de l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités. En cas d'hospitalisation, le service assure le remboursement de ces médicaments uniquement si l'hospitalisation a eu lieu en chambre double ou commune au sein de la Clinique André Renard.
- Pendant l'hospitalisation en chambre double ou commune des membres ou des personnes à leur charge au sein de la Clinique André Renard, le service accorde l'équivalent du montant de la réduction de l'intervention de l'assurance tel qu'il est fixé par l'Arrêté Royal du 5 mars 1997;

- Le service accorde la différence entre les honoraires conventionnels et les remboursements accordés par l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités obligatoire pour les soins cités à l'article 34, 1<sup>o</sup>a de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispensés aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge par l'ASBL "Centre de Planning Familial des F.P.S. de Liège-Réseau Solidaris" à Liège, dont les statuts ont été publiés aux annexes du Moniteur Belge du 9 novembre 1972, sous le n° 7706, par l'ASBL « Centre de Planning Familial des F.P.S. de Spa » (Rue du Waux-Hall, 17 à 4900 Spa) et l'ASBL « Centre de Planning Familial des F.P.S de Verviers » (Rue Saucy, 14 à 4800 Verviers);
- Le service accorde une intervention dans la différence entre les honoraires conventionnels et les remboursements accordés par l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités pour les soins cités à l'article 34, 1<sup>o</sup> b de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispensés aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge par les associations membres de la "Fédération des Centrales de Services à Domicile" à Bruxelles, dont les statuts ont été publiés au Moniteur Belge du 1<sup>er</sup> octobre 1992, sous le n° 16381/92 ou par les prestataires de soins infirmiers auxquels celles-ci pourraient faire appel, en cas de nécessité, pour assurer les prestations aux membres ou aux personnes à leur charge.

L'intervention du service est égale à 100 % de la différence susmentionnée.

- Le service intervient également dans la prise en charge de la quote-part personnelle réclamée aux affiliés ou personnes à leur charge, pour toutes les prestations dispensées en traitement ambulatoire, par :
  - l'A.S.B.L. "Clairs Vallons", à Ottignies (unités de rééducation fonctionnelle pour les enfants à charge des titulaires au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 affiliés auprès de la mutualité et atteints de pathologies graves);
  - Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle de la clinique André Renard, à Herstal, pour les enfants à charge des titulaires au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 affiliés auprès de la mutualité.

L'intervention du service est égale à 100 % de la quote-part personnelle.

- Le service intervient aussi dans la prise en charge de la quote-part personnelle réclamée aux affiliés ou aux personnes à leur charge dans le cadre des ponctions articulaires, avec ou sans injection médicamenteuse, dispensées par la clinique A. Renard et les polycliniques gérées par l'ASBL "Fonds et Services Sociaux – Réseau Solidaris".
- Le service intervient aussi dans la prise en charge de la quote-part personnelle réclamée aux affiliés ou aux personnes à leur charge dans le cadre des séances de rééducation pluridisciplinaire pour les affections de la colonne vertébrale (école du dos) dispensées par la clinique A. Renard et les polycliniques gérées par l'ASBL "Fonds et Services Sociaux – Réseau Solidaris".

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Couverture des tickets modérateurs"

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Couverture des tickets modérateurs".

Pour bénéficier du service, le membre doit être détenteur d'un Dossier Médical Global (DMG) visé par le numéro 102771 ou par le numéro 102793 du code de nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le DMG doit être ouvert et en cours de validité au moment où l'événement faisant l'objet d'une demande d'intervention en application de l'article 46 des statuts se réalise. La période de validité débute le jour où le DMG est attesté ou prolongé et court jusqu'au 31 décembre de la deuxième année civile suivante.

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Couverture des tickets modérateurs" figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 47 : Service "Grands brûlés"**

La mutualité organise le service "Grands brûlés" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service "Grands brûlés"

Le service organisé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leurs charges visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service "Grands brûlés" a pour but d'octroyer des interventions financières pour un montant maximum de 1.250 € par bénéficiaire (une fois dans sa vie) que ce dernier utilise pour payer trois types de frais :

- Liés à son hospitalisation en "*service 29*" (service réservé aux grands brûlés) dans un établissement hospitalier situé sur le territoire belge. Sont visés les frais restant à charge ;
- Liés au matériel spécifique dont l'utilisation est nécessaire après une hospitalisation en "service 29" quel qu'ait été le lieu d'hospitalisation en "service 29".
- Liés aux cures thermales organisées par un centre/une structure proposant un encadrement pluridisciplinaire lors de ces cures.

Un encadrement pluridisciplinaire propose, outre des soins thermaux destinés aux grands brûlés, les services de différents prestataires de soins et/ou de professions paramédicales spécialisés dans les soins aux grands brûlés.

L'intervention du service « Grands Brûlés » porte sur le coût de la cure thermale à l'exclusion du coût des prestataires précités.

Cette allocation unique sera utilisée par le bénéficiaire pour apurer ces frais selon les modalités de son choix.

Dans tous les cas, le montant de l'intervention ne sera pas supérieur aux frais réellement encourus par le bénéficiaire.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service

Le bénéficiaire du service doit remettre à la mutualité une déclaration, dont le modèle est fixé par la mutualité, délivrée par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier attestant de l'hospitalisation en "service 29" et selon le cas;

- ✓ Soit une prescription médicale précisant que du matériel post-hospitalisation, spécifique aux grands brûlés, est nécessaire.
- ✓ Soit une déclaration, dont le modèle est fixé par la mutualité, délivrée par le centre/structure attestant de la pluridisciplinarité des soins et de la réalisation d'une cure dans le cadre de soins liés aux brûlures.

Dans les trois cas, une facture ou un reçu attestant du montant des frais réels encourus par le bénéficiaire devra être remis à la mutualité.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Grands brûlés".

## 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Grands brûlés" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

### **Article 48 : Centre de répartition.**

La mutualité organise le centre de répartition visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après.

Le centre administratif visé sous le code (98/1), distinct de la caisse administrative (98/2) mentionnée à l'article suivant, a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services 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.

### **Article 48 bis : Caisse administrative (article 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 12 mai 2011).**

## 1. Description du service.

La caisse administrative (98/2), distincte du centre administratif (98/1), est un service qui 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 indemnité, 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.

## 2. Conditions pour pouvoir bénéficier du service.

Néant.

## 3. Cotisations.

Les cotisations afférentes au service figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 49: Service « Stomathérapie et nutrition entérale ».**

La mutualité organise le service " Stomathérapie et nutrition entérale " visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après.

### 1. Description du service.

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service vise à améliorer l'accessibilité à des soins de qualité, dans le cadre de leur maintien à domicile, des membres qui sont porteurs d'une stomie ainsi que des membres devant avoir recours à un dispositif de nutrition entérale.

Dans le cadre de son maintien à domicile, la prise en charge du membre doit être assurée par un centre de coordination agréé par la Région Wallonne conformément au Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, deuxième partie (dispositions sectorielles), livre 6 (Santé), titre 1er (dispositifs généraux d'aide en matière de santé), chapitre 3 (remplaçant le décret du 30/04/09 relatif au centres de Coordination des Soins et de l'Aide à domicile en vue de l'octroi de subvention) ou par la Communauté Germanophone conformément au décret du 16 février 2009 du parlement de la Communauté germanophone concernant les services d'aide à domicile et créant un bureau de consultation pour l'aide à domicile, semi-résidentielle et résidentielle.

Ce centre constitue l'organe de liaison entre le membre et les différents prestataires de santé dont l'intervention est, en raison de la situation médicale du membre, nécessaire à son

maintien à domicile, tels qu'un(e) infirmier(e) en soins généraux, un(e) infirmier(e) stomathérapeute, un(e) bandagiste.

Le service « Stomathérapie et nutrition entérale » octroie une intervention financière, dans le coût des prestations ambulatoires, au membre qui :

- A. Est porteur d'une stomie et qui doit, à la suite de cet acte médical, utiliser des appareillages adaptés et performants pour son maintien à domicile et sa qualité de vie.
- B. Doit recourir à un dispositif de nutrition entérale.

Le membre peut relever d'une seule de ces catégories (A ou B) pour prétendre à l'intervention du service.

L'intervention financière du service s'élève à un montant de maximum 500 euros par année civile.

Cette somme est à utiliser par le membre pour couvrir les deux types de dépenses suivantes:

- Le coût, non couvert par voie légale ou réglementaire, des produits et accessoires de nutrition entérale ainsi que des appareils utilisés par le membre, à la suite du port d'une stomie, admis au remboursement par l'article 27 § 1 et 10 (liste du matériel de stomie) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et, pour ce qui concerne la nutrition entérale, par l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde.

L'intervention est égale à la différence entre le coût de ces produits, accessoires et/ou appareils et les remboursements accordés par l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités.

- Le coût du matériel, pour lequel aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue, à concurrence de la liste et des montants suivants :

Spray de décollement	10 €
Lingettes de décollement	15 €
Lingettes nettoyantes	15 €
Lubrifiant en flacon ou en sachets	10 €
Pâte pour protecteur cutané	10 €
Déodorant	10 €
Gaine pour stomie	15 €
Sangle de fixation de poche urinaire	4 €
Support abdominal	50% du prix facturé
Sonde de gastrostomie à ballonnet	50% du prix facturé
Sonde naso-gastrique	6 €

Ligne d'extension pour bouton de gastrostomie	4 €
Bouton de gastrostomie	50% du prix facturé
Jambière de soutien de poche	20 €
Pont de stomie	15 €
Vêtements et sous-vêtements adaptés au patient porteur d'une stomie	50 % du montant de la facture d'achat, hors frais de port.

Ces montants sont forfaitaires et sont octroyés quel que soit le conditionnement du matériel proposé par le fournisseur.

L'intervention du service est dans tous les cas limitée aux frais réellement exposés par le membre.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service

Une période de stage de six mois est requise avant de pouvoir prétendre aux avantages du service "Stomathérapie et nutrition entérale".

Pour prétendre à l'intervention du service, le membre doit remettre à la mutualité une attestation délivrée par un centre de coordination agréé justifiant l'intervention de ce dernier et le passage à domicile d'une équipe multidisciplinaire de prestataires de santé composée de :

- Un(e) infirmier(e) en soins généraux et
- Un(e) infirmier(e) détentrice du titre de spécialisation en stomathérapie et
- Un(e) pharmacien(ne) bandagiste ou un(e) bandagiste.

Le membre doit également communiquer à la mutualité les justificatifs de dépenses attestant de l'acquisition du matériel et des produits visés par le présent article.

## 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Stomathérapie et nutrition entérale" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts .

## **Article 50 : Service « Prêt de matériel médical »**

La mutualité organise le service "Prêt de matériel médical" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service "Prêt de matériel médical"

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leurs charges visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service octroie une intervention couvrant les frais de location du matériel médical loué par l'ASBL Centrale de Services à Domicile-Réseau Solidaris (CSD-Réseau Solidaris) au membre.

Les types de matériel médical en location à la CSD-Réseau Solidaris sont repris à l'annexe III des présents statuts.

L'intervention est limitée à une durée de 3 mois par type de matériel. Cette période prend cours à la date de prise d'effet de la location du matériel auprès de la CSD-Réseau Solidaris.

2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Prêt de matériel médical"

Une période de stage de six mois est requise avant d'avoir de prétendre aux avantages du service "Prêt de matériel médical".

3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Prêt de matériel médical" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts .

### **Article 51 : Service "Transport des malades"**

La mutualité organise le service "Transport des malades" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

1. Description du service "Transport des malades"

Le service "Transport des malades" est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service "Transport des malades" a pour but d'intervenir, pour les déplacements effectués sur le territoire belge :

A. Dans les frais de transport en taxi ou assimilés (les déplacements en voiture effectués par personnes morales et/ou associations de fait organisant le transport de malades sont assimilés aux transports en taxi), en ambu-sanitaire ou en ambulance, des malades qui, ne pouvant se déplacer par leurs propres moyens, utilisent ces moyens de transport pour se rendre :

- Dans un établissement hospitalier pour y subir une hospitalisation.

Par hospitalisation, il faut entendre :

- Tout séjour médicalement nécessaire pour lequel au moins une nuit a été facturée par l'établissement hospitalier;
- L'hospitalisation de jour limitée aux mini-forfaits, maxi-forfaits, forfaits 1 à 7 et forfaits 1 à 3 douleur chronique (tels que définis

dans la convention nationale Organismes Assureurs –  
établissement hospitaliers) dans un établissement hospitalier;

- Dans un établissement hospitalier ou chez un médecin spécialiste agréé pour radiographie, radiothérapie, chimiothérapie, dialyse rénale, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, réduction de fracture, consultation de surveillance à la suite de greffes ou de transplantations, revalidation cardiaque, revalidation pulmonaire, rééducation fonctionnelle liée à la sclérose en plaque et consultation dans le cadre d'une convention d'auto-surveillance de glycémie et dans le cadre de séances de revalidation pluridisciplinaires (liste limitative des affections pour la rééducation pluridisciplinaire);
  - Dans un établissement hospitalier ou chez un médecin spécialiste agréé pour toute autre raison médicale, à condition que le bénéficiaire qui sollicite l'intervention du service "Transport des malades" soit âgé de plus de 65 ans ou soit considéré comme atteint d'une maladie chronique au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37 § 16 bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 quel que soit son âge, avec un maximum de 12 consultations par année civile et par bénéficiaire;
- B. Dans les frais de transport du malade en hélicoptère de réanimation pour se rendre dans un établissement hospitalier pour y subir une hospitalisation telle que définie ci-dessus, à la condition que le lieu de prise en charge ou le lieu de destination soit situé sur le territoire belge;

L'intervention dans les frais de transport sera également accordée lorsque le bénéficiaire est admis aux urgences sans être hospitalisé ainsi que dans le cas où le bénéficiaire vient à décéder avant la prise en charge effective par l'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 voiture automobile, en taxi ou en ambulance. Cette intervention est fixée à :

- Un forfait de 5 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en taxi ou assimilé, à concurrence du prix effectivement réclamé par le transporteur;
- 0,25 € par kilomètre parcouru, à partir du 11<sup>ème</sup> kilomètre parcouru pour le transport en taxi ou assimilé;
- 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 parcouru à partir du 11<sup>ème</sup> kilomètre parcouru pour le transport en ambu-sanitaire. L'intervention s'élève à 0,77 € pour le transport des bénéficiaires admis dans un centre de traitement pour dialysés, dans un centre de traitement en radiothérapie et/ou en chimiothérapie;
- Un forfait de 30 € pour le transport en ambulance urgent;
- Un forfait de 25 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en ambulance non urgent ;
- 1,00 € par kilomètre parcouru, à partir du 11<sup>ème</sup> kilomètre parcouru pour le transport en ambulance. L'intervention s'élève à 1,30 € pour le transport des

bénéficiaires admis dans un centre de traitement pour dialysés, dans un centre de traitement en radiothérapie et/ou en chimiothérapie;

- 775 € par transport en hélicoptère de réanimation, limitée aux frais réellement exposés.

Et est limitée :

- A raison de 60 séances par an pour les déplacements relatifs à la revalidation cardiaque, à la revalidation pulmonaire et à la rééducation fonctionnelle liée à la sclérose en plaque;
- En ce qui concerne la revalidation pluridisciplinaire (liste limitative des affections pour la rééducation pluridisciplinaire - § 11, section 10 : physiothérapie – chapitre V: prestations techniques médicales spéciales) : à raison de 60 ou 120 séances maximum selon le nombre de séances maximum prévu par la nomenclature dont référence ci-dessus.

Outre les causes d'intervention fixées aux points A et B ci-dessus, la mutualité se réserve le droit d'intervenir dans les cas jugés dignes d'intérêt sur base d'une demande dûment motivée du membre.

Cette intervention a lieu dans les conditions financières déterminées au présent article et est donc fixée à :

- Un forfait de 5 € pour la prise en charge *et* les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en taxi ou assimilé, à concurrence du prix effectivement réclamé par le transporteur;
- 0,25 € par kilomètre parcouru, à partir du 11<sup>ème</sup> kilomètre parcouru pour le transport en taxi ou assimilé;
- 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 parcouru à partir du 11<sup>ème</sup> kilomètre parcouru pour le transport en ambu-sanitaire.
- Un forfait de 30 € pour le transport en ambulance urgent;
- Un forfait de 25 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus pour le transport en ambulance non urgent ;
- 1,00 € par kilomètre parcouru, à partir du 11<sup>ème</sup> kilomètre parcouru pour le transport en ambulance.
- 775 € par transport en hélicoptère de réanimation, limitée aux frais réellement exposés.

Les cas jugés dignes d'intérêt sont ceux qui ne rentrent pas dans les critères d'intervention du service, définis ci-dessus, mais qui, sur base des résultats d'une enquête sociale menée par un assistant(e) social(e), entraîneront néanmoins son intervention.

L'examen de l'assistant(e) social(e) porte sur les critères suivants : difficulté ou absence de mobilité du membre, problématique médicale.

Constituent des cas jugés dignes d'intérêt, les difficultés de mobilité et problématiques médicales suivantes:

- I. La déficience locomotrice du membre :
  - Qui est en fauteuil roulant,
  - Ambulateur, soit le membre qui n'est pas en fauteuil roulant mais qui rencontre des difficultés telles que :
    1. Marcher 350 m sans repos
    2. Monter et descendre les escaliers
    3. Transporter 1 objet de 4.5 kg sur 10 m
    4. Se tenir debout plus de 20 minutes
    5. Se pencher et ramasser un objet
    6. Se servir de ses doigts
    7. Etendre les bras.
- II. La déficience intellectuelle du membre :
  - Difficulté à parler et à être compris,
  - Problème de mémoire et/ou apprentissage.
- III. La déficience visuelle du membre reconnu aveugle.

La longueur du déplacement est fixée en prenant pour base la distance séparant le domicile du malade de l'établissement hospitalier ou du cabinet du médecin spécialiste.

Toutefois, la notion de domicile est étendue :

- A la voie publique, lorsqu'il n'y a pas de tiers responsable, pour les transports en ambulance, les transports en hélicoptère de réanimation;
- A la maison de repos ou de convalescence, lorsque le malade y séjourne temporairement ou définitivement.

Lorsque des sommes sont allouées au bénéficiaire en vertu du droit commun, la mutualité est mandatée pour récupérer les prestations accordées indûment. En aucun cas, l'intervention de la mutualité ne peut être supérieure à la somme réellement déboursée par l'affilié.

En aucun cas, le service « Transport des malades » n'interviendra dans le coût des frais de type administratif qui seraient facturés par le transporteur pour ses prestations de transport.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Transport des malades"

Pour prétendre à l'intervention du service "Transport des malades", le bénéficiaire devra fournir :

- Une facture ou un reçu mentionnant la somme déboursée et le nombre de kilomètres parcourus;
- Un certificat rédigé par le médecin traitant ou par le médecin attaché à l'établissement hospitalier attestant la nécessité d'utiliser une voiture automobile, un taxi ou une ambulance et mentionnant la raison médicale exacte qui justifie le transport.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Transport des malades".

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Transport des malades" figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 52 : Service "Activ Jeunes"**

*(approbation sous réserve – Conseil du 28 juillet 2010)*

La mutualité organise le service "Activ Jeunes" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service "Activ Jeunes"

Le service "Activ Jeunes" est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service "Activ Jeunes" a pour but d'intervenir dans les dépenses relatives aux classes dites vertes, de mer, de neige, culturelles, dans les frais de stages sportifs et récréatifs ainsi que dans les dépenses relatives aux plaines de jeux pour les enfants âgés de moins de 19 ans.

Le montant de l'intervention du service est fixé comme suit :

- a) 10 € par jour pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans dans les frais des séjours organisés par l'ASBL "Latitude Jeunes – Réseau Solidaris" ou par l'ASBL "Vacances des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège-Réseau Solidaris";

L'intervention est portée à 20 € par jour dans les frais des séjours organisés par les ASBL précitées ainsi que par l'ASBL Latitude Junior-Réseau Solidaris à destination des enfants porteurs de handicap et bénéficiant donc d'un encadrement spécifique. Cette intervention est octroyée lorsque le bénéficiaire qui participe à ce séjour est âgé de moins de 19 ans et est porteur d'un handicap.

- b) 10 € par jour pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans dans les frais de stage en externat organisés par l'ASBL "Latitude Jeunes – Réseau Solidaris" ou par l'asbl « Latitude Junior-Réseau Solidaris » ou par l'ASBL "Vacances des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège-Réseau Solidaris";

- c) 10 € par jour pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans dans les frais des séjours organisés par la Provinciale de Liège de l'asbl Faucons Rouges (siège social est à Huy, rue Entre Pont), organisation apparentée au mouvement socialiste;
- d) 5,00 € par jour pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans dans les frais de séjour organisés par les établissements d'enseignement (classes dites vertes, de mer, de neige, culturelles) dans la période s'étalant du 1er septembre au 30 juin (pendant l'exercice scolaire);
- e) 5,00 € par jour pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans dans les frais de stages sportifs et récréatifs organisés, pendant les vacances scolaires, par un club sportif ou par une association dûment agréée ;
- f) 2,00 € par jour pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans dans les frais relatifs aux plaines de jeux organisées, pendant les vacances scolaires, par un CPAS ou l'administration communale ou par un organisateur reconnu par un pouvoir public fédéral, régional, communautaire ou communal ;
- g) en outre, le service "Activ Jeunes" remboursera, dans les limites du territoire belge, les frais de voyages organisés par l'ASBL "Latitude Jeunes – Réseau Solidaris" ou par l'ASBL "Vacances des Femmes Prévoyantes Socialistes de Liège – Réseau Solidaris" (cfr les points a) et b) ci-avant).

Les interventions prévues aux points a, b et c ci-avant ne peuvent être accordées qu'à concurrence de maximum 14 jours par enfant et par an.

Les interventions prévues aux points d, e et f ci-avant ne peuvent être accordées globalement qu'à concurrence de maximum 100 € par enfant et par an, et sous déduction, le cas échéant, de l'intervention de la société mutualiste Mutualis pour le service « Sports pour enfants » (article 47/17 des statuts de Mutualis).

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 "Activ Jeunes"

Pour être admis au bénéfice du service, le bénéficiaire doit produire :

- Pour les séjours :  
Une attestation délivrée par l'organisateur du séjour, mentionnant les dates et lieu de séjour, ainsi que le nom du participant et le montant payé par ce dernier;
- Pour les stages sportifs et récréatifs ainsi que les plaines de jeux :  
Une attestation délivrée par l'organisateur du stage ou des plaines mentionnant la nature du stage, les dates de fréquentation ainsi que le nom du participant et le montant payé par ce dernier.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service et le bénéficiaire doit, en vertu de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) de la loi du 6 août

1990, également être membre de l'entité mutualiste pendant toute la durée de l'activité pour laquelle la mutualité intervient.

3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Activ Jeunes" figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

**Article 53 : Service « Prothèses capillaires ».**

La mutualité organise le service "Prothèses capillaires" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

1. Description du service.

Le service a pour but d'allouer une intervention financière dans la fourniture d'une prothèse capillaire.

L'intervention est plafonnée à 90 euros, à concurrence des frais réellement exposés, et renouvelable tous les deux ans. Elle ne peut être obtenue qu'en cas d'intervention de l'assurance obligatoire.

2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.

Pour prétendre à l'avantage, le bénéficiaire devra fournir une facture originale attestant des sommes déboursées pour l'acquisition de la prothèse.

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

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Prothèses capillaires".

3. Cotisations.

Les cotisations afférentes au service figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

**Article 53 bis: Service "Intervention dans le cadre du Répit"**

La mutualité organise le service "Intervention dans le cadre du Répit" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

1. Description du service "Intervention dans le cadre du Répit"

Les membres visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts peuvent faire appel au service « Intervention dans le cadre du Répit ».

Le « Répit » se définit comme une prestation ayant pour objet la prise en charge de la personne en situation de handicap, permettant à cette dernière 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 disposition des familles touchées par le handicap des solutions de répit dans le but de soulager les membres de la famille aidant la personne handicapée.

Le membre 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 par une structure reconnue et subsidiée dans le cadre du « Répit » par l'organisme public compétent pour prétendre à l'intervention du service.

Les organismes publics compétents sont l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) chargée de mener à bien la politique wallonne en matière d'intégration des personnes handicapées en application du Code Wallon de l'action sociale et de la santé et l'Office germanophone pour personnes handicapées ([Dienststelle für Personen mit Behinderung](#)), compétent pour l'intégration des personnes handicapées résidant en Communauté germanophone en application du décret de la Communauté germanophone du 19 juin 1990 portant création d'un "Dienststelle der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Personen mit einer Behinderung " (Office de la Communauté germanophone pour les personnes handicapées).

Le service a pour but d'allouer une intervention plafonnée à 2 € par heure prestée avec un maximum de 10 heures d'affilée par journée de prise en charge, un maximum de 3 jours et 2 nuits de prise en charge consécutifs par prise en charge.

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

Dans tous les cas, l'intervention du service sera limitée aux frais réellement exposés par le bénéficiaire. Elle concerne uniquement les frais de prise en charge par le service organisant la prestation « Répit », à l'exclusion de tout frais annexe (frais de déplacement, ...).

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Intervention dans le cadre du Répit"

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

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Intervention dans le cadre du Répit".

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Intervention dans le cadre du Répit" figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

### **Article 54 : Service "Psychomotricité".**

La mutualité organise le service "Psychomotricité" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

#### 1. Description du service "Psychomotricité"

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service intervient dans le coût d'une séance de psychomotricité à raison de 3,75 € par séance avec un maximum de 100 séances par an et par enfant.

L'intervention est réservée aux enfants âgés de moins de 18 ans, au moment de la prestation, qui recourent à la psychomotricité sur prescription médicale.

Elle est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement encourus.

#### 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Psychomotricité"

Le bénéficiaire du service doit remettre à la mutualité :

✓ Une déclaration, dont le modèle est fixé par la mutualité, délivrée par le psychomotricien, attestant de la date de la prestation, reprenant les nom et prénom du bénéficiaire et les cachet et signature du prestataire.

✓ Une prescription médicale précisant que une ou des séances de psychomotricité est (sont) nécessaire(s).

Un reçu attestant du montant des frais réels encourus par le bénéficiaire devra également être remis à la mutualité.

A l'expiration d'un délai d'un an prenant cours à la date de la 1<sup>ière</sup> 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.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Psychomotricité".

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Psychomotricité" figurent au tableau des cotisations visées au chapitre IX des présents statuts.

#### **Article 55 : Service "Dépistage".**

La mutualité organise le service "Dépistage" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

##### 1. Description du service "Dépistage"

Le service "Dépistage" est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service "Dépistage" a pour but d'intervenir dans les frais résultant d'un examen de dépistage d'une maladie visée à cet article.

Le montant de l'intervention forfaitaire du service "Dépistage" est fixé comme suit :

- a) 5,00 €, une fois par période de deux ans, dans le coût résultant d'une mammographie pratiquée dans le cadre du dépistage du cancer du sein;
- b) 3,00 €, une fois par période de deux ans, dans le coût résultant d'un frottis effectué dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus;
- c) 3 €, une fois par période de deux ans, dans le coût du scanner du poumon pratiqué dans le cadre du dépistage du cancer du poumon ;
- d) 10,00 €, une fois par période de trois ans, dans le coût d'un examen de dépistage du cancer du colon;
- e) 6,00 €, une fois par période de deux ans, dans le coût d'un électrocardiogramme à l'effort pratiqué dans le cadre du dépistage des maladies cardio-vasculaires;
- f) 15,00 €, une fois par période de deux ans, dans le coût d'une densitométrie osseuse pratiquée dans le cadre du dépistage de l'ostéoporose;
- g) 30,00 €, une fois par an, dans le coût d'un fibrotest ou d'un fibroscan pratiqué dans le cadre du dépistage d'une fibrose du foie;
- h) 3,75 € dans le coût des examens de dépistage des maladies hépatiques, du cancer de la peau, du cancer des ganglions et de la thyroïde.
- i) 10 €, une fois par période de 5 ans, dans le coût d'un examen de dépistage de l'asthme, pratiqué sur un bénéficiaire âgé de 6 ans au moins.
- j) 6 €, une fois par période de 5 ans, dans le coût d'un examen de dépistage de la broncho-pneumonie chronique obstructive (BPCO).

Pour ce qui concerne les examens visés aux points a), b), c), d), e), h), i) et j) décrits ci-avant, l'intervention du service "Dépistage" ne sera octroyée que pour autant qu'il y ait remboursement dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire.

L'intervention financière du service porte sur le montant restant à charge du bénéficiaire après toute autre intervention résultant ou non des présents statuts.

Dans tous les cas, le montant de l'intervention du service "Dépistage" sera plafonné au montant du ticket modérateur restant à charge du bénéficiaire en cas de remboursement par l'assurance soins de santé et indemnités.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Dépistage"

Pour être admis au bénéfice du service "Dépistage", le bénéficiaire doit produire une déclaration dont le modèle est fixé par la mutualité, délivrée par le médecin ou le service de dépistage ayant pratiqué l'examen. Cette déclaration mentionnera :

- ✓ La date de prestation;
- ✓ Le cas échéant le code INAMI;
- ✓ L'identité du bénéficiaire;
- ✓ Le montant payé par celui-ci
- ✓ Le cachet et la signature du médecin.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Dépistage".

## 3. Cotisations.

Les cotisations afférentes au service "Dépistage" figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 56 : Service "Arrêt du tabagisme".**

La mutualité organise le service "Arrêt du tabagisme" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service intervient dans le coût du traitement destiné à l'arrêt du tabagisme à concurrence de 25 € par an et par affilié.

L'intervention est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement encourus.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Arrêt du tabagisme"

Le bénéficiaire du service doit remettre à la mutualité :

- ✓ Le modèle BVAC délivré par le pharmacien établi au nom du bénéficiaire.
- ✓ Une prescription médicale précisant le traitement à suivre.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Arrêt du tabagisme".

## 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Arrêt du tabagisme" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts .

### **Article 57 : Service « Diabète »**

La mutualité organise le service "Diabète" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

#### **1. Description du service "Diabète"**

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Il est cependant réservé aux membres :

- Qui sont détenteurs du passeport diabète visé par l'arrêté royal du 10 mars 2003 (MB du 17 mars 2003),
- Qui sont concernés par la convention INAMI de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et/ou par l'avenant à cette convention conclu en application de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins et portant conséquences aux possibilités de prise en charge prévues par la convention.
- Qui sont concernés par la convention INAMI de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

En fonction de la situation médicale du membre et conformément à la réglementation applicable en matière de soins de santé et d'indemnités, ces conditions peuvent être mais ne sont pas nécessairement cumulatives dans le chef du membre.

Dans tous les cas, le service intervient dans le coût de l'acquisition de tigettes et de lancettes (matériel consommable) destinées à mesurer le taux de sucre dans le sang ainsi que dans le coût d'aiguilles d'injection d'insuline ou d'incrétinomimétiques, à concurrence de 100 € par an et par membre, que le membre fasse partie d'une ou de plusieurs des catégories précitées.

L'intervention est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement encourus.

#### **2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Diabète"**

Le membre doit fournir à la mutualité une facture d'achat datée ou un BVAC dûment complété par le pharmacien en cas d'achat en pharmacie et attestant du montant des frais réellement supportés, qui mentionne le nom de l'affilié et le coût du matériel acquis. Il

doit également prouver qu'il remplit au moins une des conditions définies au point 1 du présent article.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Diabète".

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Diabète" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 57 bis : Service « Diététique »**

La mutualité organise le service "Diététique" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service a pour but d'octroyer une intervention dans les frais d'un bilan diététique à concurrence de 25,00 € maximum et dans le coût 6 séances de suivi diététique à concurrence de 12,50 € par séance aux membres qui présentent un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 et qui disposent d'un Dossier Médical Global (DMG) visé par le numéro 102771 ou par le numéro 102793 du code de nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention pour les séances de suivi diététique est conditionnée au remboursement préalable d'un bilan diététique ainsi qu'à la prescription médicale d'un suivi diététique ou à la nécessité d'un tel traitement attestée par un diététicien.

L'intervention du service est valable pour une durée de de 12 mois à compter de la date du bilan diététique remboursé et peut être renouvelée au terme de cette période moyennant le respect des conditions susmentionnées.

Seules les prestations réalisées par un(e) diététicien(ne) agréé(e) par la mutualité pourront être remboursées. La liste des diététicien(ne)s est jointe en annexe (annexe II.B) et fait partie intégrante des statuts.

L'intervention du service est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement encourus.

### 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Diététique"

Le DMG doit être ouvert et en cours de validité au moment où le bilan diététique est réalisé. La période de validité débute le jour où le DMG est attesté ou prolongé et court jusqu'au 31 décembre de la deuxième année civile suivante.

Le membre doit par ailleurs fournir à la mutualité l'attestation du médecin généraliste ou du diététicien faisant état d'un IMC égal ou supérieur à 25 nécessitant un suivi diététique, l'attestation de réalisation du bilan diététique sur prescription médicale, ainsi que l'attestation de prestation des séances de suivi diététique.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Diététique".

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Diététique" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 58 : Service « Fécondation in vitro ».**

La mutualité organise le service "Fécondation in vitro" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service.

Le service a pour but d'octroyer une intervention financière d'un montant de maximum 500 € par an dans le coût des traitements de fécondation in vitro pris en charge par l'assurance obligatoire et facturés par un établissement hospitalier.

### 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service.

L'intervention du service est accordée sur présentation de la facture de l'établissement de soins.

Dans tous les cas, le montant de l'intervention sera limité aux frais réellement supportés par le bénéficiaire. L'intervention concerne les frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'assurance obligatoire.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Fécondation in vitro".

### 3. Cotisations.

Les cotisations afférentes au service figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 59 : Service "Orthopédie – Posturologie - Posturopodie"**

La mutualité organise le service " Orthopédie – Posturologie-posturopodie " visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service

Le service est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, visés aux catégories 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service a pour but d'intervenir dans le coût, soit des semelles proprioceptives posturales ou fonctionnelles biomécaniques fournies par un posturopodiste, soit des semelles orthopédiques prescrites par un prestataire de soins et pour lesquelles un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé est octroyé.

En cas de fourniture de semelles par un posturopodiste, ce dernier doit être agréé par la mutualité et faire partie de la liste des posturopodistes ayant suivi la formation adéquate les habilitant à fournir ce type de semelles. La liste est reprise à l'annexe II.C. des présents statuts.

L'intervention s'élève à :

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

Dans tous les cas, l'intervention financière dans le cadre de l'«orthopédie-posturologie-posturopodie » est conditionnée à la détention d'un Dossier Médical Global (DMG) visé par le numéro 102771 ou par le numéro 102793 du code de nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention du service est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement encourus.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service

Pour prétendre à l'intervention du service, le bénéficiaire devra remettre à la mutualité :

- Un reçu délivré par le prestataire ou le posturopodiste mentionnant les frais réellement exposés par le bénéficiaire.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service.

## 3. Les cotisations.

Les cotisations afférentes au service figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 61 bis : Service "Médicaments antihistaminiques"**

La mutualité organise le service "Médicaments antihistaminiques" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service.

Le service est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Il a pour but d'octroyer une intervention financière dans le coût des médicaments antihistaminiques. L'intervention du service « Médicaments antihistaminiques » est en outre conditionnée à celle de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût de ces médicaments.

L'intervention correspond à 50 % du montant de l'intervention personnelle légale (ticket modérateur) à charge du bénéficiaire après intervention de l'assurance obligatoire.

L'intervention prévue au présent article ne peut être accordée qu'à concurrence de maximum 50 € par bénéficiaire et par an.

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 "Médicaments antihistaminiques".

Le service est réservé aux membres qui disposent d'un Dossier Médical Global (DMG) visé par le numéro 102771 ou par le numéro 102793 du code de nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le DMG doit être ouvert et en cours de validité au moment où l'acquisition du médicament est effectuée. La période de validité débute le jour où le DMG est attesté ou prolongé et court jusqu'au 31 décembre de la deuxième année civile suivante.

Le bénéficiaire peut prétendre à l'avantage pour autant que le coût du médicament fasse l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

Par ailleurs, pour prétendre à l'avantage, le bénéficiaire devra fournir à la mutualité un BVAC dûment complété par le pharmacien attestant du médicament acheté, du montant des frais réellement supportés et du nom de l'affilié.

### 3. Les cotisations.

Les cotisations afférentes au service figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 62 : Service "Convalescence"**

La mutualité organise le service "Convalescence" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service "Convalescence"

Le service "Convalescence" est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Le service "Convalescence" a pour but d'offrir aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, une cure de convalescence d'une durée de trente-cinq jours au plus par année civile, selon l'avis du médecin-conseil, dans les établissements agréés par la mutualité et autres que ceux gérés par l'Union Nationale, lorsqu'ils relèvent d'une maladie grave ayant nécessité une hospitalisation ou d'une opération chirurgicale.

L'utilité ou la nécessité du placement ainsi que sa durée sont établies par un rapport adressé par le médecin traitant au service.

La mutualité intervient à concurrence de 6,20 € par jour pour les frais de séjour du malade dans un établissement de convalescence agréé par la mutualité.

### 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Convalescence"

Pour prétendre à l'avantage, le bénéficiaire doit produire un formulaire d'engagement fourni par le Centre de Service Social de la mutualité et dûment complété par la Direction de l'établissement agréé par la mutualité.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Convalescence".

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Convalescence" figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 63 : Service « Les gestes qui sauvent »**

La mutualité organise le service "Les gestes qui sauvent" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service "Les gestes qui sauvent"

Le service visé au présent article est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

- A.** Le service octroie une intervention forfaitaire dans le coût de cinq formations de base aux gestes qui sauvent dispensées par la Croix Rouge de Belgique:
- 45 € pour le brevet de secouriste,
  - 30 € pour le brevet européen de premier secours (BEPS),
  - 15 € dans le cadre de la réanimation pédiatrique,
  - 5 € pour le brevet de Benjamin secouriste,
  - 15 € dans le cadre de la pratique de la réanimation cardio-pulmonaire et de l'utilisation d'un défibrillateur.

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

L'intervention du service est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement supportés par le membre.

- B.** Le service octroie également une intervention forfaitaire dans le cout de trois formations de base aux gestes qui sauvent dispensées par l'ASBL HUPRACO (Siège social : Rue de l'Industrie 20 à 1400 Nivelles).

- 45 € pour la formation «J'agis pour la vie »,
- 30 € pour la formation « J'apprends pour la vie »,
- 15 € dans le cadre de la réanimation et de la défibrillation.

Le service intervient en considération des conditions imposées par l'ASBL HUPRACRO pour ses formations (accès aux formations,.....)

L'intervention du service est, dans tous les cas, limitée aux frais réellement supportés par le membre.

## 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Les gestes qui sauvent"

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

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Les Gestes qui sauvent".

Le membre doit, en vertu de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, b) de la loi du 6 août 1990, également être membre de l'entité mutualiste pendant toute la durée de l'activité pour laquelle la mutualité intervient.

### 3. Cotisations

Les cotisations afférentes au service "Les Gestes qui sauvent" figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

## **Article 65 : Service "Prothèses dentaires"**

La mutualité organise le service "Prothèses dentaires" visé à l'article 2 des présents statuts selon les modalités définies ci-après :

### 1. Description du service "Prothèses dentaires"

Le service " Prothèses dentaires" est accessible aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge visées aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

Il a pour but d'octroyer une intervention financière d'un montant de maximum 150 € dans le coût d'une prothèse dentaire amovible placée sur tout bénéficiaire âgé de moins de 50 ans au moment du placement.

L'intervention visée à l'alinéa précédent est octroyée par type de prothèse (inférieure ou supérieure).

Dans tous les cas, le montant de l'intervention sera limité aux frais réellement supportés par le bénéficiaire pour l'acquisition de sa prothèse amovible.

Le bénéficiaire, au sens du présent article, peut solliciter l'intervention une fois par période(s) de 7 ans. Cette période prend cours à partir de la date d'acquisition de la prothèse.

Par exception à l'alinéa précédent, si un autre placement de prothèse dentaire doit être effectué au cours de la même période, le bénéficiaire pourra à nouveau solliciter l'intervention du service si le montant que lui a versé la mutualité en vertu du présent article était inférieur à 150 €. Dans ce cas, le service interviendra pour la différence pour autant que la condition d'âge soit toujours respectée.

### 2. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier du service "Prothèses dentaires"

Le service interviendra pour autant que le bénéficiaire ne puisse prétendre à aucune intervention de l'I.N.A.M.I. dans le coût ou le placement d'une prothèse dentaire amovible.

Par ailleurs, pour prétendre à l'avantage, le bénéficiaire devra fournir :

- Une déclaration dont le modèle est établi par la mutualité, délivrée par le prestataire qui atteste du placement d'une prothèse dentaire amovible au bénéficiaire et de la date de la prestation. La déclaration doit également reprendre l'identité du bénéficiaire;
- Une facture ou un reçu attestant des sommes déboursées pour l'acquisition de la prothèse amovible. La date de cette facture (ou du reçu) fera foi pour évaluer le début de la période de 7 ans définie au point , alinéa 5 du présent article.

Une période de stage de six mois est requise avant de prétendre aux avantages du service "Prothèses dentaires".

### 3. Les cotisations.

Les cotisations afférentes au service figurent au tableau des cotisations visé au chapitre IX des présents statuts.

### **Article 66 : Services organisés par le biais de l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme - Réseau Solidaris», ( A.S.W. – Réseau Solidaris)**

La mutualité a conclu avec l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme – Réseau Solidaris» un accord de collaboration ayant pour but d'organiser une série de services, conformément à l'article 2 des présents statuts et dont les modalités sont définies ci-après :

#### A. Description des services de la mutualité organisés par le biais de l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme – Réseau Solidaris »

Les services organisés par le biais de l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme – Réseau Solidaris» sont accessibles aux membres ainsi qu'aux personnes à leur charge, visés aux catégories de membres 1, 2, 3 et 4 telles que définies à l'article 10 des présents statuts.

L'A.S.B.L. « A.S.W. – Réseau Solidaris» s'engage à utiliser l'intervention de la mutualité dans le cadre de la réalisation de son objet social, à savoir la constitution et la gestion d'un fonds permettant l'octroi d'une intervention de 1,50 € par jour dans le coût de l'accueil journalier de personnes âgées de plus de 65 ans au centre de jour « La Cigale » et dans le coût du séjour dans la maison de repos « les heures paisibles-Intersenior ». Ces structures sont situées Avenue de la Résistance, 4 à 4300 Waremme.

#### B. Conditions à remplir pour pouvoir bénéficier des services organisés par le biais de l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme – Réseau Solidaris»

L'ensemble des services organisés par le biais de l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme – Réseau Solidaris» sont accessibles à tous les membres sans condition particulière.

#### C. Cotisations

Les cotisations afférentes aux services organisés par le biais de l'A.S.B.L. « Aide et Solidarité Waremme – Réseau Solidaris» figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

## **CHAPITRE VI : BUDGET ET COMPTES**

### **Article 67**

La mutualité tient une comptabilité établie conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi du 6 août 1990 et de ses arrêtés d'exécution.

Le Conseil d'administration de la mutualité arrête les comptes annuels, établit un projet de budget de l'exercice suivant et rédige un rapport de gestion sur l'exercice écoulé.

Le projet de comptes annuels (comprenant le bilan, les comptes de résultats et le rapport de gestion), le rapport du (des) commissaire(s)-reviseur(s) et le projet de budget pour l'exercice suivant, sont soumis à l'approbation de l'Assemblée générale de la mutualité.

### **Article 68 : Révisorat**

Le contrôle de la situation financière, des comptes annuels et de la régularité au regard des lois et des dispositions administratives régissant la mutualité pour l'assurance obligatoire et au regard des présents statuts, des opérations à constater dans les comptes annuels, est confié à un ou plusieurs commissaires, nommés pour trois ans par l'Assemblée générale de la mutualité parmi les membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises agréés par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Les émoluments du ou des commissaires sont fixés par l'Assemblée générale de la mutualité à l'occasion de leur nomination.

Les commissaires sortants sont rééligibles.

Les commissaires-reviseurs font rapport sur les résultats de leur contrôle à l'Assemblée générale de la mutualité chargée du contrôle des comptes annuels de la mutualité.

## **CHAPITRE VII : MODIFICATION DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS**

### **Article 69**

Les statuts de la mutualité ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la loi du 6 août 1990 et les statuts.

Les modifications aux statuts sont transmises à l'Office de Contrôle des Mutualités.

Les dispositions concernant la dissolution de la mutualité, la désignation du ou des liquidateurs et l'affectation des fonds de réserve sont celles visées au Chapitre V - Section 2 de la loi du 6 août 1990.

## **CHAPITRE VIII : ENTREE EN VIGUEUR**

### **Article 70**

Ces statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale après approbation par l'Office de Contrôle des Mutualités.

## **CHAPITRE IX : TABLEAU DES COTISATIONS**

### **Article 71 : Tableau des cotisations**

Les membres affiliés à la mutualité s'engagent à payer une cotisation mensuelle pour pouvoir bénéficier des services et avantages proposés par la mutualité.

Le montant de la cotisation 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 relative à l'assurance obligatoire.

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 (BO) se voit reconnaître le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), 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.

Par exception à l'alinéa qui précède :

- lorsque le changement de statut prend effet plus de 6 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 €,

la mutualité procèdera à la régularisation avec effet rétroactif, dans les limites de la prescription.

Dans les tableaux de cotisations qui figurent en annexe, le montant de la cotisation mensuelle est converti en un montant annuel (bien que statutairement les cotisations restent dues par mois).

Conformément à la circulaire 05/07 du 25 avril 2005 de l'O.C.M., la mutualité présente une structure de tableaux de cotisations qui comprennent 2 parties distinctes :

1. Un tableau reprenant les services organisés par la mutualité dans le cadre de son assurance complémentaire.
2. Un tableau indiquant les services organisés par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (U.N.M.S.) et la société mutualiste Mutualis.

En ce qui concerne les services visés à la première partie décrite ci-dessus, le tableau est divisé en 2 parties (une partie identifiant les opérations en application de l'art. 3, al. 2, de la loi du

06/08/1990 précitée et la seconde partie identifiant, 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) dont chacune sera divisée en 5 colonnes indiquant :

- A. Par ordre croissant, les codes de classification des services tels que repris à la circulaire 99/17 du 14 décembre 1999 complétée par la circulaire 11/13 du 4 décembre 2000;
- B. La dénomination statutaire du service;
- C. L'article des statuts concernés;
- D. Dans le cas où la mise en œuvre de celui-ci est confiée à un tiers dans le cadre d'un accord de collaboration, la dénomination de ce partenaire contractuel;
- E. Pour chaque catégorie de membres cotisants, les taux de cotisation annuels réclamés par la mutualité.

En ce qui concerne les services visés à la deuxième partie du tableau, deux colonnes sont prévues :

1. La première reprenant les codes de classification des services;
2. La seconde, la dénomination statutaire des services.

## **CHAPITRE X : Les services de la mutualité (article 67 alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010)**

### **DISPOSITIONS GENERALES**

La mutualité organise des services visés à l'article 67 alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010, 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, appelés communément « services ni-ni ».

Ces services sont déterminés par l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

Certains de ces services sont organisés par le biais d'un accord de collaboration (article 43 de la loi du 6 août 1990 précitée).

Les services organisés dans le cadre d'un accord de collaboration sont :

- Service patrimonial-financement d'action collective (fondation privée Solidaris Immo),
- Service d'information aux membres (fondation privée Solidaris Immo) et
- Subventionnement de structures socio-sanitaires - Holding du secteur associatif Femmes Prévoyantes Socialistes (asbl Holding FPS- Liège).

Les cotisations affectées aux services visés au présent Chapitre X figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des statuts de la mutualité.

**Article 73 : services ayant pour objet le subventionnement de structures socio-sanitaires organisés dans le cadre du secteur associatif Femmes Prévoyantes Socialistes – Réseau Solidaris (entité Holding FPS).**

A. Description des services.

La mutualité organise, dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'asbl Holding « Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège – Réseau Solidaris » (en abrégé « FPS-Liège ») 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<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 12 mai 2011.

Pour l'exécution de ces services, la mutualité subventionne l'asbl Holding FPS-Liège en vue de la réalisation de son objet social statutaire soit :

la promotion de l'égalité entre homme(s) et femmes(e), le soutien aux familles ainsi que la promotion des finalités poursuivies par la mutualité dont principalement celle de l'éducation à la santé de ses membres.

L'asbl FPS-Liège se propose d'atteindre ce but en constituant et gérant un fonds permettant:

1) l'achat et la vente de terrains, d'immeubles, l'étude et la mise au point des plans en vue de construire ou d'aménager des locaux destinés aux structures visées au point 2 ou à leurs œuvres annexes.

2) 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 « Les Femmes Prévoyantes Socialistes de Verviers - Réseau Solidaris »,
- ASBL « Latitude Jeunes – Réseau Solidaris – Province de Liège»;
- ASBL " Vacances des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège – Réseau Solidaris »;
- ASBL " Centre de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège – Réseau Solidaris ;
- ASBL " FAM – Réseau Solidaris - Mouvement de promotion socioculturelle des Femmes Prévoyantes Socialistes de Liège-Huy-Waremme »,
- ASBL " Retravailler Liège – Réseau Solidaris– Association d'insertion socio-professionnelle des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège ».

L'ASBL FPS-Liège 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 :

- Service de Planning Familial » (asbl " Centre de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège – Réseau Solidaris ») :

accueillir, informer, éduquer et accompagner les personnes, les couples et les familles, ainsi qu'animer des groupes, notamment de jeunes, dans le cadre de la vie affective, sexuelle et relationnelle.

Dans ce cadre, l'asbl « Centre de Planning familial » a pour mission de :

- 1° organiser des consultations psychologique, sociale, médicale et juridique;
- 2° préparer les jeunes à la vie affective et sexuelle;
- 3° informer les personnes et groupes sur 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 et affective;
- 4° aider les personnes dans les problèmes d'infertilité, de contraception et dans tout autre aspect de leur vie sexuelle et affective;
- 5° aider les femmes enceintes en difficultés;
- 6° porter à la connaissance du public les notions de droit familial;
- 7° 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'asbl peut développer des activités dans des domaines spécialisé notamment dans la pratique de l'interruption volontaire de grossesse réalisée 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.

- Services d'éducation permanente et à la santé :

Ces services sont réalisés par :

- L'asbl FAM – Réseau Solidaris - Mouvement de promotion socioculturelle des Femmes Prévoyantes Socialistes de Liège-Huy-Waremme ) dont l'objet social statutaire est :
  - 1°) la promotion de l'égalité entre homme(s) et femmes(e), le soutien aux familles, leur bien-être physique, moral, social, psychique et familial;
  - 2°) le développement d'activités et d'actions de promotion, de prévention et d'éducation de et à la santé;
  - 3°) le développement d'actions et d'activités suscitant la prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité et de participation active, des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation;
  - 4°) la mise en place d'activités et d'actions auprès des enfants visant le développement de leurs qualités morales, physiques, culturelles et sociales;
  - 5°) l'information et l'éducation des femmes, des enfants et de leur famille par l'édition, la diffusion, le soutien, la participation de et à des publications;
  - 6°) la réalisation ou la participation de ou à des formations de cadre.
- L'asbl Les Femmes Prévoyantes Socialistes de Verviers dont l'objet social statutaire est :

promotion de l'égalité entre homme(s) et femmes(e), soutien aux familles ainsi promotion des finalités poursuivies par la mutualité dont principalement celle de l'éducation à la santé de ses membres.

L'asbl Les Femmes Prévoyantes Socialistes de Verviers a également pour but :

- 1°) le bien-être physique, moral, social, psychique et familial de la femme,
- 2°) le développement d'activités et d'actions de promotion, de prévention et d'éducation de et à la santé;
- 3°) le développement d'actions et d'activités suscitant la prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité et de participation active, des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation;
- 4°) la mise en place d'activités et d'actions auprès des enfants visant le développement de leurs qualités morales, physiques, culturelles et sociales;
- 5°) l'information et l'éducation des femmes, des enfants et de leur famille par l'édition, la diffusion, le soutien, la participation de et à des publications;
- 6°) la réalisation ou la participation de ou à des formations de cadre.

-Services de réinsertion socio-professionnelle (asbl Retravailler Liège -Réseau Solidaris) :

promouvoir et développer des projets et des actions durables d'insertion socio-professionnelle par la réalisation des missions suivantes :

1. accueil, information, et formation de personnes en recherche d'emploi;
2. formation de formateurs en vue de ces actions et notamment la formation à la méthode "Retravailler" dont les Femmes prévoyantes socialistes sont dépositaires pour la partie francophone du pays.

L'association développe également des activités d'outplacement ou de reclassement professionnel pour le compte d'un employeur.

-Services de l'enfance et de la jeunesse (asbl Latitude Jeunes-Réseau Solidaris) :

1°) contribuer à la promotion du bien-être physique, psychique et social de l'enfant et du jeune, avec ou sans handicap, en rapport avec l'environnement dans lequel il évolue ;

2°) 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 ;

3°) développer des activités dans le cadre de l'organisation de jeunesse Latitude Jeunes. L'asbl 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.

- Services vacances (asbl Vacances des Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège – Réseau Solidaris)

Organisation de vacances dans un but éducatif ou de promotion du bien-être physique, psychique, moral et social.

L'ensemble des services visés au présent article s'adresse à tout public, membre ou non de la mutualité.

En aucun cas, le subventionnement visé au présent article ne sert à octroyer un avantage aux membres de la mutualité dans le cadre des opérations au sens de l'art. 3, al. 2, de la loi du 06/08/1990 précitée ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres de la mutualité.

B. Cotisations

Les cotisations afférentes aux services visés au point A du présent article affectées à l'asbl Holding « Femmes Prévoyantes Socialistes de la Province de Liège – Réseau Solidaris » figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à l'asbl Holding FPS-Liège est fixé pour l'année 2021 à 1.865.000 €.

Le montant de l'intervention qui a effectivement été transféré s'élève à 1.776.316 € pour l'année 2020.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du subventionnement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

Chaque membre de la mutualité recevra, sur simple demande, toutes les informations possibles concernant le subventionnement des structures socio-sanitaires en exécution de l'accord de collaboration conclu avec l'asbl Holding FPS-Liège ainsi que le budget, les comptes annuels de l'asbl Holding FPS-Réseau Solidaris de même que le rapport du reviseur de cette dernière asbl.

**Article 74 : Service d'aide et de soins à domicile - Subventionnement de structure socio-sanitaire (ASBL « Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris »).**

A. Description du service.

La mutualité organise le service d'aide et de soins à domicile qui a pour objet le subventionnement d'une structure socio-sanitaire conformément à l'article 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 12 mai 2011.

Pour l'exécution de ce service, la mutualité subventionne l'asbl Centrale de Services à Domicile-Réseau Solidaris en vue de la réalisation de son objet social statutaire soit :

créer et promouvoir des service d'aide et de soins à domicile pour les familles, les personnes âgées, les handicapés et les malades ainsi que coordonner les soins et services à domicile dispensés aux personnes privées d'autonomie.

Pour atteindre ce but, l'asbl :

- met temporairement à disposition de ces personnes des aides familiales, des aides seniors, des infirmières, d'autres personnes ou des services tels que repas à domicile pour une assistance ou un remplacement dans l'accomplissement des tâches familiales ou domestiques et ce, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses;
- organise la formation continuée des aides familiales et aides seniors, des conférences, édite des publications et, en général use de tous les moyens d'information et d'éducation susceptibles de promouvoir la formation et le développement de l'aide aux familles, aux personnes âgées, aux handicapés et aux malades.

L'association a aussi pour but de créer et de promouvoir des services de proximité, tels que petits travaux d'entretien, de réparation et d'aménagement de l'habitat, au bénéfice principal de personnes précarisées, dans le cadre du décret du 14 décembre 2006 relatif à l'agrément et au subventionnement des "Initiatives de développement de l'emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale", en abrégé "I.D.E.S.S." et dans le respect des conditions stipulées par ce décret et par la CSD.

Elle peut également développer toute activité ou service de soins et/ou d'aide à domicile, de proximité ou d'une autre forme pour autant que cette activité ou service poursuive les mêmes fins sociales de protection et d'assistance des familles, des malades, des handicapés, des personnes âgées ainsi que de toute personne précarisée ou en situation sociale ou financière difficile. L'asbl développera ce service dans le respect des conditions d'agrément ou de toute autre condition qui serait requise par un décret ou par la réglementation applicable.

Le service visé au présent article s'adresse à tout public, membre ou non de la mutualité.

En aucun cas, le subventionnement visé au présent article ne sert à octroyer un avantage aux membres de la mutualité dans le cadre des opérations au sens de l'art. 3, al. 2, de la loi du 06/08/1990 précitée ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres de la mutualité.

## B. Cotisations

Les cotisations afférentes au service organisé par le biais de l'A.S.B.L. « Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris » figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à l'asbl Centrale de services à domicile - Réseau Solidaris est fixé pour l'année 2021 à 948.000 €.

Le montant de l'intervention qui a effectivement été transféré s'élève à 902.718 € pour l'année 2020.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du subventionnement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

### **Article 75 : Service patrimonial – Financement d'action collective.**

#### **A. Description du service.**

Le service a pour objet le financement d'une action collective.

Il a pour but de mettre à disposition de la mutualité l'infrastructure nécessaire à l'exécution de ses missions légales et statutaires.

La mutualité a ainsi conclu un accord de collaboration, en application de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 précitée avec la fondation privée « Solidaris Immo » au terme duquel la fondation s'engage à utiliser l'intervention de la mutualité dans le cadre de la réalisation de son objet social statutaire de gestion et d'administration du patrimoine, soit :

Achat et vente de terrains, d'immeubles; étude et mise au point de plans en vue de la construction ou de l'aménagement de locaux destinés aux organisations mutualistes socialistes ou à leurs œuvres annexes; location de tout ou partie de ces immeubles à des organisations apparentées au mouvement socialiste; construction et aménagement d'établissements de soins de santé (hôpital et réseau de polycliniques), principalement mis à disposition des membres de la mutualité.

#### **B. Cotisations**

Les cotisations rétrocédées à la fondation privée "Solidaris Immo", pour le service patrimonial, figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à la fondation privée Solidaris Immo pour ce service est fixé pour l'année 2021 à 1.805.000 €. Le montant de l'intervention transféré s'élève à 1.716.613 € pour l'année 2020.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du subventionnement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée

immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

## **Article 75 bis : Service d'information aux membres**

### A. Description du service

Conformément à l'article 1<sup>ier</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 12 mai 2011, la mutualité organise un service ayant pour objet l'information des membres.

La mutualité a ainsi conclu avec la fondation privée « Solidaris Immo » un accord de collaboration, en application de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 précitée, au terme duquel la fondation s'engage à utiliser l'intervention de la mutualité dans le cadre de la réalisation de son objet social pour les activités suivantes :

- Activités visant à l'information des membres de la mutualité par l'édition, la diffusion ou le soutien de publications concourant à ce but,
- Au moins trimestriellement, conception, édition et distribution du journal de la mutualité informant les membres des activités et services de la mutualité (Solidaris),
- Ponctuellement, promotion de nouveaux avantages de l'assurance complémentaire ainsi que publications diverses portant notamment sur l'utilisation des médicaments génériques et sur divers thèmes liés à la santé.

### B. Cotisations

Les cotisations rétrocédées à la fondation privée "Solidaris Immo", pour le service d'information aux membres, figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à la fondation privée Solidaris Immo pour ce service est fixé pour l'année 2021 à 336.000 €. Le montant de l'intervention transféré s'élève à 320.319 € pour l'année 2020.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du subventionnement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

## **Article 76 : Service ayant pour objet le financement d'actions collectives - Fondation privée "Réseau Solidaris"**

### **A. Description du service.**

Conformément à l'article 1<sup>er</sup>, 5° de l'arrêté royal du 12 mai 2011, la mutualité organise le service ayant pour objet le financement d'actions collectives coordonnées par la fondation privée Réseau Solidaris.

Les actions collectives financées par la mutualité au cours de l'exercice 2020 et, qu'il est prévu de financer au cours de l'exercice 2021, sont :

- A. L'événement annuel « Solidaris Day » : journée festive et rassemblement familial au cours duquel la mutualité Solidaris et ses partenaires actifs dans le domaine de la santé, membres du réseau de la mutualité et dépendant de la fondation réseau Solidaris, présentent collectivement leurs activités et services au public. Cet événement met en exergue la complémentarité de ces activités et services en lien avec la santé. Lors de cette journée, des animations d'éducation à la santé, ludiques, sportives et créatives sont organisées en vue de sensibiliser le public aux avantages et services de la mutualité.  
Le « Solidaris Day » permet à la mutualité et à ses partenaires de se présenter collectivement afin de garantir une prise en charge de qualité et complète en matière de santé.
- B. Dans un objectif de promotion et de prévention de la santé, des actions de terrain, de prévention et de visibilité menées à l'égard du public dans le cadre des journées nationales, mondiales ou internationales d'information et de sensibilisation sur des thèmes liés à la santé telles que les journées de l'audition, de la vaccination, de la lutte contre l'obésité, de la santé bucco-dentaire, du cœur, de lutte contre le tabac, de la contraception, de la personne âgée, de lutte contre la pauvreté, du diabète.
- C. Dans un cadre de promotion et de prévention, des actions de terrain, de prévention et de visibilité sur des thématiques spécifiques telles que le handicap, les médicaments moins chers et l'alimentation saine.

Pour mener à bien ses actions de terrain, la fondation conçoit et/ou distribue des outils didactiques et pédagogiques (exemples : guide des médicaments moins chers, carnet santé, bouchons d'oreilles, boîte à pilules), des produits alimentaires sains (lien fondamental entre le sport, le cœur et l'alimentation), propose un test de dépistage du diabète ou tient des stands d'animation, dans des lieux ouverts au public.

En aucun cas, le financement visé au présent article ne sert à octroyer un avantage aux membres de la mutualité dans le cadre des opérations au sens de l'art. 3, al. 2, de la loi du 06/08/1990 précitée ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres de la mutualité.

## B. Cotisations

Les cotisations afférentes au service de la mutualité organisé par le biais de la fondation privée figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à la fondation privée Réseau Solidaris est fixé pour l'année 2021 à 1.560.000 €.

Le montant de l'intervention qui a effectivement été transféré en 2020 s'élève à 1.485.117 €, soit :

- A. 1.469.392 € pour ce qui concerne l'événement annuel « Solidaris Day »,
- B. 5.592 € dans le cadre de l'organisation des actions menées à l'égard du public dans le cadre des journées nationales, mondiales ou internationales d'information et de sensibilisation sur des thèmes liés à la santé : obésité, personnes âgées-seniors, lutte contre la pauvreté, diabète.
- C. 10.133 € dans le cadre des actions de terrain, de prévention et de visibilité menées sur des thématiques spécifiques : alimentation saine, participation à des événements/salons santé ainsi qu'à des manifestations autour du sport et des bienfaits de l'activité physique, soutien à des actions de lutte contre les violences physiques et morales envers les femmes.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du financement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

### **Article 77 : Service Social.**

#### 1. Objet

Conformément à l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 12 mai 2011, la mutualité organise un service social ayant pour objet l'information des membres.

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.

#### 2. 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 (annexe IV des présents statuts).

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

### 3. 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.

### 4. 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.

## **Article 78 : Service d'aide aux familles et aux personnes âgées - Subventionnement de structure socio-sanitaire (asbl « Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise – en abrégé, Safpa»).**

### A. Description du service.

Conformément à l'article 1ier, 5° de l'arrêté royal du 12 mai 2011, la mutualité organise le service d'aide aux familles et aux personnes âgées qui a pour objet le subventionnement d'une structure socio-sanitaire.

Pour l'exécution de ce service, la mutualité subventionne l'asbl Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise en vue de la réalisation de son objet social statutaire soit l'organisation :

- de cycles de formation familiale, comportant des cours et des stages dans les familles ;
- de l'aide aux familles en cas de maladie, de décès, accouchement, absence prolongée de la mère en cas de surmenage de la mère de famille nombreuse, et dans tous les cas prévus par les lois et les arrêtés royaux ;
- de la création et la gestion de crèches, de mini-crèches, des services de placement familial en externat ou en internat, des garderies, des baby-sittings, des consultations prénatales ou des nourrissons ;
- de la coordination des soins et services à domicile ;
- d'un service de gardes-malades à l'intention des personnes âgées, handicapées et des enfants malades à domicile ;
- d'un service d'aides ménagères ;
- d'un service de gardes de nuit ;
- d'une activité titres-services.

Le service visé au présent article s'adresse à tout public, membre ou non de la mutualité.

En aucun cas, le subventionnement visé au présent article ne sert à octroyer un avantage aux membres de la mutualité dans le cadre des opérations au sens de l'art. 3, al. 2, de la loi du

06/08/1990 précitée ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres de la mutualité.

## B. Cotisations

Les cotisations afférentes au service organisé par le biais de l'asbl «Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise – en abrégé, Safpa » figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à l'asbl Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise est fixé pour l'année 2021 à 92.000 €.

Le montant de l'intervention qui a effectivement été transféré s'élève à 87.360 € pour l'année 2020.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du subventionnement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

## **Article 78 bis: Service de coopération au développement - Subventionnement de structure socio-sanitaire (« asbl Solidarité socialiste – Formation Coopération & Développement - Solsoc»).**

### A. Description du service.

La mutualité organise le service de coopération au développement qui a pour objet le subventionnement d'une structure socio-sanitaire conformément à l'article 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 12 mai 2011.

Pour l'exécution de ce service, la mutualité subventionne l'asbl « Solidarité socialiste – Formation Coopération & Développement - Solsoc» (*entité juridique ayant repris le patrimoine de la fondation privée Solidaris International suite à sa dissolution volontaire avec effet au 31 décembre 2016*) en vue de la réalisation de son objet social statutaire soit :

- a) sensibiliser l'opinion publique de la Communauté Française Wallonie-Bruxelles (Belgique) aux problèmes 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) appuyer, participer et 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, humaines, économiques de base, alimentaires, sanitaires, culturelles et éducationnelles.

- c) mener seule ou 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.

Le service visé au présent article s'adresse à tout public, membre ou non de la mutualité.

En aucun cas, le subventionnement visé au présent article ne sert à octroyer un avantage aux membres de la mutualité dans le cadre des opérations au sens de l'art. 3, al. 2, de la loi du 06/08/1990 précitée ni aucun autre avantage quelconque par rapport aux non-membres de la mutualité.

#### B. Cotisations.

Les cotisations afférentes au service organisé par le biais de l'asbl Solidarité socialiste – Formation Coopération & Développement - Solsoc figurent au tableau récapitulatif des cotisations repris au chapitre IX des présents statuts.

Le montant annuel maximal de l'intervention qu'il est envisagé de transférer à l'asbl est fixé pour l'année 2021 à 31.000 €.

Le montant de l'intervention qui a effectivement été transféré s'élève à 29.120 € pour l'année 2020.

Le Conseil d'administration de la mutualité pourra modifier le montant maximal envisagé du financement. La décision du Conseil d'Administration sera communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle des mutualités par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision.

Les décisions du Conseil d'administration de la mutualité seront insérées, avec effet rétroactif, dans les présents statuts lors de la prochaine assemblée générale.

## ANNEXE I AUX STATUTS : Tableau de cotisations

### I.A. Cotisations obligatoires propres

Cat. 1 Tous les membres

### COTISATION DUE PAR MENAGE MUTUALISTE 2021

OPERATIONS				
Code	Avantages	Art. statuts	Cotisations BO	Cotisations BIM
15	Autres opérations	46-66	47,76	32,76
<b>TOTAL OPERATIONS</b>			<b>47,76</b>	<b>32,76</b>
SERVICES				
98/1	Centre de répartition	48	0,00	0,00
98/2	Caisse administrative	48 bis	0,00	0,00
37	Information aux membres sur les avantages offerts	75 bis et 77	1,32	1,32
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	74,76,78,78bis	10,32	10,32
93	Service patrimonial	75	7,08	7,08
95	Holding du Secteur associatif FPS (socio-san.)	73	7,32	7,32
<b>TOTAL SERVICES</b>			<b>26,04</b>	<b>26,04</b>

## I.B. Autres cotisations obligatoires

Cotisations obligatoires (annuel) (suite)

### B. Autres cotisations obligatoires

*Le tableau ci-dessous donne un aperçu des entités mutualistes liées pour lesquelles une cotisation obligatoire doit être payée. Ces cotisations obligatoires sont reprises dans le tableau de cotisations des entités concernées. Dans l'hypothèse où il ne faut pas payer de cotisation pour tous les services des entités mentionnées, il y a lieu d'énumérer les services auxquels les membres sont obligatoirement affiliés.*

380/02	MUTUALIS
15	Opérations
300	Union nationale des Mutualités socialistes
93	Patrimoine
95	Asbl A.F.S.
98/01	Centre administratif : centre de répartition
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire

## ANNEXE II AUX STATUTS

### Liste des partenaires de Solidaris dans le cadre des avantages :

- II. B. Diététique (article 57 bis).

Nom	Prénom	Rue	Numéro	CP	Ville
AERNOUT	Isabelle	Avenue Albert 1er	185	5000	NAMUR
BAUDELET	Nathalie	C.M.S. Boussu - Rue F. Dorzée	108	7300	BOUSSU
BEGHIN	Muriel	Rue des Alliés	51	6567	MERBES ST MARIE
BILTERYS	Charlotte	Avenue de Fécamp	49	7700	MOUSCRON
BONFOND	Muriel	Place Achille Salée	2	4900	SPA
BOTTEMANNE	Bénédicte	CHR Haute Senne- Chaussée de Braine	47	7060	SOIGNIES
BUTTIGNOL	Florence	Boulevard Louise	18	6460	CHIMAY
CHAUVAUX	Anne	Rue des Conceptionnistes	4	1400	NIVELLES
CHEVALIER	Nathalie	Rue René Magritte	17	7860	LESSINES
COLLIGNON	Aurore	Rue Vincent Bonnechère	25	4367	CRISNEE
COLONIUS	Violaine	Rue des Alexiens (César De Paepe)	11	1000	BRUXELLES
DE BEULE	Geneviève	Rue de Linthout	89A	1030	BRUXELLES
DE COSTER	Karin	Centre Hospitalier Val de Sambre - Chère Voie	75	5060	AUVELAIS
DEFECHE	Marianne	Charreau de Dréhance	31	5500	DINANT
DELTOUR	Françoise	Rue des Plaitoux	7	4620	FLERON
DELWAIDE	Marc	Rue Jean Charles de Hugo	82	6730	BELLEFONTAINE
DEVOS	Virginie	Place Jourdan	14 bte 8	1040	BRUXELLES
DEWARD	Sandra	Rue Souverain Pré	62	4130	ESNEUX
D'HOERAENE	Sophie	Rue du Wainage	9	6060	GILLY
DIEU	Laurence	Boulevard B. de Constantinople	5	7000	MONS
DIEU	Laurence	Rue des Chauffours	27	7300	BOUSSU
DILLIS	Aude	Place de la Cour d'Haine	6	7100	HAINES ST PAUL
DOUXFILS	Marie-Pierre	Rue Charles Dubois	66	1342	LIMELETTE
DOUXFILS	Marie-Pierre	Rue des Crenées	44	4210	OTEPPE
DRYEPONDT	Michèle	Rue des Patriotes	30	1000	BRUXELLES
DUBOCCAGE	Chantal	Avenue de Koekelberg	14	1081	KOEKELBERG
DUBOIS	Valérie	Carré Gomand	1	1380	LASNE
DUBOIS	Marie-Claire	Avenue Ferdinand Nicolay	13	4970	STAVELOT
DUCASTEL	Julie	Drève des Maricolles	104	1082	BRUXELLES
DUMOULIN	Valérie	Chemin de la Source	5 bte 3	4960	MEIZ - MALMEDY
FRANCO	Emmanuelle	Rue Albert 1er	134	4280	HANNUT
FRISQUE	Anne	Rue Loureux	31	4800	VERVIERS
GALOUX	Delphine	Chemin d' Havre	35	7030	SAINT SYMPHORIEN
GOSSART	Sandrine	Rue de la Fraide	9	7033	CUESMES
HANUISE	Ingrid	Boulevard Industriel	84	7700	MOUSCRON
JAMAR	Michèle	Chaussée de Bruxelles	320	1300	WAVRE
JANSEN	Véronique	Rue Neuville	26	5170	LUSTIN
JASPERS	Dominique	Rue des Frères Poels	46	1325	DION-VALMONT
JENARD	Muriel	Avenue des Héros	25	1160	AUDERGHEM
KEBRON	Marc	Rue Molinvaux	235	4000	LIEGE
KINET	Ingrid	Rue de la Corne au Bois	28	6750	MUSSON
KRZAK	Laurence	Cité de l'Aumônier	22	6690	VIELSALM
LACHAUSSEE	Christine	Rue Malgarny	2	4420	TILLEUR
LACROIX	Isabelle	Rue de Chestret	4-juin	4000	LIEGE
LANGE	Olivier	Rue de Velaine	20	5060	TAMINES
LE MAIGNENT	Xaviera	Centre Hospitalier Jolimont Lobbes - Rue Ferrer	159	7100	HAINES St PAUL
LEPAPE	Julie	Chemin du Prince	11	7050	ERBISOEUL
LEROY	Vincent	Avenue Albert 1er	107	4280	HANNUT
LICHER	Judith	Rue du Doyard	1	4190	FERRIERES
LIEGEOIS	Gérard	Chaussée de Marche	390	5100	JAMBES

LOMBART	Annie	Avenue de la Basilique	92	7603	BONSECOURS
MAHIEU	Marie	Boulevard Barra	47	7500	TOURNAI
MARCOUX	Pascale	Avenue de Villequier	4	1410	WATERLOO
MARLOT	Laetitia	Grand-Rue	66	7000	MONS
MIGNON	Christine	Avenue Franklin Roosevelt	127	1050	BRUXELLES
NAMECHE	Isabelle	Rue Bourtonbourg	35	5000	NAMUR
NIEMOTKO	Anne	Rue du Maillet	5	7910	FOREST HAINAUT
PETIT	Estelle	Rue Centrale	22	6240	PIRONCHAMPS
PONCIN	Gaëlle	Rue Basse-Mehagne	79	4053	EMBOURG
POTTIER	Virginie	Avenue des Martyrs	12	4620	FLERON
RASSON	Caroline	Rue des Pyramides	8	7700	MOUSCRON
RENOUPREZ	Nathalie	Rue Visée-Voie	419	4041	VOTTEM
REUMONT	Philippe	Avenue du Houx	14	1170	BRUXELLES
RIGAUX	Françoise	Rue Gachard	51	1050	BRUXELLES
RIJS	Marie	Rue des Carillonneurs	46/002	1348	LOUVAIN-LA- NEUVE
SARTORI	Sandrine	Chaussée d'Anton	39	5300	ANDENNE
SCHREURS	Carine	Rue Cheri	40	4000	LIEGE
SIMON	Marie	Rue des Wallons	72	4000	LIEGE
TOMME	Isabelle	Rue Général Ruquoy	9	7500	TOURNAI
TULLENEERS	Anne	Rue Bois le Comte	20	4140	SPRIMONT
TYLLEMAN	Stéphanie	Avenue A. Buyl Clinique Eur. Lamb. - Rue des Pensées	110 A	1050	BRUXELLES
VAN AVERMAET	Martine		1-mai	1030	BRUXELLES
VAN BUGGENHOUT	Anne	Avenue Charles Woeste	62 bte 2	1090	BRUXELLES
VAN DE VELDE	Stéphanie	Rue des Deux Chaussées	28	1160	BRUXELLES
VAN LIERDE	Chantal	Rue Gaston Vervueren	36	1460	ITTRE
WEY	Chantal	Rue des Termas	8	4950	ROBERTVILLE
DELEUZE	Isabelle	RHMS Tournai - Chaussée de Saint- Amand	80	7500	TOURNAI
WITTEMBERG	Carol	RHMS Tournai - Chaussée de Saint- Amand	80	7500	TOURNAI
FLORENT	Sabine	RHMS Ath - Rue Maria Thomée	1	7800	ATH
MARCHAND	Magali	RHMS Ath - Rue Maria Thomée	1	7800	ATH
PAULY	Martine	RHMS Baudour - Rue Louis Caty	136	7000	BAUDOUR
LHOIR	Vanessa	RHMS Baudour - Rue Louis Caty	136	7000	BAUDOUR
KNOTT	Anthony	RHMS Baudour - Rue Louis Caty	136	7000	BAUDOUR
DUCARMOIS	Christine	RHMS Beloeil - Rue d'Ath	19	7970	BELOEIL
DUCARMOIS	Christine	RHMS Péruwelz - Rue des Chauffours		7600	PERUWELZ
MARTIN	Françoise	Rue F. Lefebvre	40	4000	ROCOURT
VANDERSPETEN	Francine	Hopital de la Citadelle - Boulevard du 12ème de ligne	1	4000	LIEGE
COUSIN	Véronique	Rue des Dames	6	6280	ACOZ
ROBIENCE	Pascale	Rue de Frameries	66	7033	CUESMES
BOSSU	Sylvie	Route de Mons	230	7301	HORNU
BRAVIN	Nives	Rue E. Sarlet		4051	VAUX-SOUS- CHEVREMONT
BELLIER	Sophie	Rue du Calvaire	8	6250	AISEAU- PRESLES
CAROYER	Anne	Rue Duvivier	2 bte 11	7141	CARNIERES
DE VUYST	Christine	Rue Delestienne	40	6001	MARCINELLE
DURIAUX	Bernadette	Mattez	22	6182	COURCELLES MONT-SUR- MARCHIENNE
GOLARD	Mireille	Rue de l'Industrie	66	6032	LUTTRE
LECOMTE	Nadine	Rue Pestelin	35	6238	LUTTRE
LIBOTTE	Jean-Paul	Hamion	1	5060	SAMBREVILLE
MAWET	Monique	Rue du Tumulus	2	4260	BRAIVES
PRELAT	Sylvie	Rue Paul Pastur	122	6180	COURCELLES
WATILLON	Chantal	Rue Bayemont	30	6000	CHARLEROI
GUEUFFEN	Bénédicte	Rue du Roua	22	4340	AWANS

DECROIX	Murielle	Chaussée de Gilly	92	6043	RANSART
MARCHIORI	Bruno	Rue du Mont	10	4458	JUPRELLE
MARTIN	Sylvie	Boulevard de la 12ème ligne	1	4000	LIEGE
FUMAROLA	Pascal	Boulevard de la 12ème ligne	1	4000	LIEGE
SCHOLART	Nancy	RHMS Ath - Rue Maria Thomée	1	7800	ATH
STURBOIS	Véronique	Rue de Haut-Ittre	15	1460	ITTRE
AMATEIS	Marie-Aline	Rue de la Faïencerie	41	7000	MONS
WALTHERY	Colette	CHU Liège Polyclinique L. Brull - Quai G. Kurth	-	4020	LIEGE
VERONESE	Theresa	Rue de la Guingette	72	6220	FLEURUS
DOLIVIER	Céline	Rue du Onze Novembre	25	7000	MONS
BOUROTTE	Marianne	Votre Santé - Medical Dietetic - Chaussée de la Seigneurie	130	4800	PETIT-RECHAIN
BOUDART	Anne	Route de Beaumont	47	6030	MONT-SUR-MARCHIENNE
COLMANT	Valérie	Rue de Frameries	66	7033	CUESMES
COLMANT	Valérie	Grand-Place	5	7370	DOUR
BOSSU	Sylvie	Rue Général Leman	23	7370	DOUR
HERMANS	Mariette	Rue de Bonnelles	743	4102	OUGREE
HERMANS	Mariette	Centre Médical Nucléaire - Place Verte	-	4800	VERVIERS
HERMANS	Mariette	Polyclinique Jean Jaurès - Place Jean Jaurès	10	4040	HERSTAL
HERMANS	Mariette	Polycliniques Universitaires d'Ougrée - Esplanade de la Mairie	-	4102	OUGREE
BEAURANG	Malorie	Rue Lucien Defays	87	4800	VERVIERS
DOLIVIER	Céline	Centre Spécialisé d'Herlaimont - Rue du Huit Mai	13	7160	CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT
LEROY	Vincent	Rue de Fechereux	25 B	4432	XHENDREMAEL (ALLEUR)
BOUDART	Anne	Chemin des 3 arbres	31	6120	MARBAIX-LA-TOUR
CRUCKE	Josiane	Site Reine Fabiola - Avenue du Centenaire	73	6061	MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
CRISTEL	Anne-France	Chaussée de Louvain	371	5004	BOUGE
NISSEN	Bernadette	Rue G. Apollinaire	10	4960	MALMEDY
MASSART	Aurélia	Rue Notre Dame de Grâce	61	7080	FRAMERIES
VANDEBUSSCHE	Sylvie	Rue du Temple	32	6180	COURCELLES CHAUSSEE NOTRE-DAME LOUVIGNIES
COUVREUR	Laurence	Rue Joseph Quintart	220	7063	ALLEUR
THIRY	Anne-Catherine	Clos Wathy de Hombroux	4	4432	ALLEUR
MARAVENT	Eva	Place Général Jacques	3A	4800	VERVIERS
MARAVENT	Eva	Avenue Reine Astrid	35	4900	SPA
BAYET	Vinciane	Rue de la Vignette	40	7034	OBOURG
HENDRICKX	Carolle	Rue de France	30	7034	OBOURG
CHRISTIAENS	Lionel	Rue d'Alleur	15	4000	ROCOURT
BAUDART	Dominique	Rue Hullos	84	4000	LIEGE
BOLTERYS	Stéphanie	Rue du Bourgmestre Evrard	56	5060	ARSIMONT
LARDINOIS	Caroline	Chemin de l'Ardoisier	7E	7060	SOIGNIES
BOSSIROY	Isabelle	Centre de Médecine - Place de la Hestre	25	7170	LA HESTRE
BOSSIROY	Isabelle	Place de Lanquesaint	20	7800	LANQUESAINT
ADAM	Clémentine	Rue Albert Ier	13	1480	TUBIZE
VAN DER WOLF	Kathleen	CHU Vésale - Rue de Gozée	706	6110	MONTIGNIES-LE-TILLEUL
DEMOINY	Dorothée	Rue du Berceau	29	1495	MARBAIS
MONFORT	Charles	Hôpital de l'Espérance	-	4420	MONTEGNEE
GUEUFFEN	Bénédicte	Hôpital de l'Espérance	-	4420	MONTEGNEE
VAN PUYVELDE	Sylvie	Rue Odon Rosier	42	7332	SIRAULT
HEYTERS	Sylvie	Maison Médicale de Binche - Grand-Place	15	7130	BINCHE
BLONDEL	Delphine	Rue Arthur Pouplier	67	7190	ECAUSSINES

VILAIN	Julie	Rue du Grand Pierre	7	7133	BUVRINNES
VILAIN	Julie	Rue de la Hure	-	7130	BINCHE
VILAIN	Julie	CHU André Vésale	-	6110	MONTIGNIES- LE-TILLEUL
CARIS	Ariane	CHU Liège - Sart Tilman	-	4000	LIEGE
POPOLO CAGNISI	Angela	ASBL Centre Médical Braine le Chateau - Rue de la Station	13	1440	BRAINE LE CHATEAU
POPOLO CAGNISI	Angela	Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne - Avenue de Scandiano	-	1480	TUBIZE
DERWAELE	Karin	Rue des Mésanges	8	4121	NEUPRE
DERWAELE	Karin	Hôpital Bois Abbaye - Rue Laplace	40	4100	SERAING
DERWAELE	Karin	Clinique Tubemeuse - Grand-Route	418	4400	FLEMALLE
PEETERS	Marie-Claire	Rue de la Croix	6	1495	MARBAIS
CARRIERO	Sylvie	Rue de la Liberté	22	7080	FRAMERIES
GOESSENS	Vinciane	Avenue de la Résistance	17	4630	SOUMAGNE
GOESSENS	Vinciane	Rue Faschamps	34	4470	BLEGNY
PETIAU	Daisy	Nouvelle Polyclinique du Borinage - Route Provinciale	15A	7030	COLFONTAINE
PETIAU	Daisy	Polyclinique de Frameries - Rue Achille Delattre	-	7080	FRAMERIES
DUQUENNE	Bérangère	Centre Hospitalier de Tubize - Nivelles - Rue Samiette	1	1400	NIVELLES
HANS	Catherine	Chaussée de Renaix	155A	7860	LESSINES
LECLERCQ	Catherine	Chaussée de Lannoy	23	7503	FROYENNES
DANG DUY	Kim Lan	Chaussée de Dinant	986A	5100	WEPION
MATERNE-BERTE	Fabienne	Rue de Meux	60	5031	GRAND LEEZ
LESCALIER	Séverine	Rue de Magnée	80	4620	FLERON
VANDENDAELE	Nancy	Rue Dewiest	48	6040	JUMET
DRICOT	Stéphanie	Rue Alexandre Markelbach Hôpital Ambroise Paré - Boulevard Kennedy	93	1030	BRUXELLES
DHULST	Jacques	Grand-Rue	2	7000	MONS PERBAIS WALHAIN
DAWAGNE	Cécile	Grand-Rue	85	1457	
GERIN	Dominique	Clinique Notre-Dame de Grâce - Chaussée de Nivelles	212	6041	GOSELIES
NIVARLET	Sabrina	Centre Hospitalier Régional Namur - Avenue Albert Ier	185	5000	NAMUR
BAUDIMONT	Aline	Centre Hospitalier Régional Tournai - Boulevard Lalaing	39	7500	TOURNAI PERONNES- LEZ-BINCHE
DEMARET	Marie-Pierre	Avenue Léopold III	215	7134	
LESNE	Anne-Catherine	Chaussée d'Alseberg	243	1190	FOREST
DHONDT	Caroline	Centre Hospitalier Universitaire Tivoli - Avenue Max Buset	34	7100	LA LOUVIERE
THYS	Isabelle	Centre Hospitalier Universitaire Tivoli - Avenue Max Buset	34	7100	LA LOUVIERE
FOGUENNE	Virginie	Rue Mitoyenne	121	4840	WELKENRAEDT HAINE SAINT PAUL
MOSTENNE	Virginie	Hôpital de Jolimont - Rue Ferrer	159	7100	
MOSTENNE	Virginie	Rue Dutilleul	36	5630	DAUSSOIS
PIRSON	Sarah	Centre Paramédical de Waterloo - Chaussée de Bruxelles	483	1410	WATERLOO
PIRSON	Sarah	Rue de la Croix Thomas	13	1340	OTTIGNIES
GOFFIN	Jean-Pierre	Rue du Grand Trait	109	7080	LA BOUVERIE
GOFFIN	Jean-Pierre	Centre Hospitalier Hornu-Frameries - Route de Mons	63	7301	HORNU
MAIRESSE	Isabelle	Centre Hospitalier Régional La Haute Senne - Chaussée de Braine	49	7060	SOIGNIES
LEDENT	Geneviève	Rue des Cotillages	22	4000	LIEGE

LEDENT	Geneviève	Rue de Gaillarmont	160	4032	CHENEE
KLINKENBERG	Isabelle	Rue des Champs	35	4671	SAIVE
KLINKENBERG	Isabelle	Centre Médical des Vergers - Rue Matefosse	56	4631	EVEGNEE TIGNEE
DI CALOGERO	Tania	Polyclinique du Borinage - Route Provinciale	-	7340	WASMES
CATINUS	Carole	Rue André Charles	11	5310	LEUZE
HARMEGNIES	Béregère	Hôpital Tivoli - Avenue Max Buset	33	7100	LA LOUVIERE
GUERIT	Alison	Rue de Chièvres	109	7331	BAUDOUR
DELHAYE	Dorothee	Rue de Cognebeau	139	7060	SOIGNIES
DELHAYE	Dorothee	Rue Jules Destrée	19	6250	AISEAU- PRESLES
GUILLAUME	Christian	Rue de la Croix	15	6747	CHATILLON
FELLER	Sophie	Rue de Bastogne	30	6700	ARLON
FELLER	Sophie	Rue de la Moselle	1	6700	ARLON
MATHIEU	Bénédicte	Rue Haute	36	5190	SPY
MATHIEU	Bénédicte	Chaussée de Marche Institut Médical Spécialisé - Route de Mons	461	5100	JAMBES
MARAGLIANO	Stéphanie	Boulevard Dolez	230	7301	HORNU
GELINNE	Catherine	Boulevard Dolez	6A	7000	MONS
GELINNE	Catherine	Boulevard Dolez Institut Médical Spécialisé - Route de Mons	6A	7000	MONS
BUREAU	Sylvie	Boulevard Dolez Institut Médical Spécialisé - Route de Mons	63	7301	HORNU MARCHE-EN- FAMENNE
BATTER	Virginie	Rue du Vivier	5	6900	
VERLENDE	Françoise	Rue du Couvent	39	7700	MOUSCRON
VERLENDE	Françoise	Avenue de Fécamp	49	7700	MOUSCRON STREPY- BRACQUEGNIES
RIFFLART	Evelyne	Rue de Nivelles	240	7110	
RIFFLART	Evelyne	Place Emile de Lalieux	40	1400	NIVELLES HOUDENG- GOEGNIES
NICOLETTI	Sabrina	Rue des Spirus	1	7110	
XHONNEUX	Annick	Rue Paul Janson	3	4420	MONTEGNEE
GROSJEAN	Servane	Rue François Lefebvre	213	4000	ROCOURT
CRUTZEN	Célia	Route de Lennik (Erasmus)	808	1070	BRUXELLES
CRUTZEN	Célia	Rue Saint-Luc (Clinique Saint-Luc)	8	5004	BOUGE AISEAU- PRESLES
MOYERSOEN	Anne-Marie	Rue Jules Destrée	19	6250	
MOYERSOEN	Anne-Marie	Boulevard Sainctelette	92	7000	MONS
REUL	Bénédicte	Place Roosevelt Rue F. Lefebvre - CHC Clinique Saint-Vincent	13	7140	MORLANWELZ
JANSSENS	Marion	Rue de Mons	207	4000	LIEGE
CALABRESE	Laetitia	Rue de Frameries	230	7301	HORNU
CALABRESE	Laetitia	Rue de Frameries	66	7033	CUESMES
DUTILLEUX	Joelle	Rue de Forzée	49	5570	FESCHAUX
DASSY	Martine	Cliniques Universitaires Saint-Luc - Avenue Hippocrate	10	1200	BRUXELLES
DELHEZ	Michaël	Rue Nicolas Spiroux	88/10	4030	GRIVEGNEE
FRANCOIS	Elisabeth	Polyclinique - Clinique Saint-Vincent - Rue François Lefebvre	207	4000	ROCOURT VILLERS L EVEQUE
RAMACCIOTTI	Nathalie	Rue du Roua	22	4340	
RAMACCIOTTI	Nathalie	Rue du Bar	32	4400	FLEMALLE
FAYT	Véronique	Boulevard E. Machtens	89/15	1080	MOLENBEEK
FAYT	Véronique	Rue du Cloître	3	1020	BRUXELLES
test	test			0	
LELEU	Isabelle	Rue Emile Urbain	132	7100	SAINT VAAST
LELEU	Isabelle	Avenue des Volontaires	108	1040	BRUXELLES
LELEU	Isabelle	Route d'Ottignies	3	1380	LASNES
SERVAIS	Caroline	Avenue Doyen Woine	6	5530	YVOIR
SERVAIS	Caroline	Rue de la Bergerie	1	5340	SOREE-GESVES
SERVAIS	Caroline	Rue du 4 Août	24	1300	WAVRE
DELMELLE	Angélique	Rue Saint-Luc - Clinique Saint-Luc	8	5004	BOUGE

NOEL	Marie	Centre de Santé Léon Dulière - Chaussée Houtart	157	7110	HOUDENG- GOEGNIES
NOEL	Marie	Centre de Médecine de la Louve - Rue Hamoir	164	7100	LA LOUVIERE
SCIUS	Valérie	Rue du Boutons d'Or	3	5020	FLAWINNE
SCIUS	Valérie	Centre de Santé du Namurois - Chaussée de Waterloo	182	5000	NAMUR
SCIUS	Valérie	Hopital Neuropsychiatrique Saint- Martin - Rue St Hubert	84	5100	DAVE
RIGOT	Virginie	Thier Bouflette	8:00 AM	4570	MARCHIN
MAYNE	Mélanie	Polyclinique Trazegnies - Rue de Gosselies	7	6183	TRAZEGNIES
MAYNE	Mélanie	Polyclinique Les Acacias - Rue Docteur Jules Rondeau	60	7140	MORLANWELZ
MAYNE	Mélanie	Polyclinique Parnasse - Rue du Trone	66	1050	BRUXELLES CHAPELLE-LEZ- HERLAIMONT
MAYNE	Mélanie	Rue des Bleuets	2	7160	
MINET	Anne	CHC Notre-Dame Waremme - Rue Selys Longchamps	4	4300	WAREMME HERMALLE SOUS ARGENTEAU
MINET	Anne	CHC Notre-Dame Hermalle /s Argenteau - Rue Basse Hermalle	4	4681	
MINET	Anne	CHC Saint-Joseph Liège - Rue de Hesbaye	75	4000	LIEGE SAINT GEORGES
DESCHAMPS	Véronique	Rue Warfusée	37	4460	
DESCHAMPS	Véronique	Centre Hospitalier Régional de Huy - Rue des 3 Ponts	2	4500	HUY
DE SCHRIJVER	Elodie	Centre Spécialisé d'Herlaimont - Rue du Huit Mai	13	7160	CHAPELLE-LEZ- HERLAIMONT
LAURENT	Sophie	Rue Jules Hoyois	39	7022	HYON
GAUDY	Fabrice	Place du Chef-Lieu	14 B	6040	JUMET
VAN LERSBERGHE	Bénédicte	Rue Grande Chenevière	95	6001	MARCINELLE
ADAM	Carine	Rue de la Cour	19	6536	THUILLIES
COLS	Maureen	Rue Saint-Fiacre	8	5000	NAMUR
CHOUL	Patricia	Cliniques UCL de Mont-Godinne - Avenue Docteur G. Thérasse	1	5530	YVOIR
LEFEBVRE	Bénédicte	Rue Monte en Peine	156	7022	HYON SAINT- GHISLAIN
LEFEBVRE	Bénédicte	Rue Grande	83	7330	
RIGOT	Virginie	Centre Médical des 4 Bras - Rue Sur les Haies	5	4575	TINLOT
PIRAUX	Stéphanie	Rue d'Heppignies	49	6043	CHARLEROI
HOOGSTOEL	Johane	Rue Tenderie	11	5651	SOMZEE
HOOGSTOEL	Johane	ASBL Bien Etre et Santé - Rue de France	35	5600	PHILIPPEVILLE
WILLE	Stéphanie	Rue Saint Martin	26	7500	TOURNAI
BREBOIS	Ludivine	Rue de Messine	38/8	7800	ATH
KESSEN	Catheline	Rue des Combattants	6	4300	WAREMME
KESSEN	Catheline	Centre Hospitalier Hutois - Rue Trois Ponts	2	4500	HUY VILLERS-LE- BOUILLET
KESSEN	Catheline	Rue Hubert Hanot	12	4530	
DIMAKIS	Priscillia	Route d'Ath	385	7050	JURBISE
PERSOONS	Marleen	Vaubanstraat	84	8900	IEPER
CHMIELEWSKI	Emmanuelle	CMP Clairs Vallons - Rue de Mont Saint Guibert	24	1348	OTTIGNIES
CHMIELEWSKI	Emmanuelle	Avenue G. Therasse	1	5530	YVOIR
CHMIELEWSKI	Emmanuelle	Rue du Presbytère	1	4317	LES WALEFFES
COLIN	Nathalie	Rue des Mille Fleurs	20	5101	ERPENT
COLSON	Isabelle	Centre W. LENNOX - Allée de Clerlande	6	1340	OTTIGNIES BOIS DE LESSINES
HAINAUT	Virginie	Rue de la Loge	117	7866	

LAURENT	Béatrice	Clinique Sainte-Anne Saint-Remy - Boulevard Jules Graindor	66	1070	ANDERLECHT
DECRAECKER	Marylène	Boulevard de Fontaine	23	6000	CHARLEROI
DE SART	Céline	Rue des Grands Sarts	24	6230	VIESVILLE
DE SART	Céline	Place Albert Ier	7	6220	FLEURUS
ARNOULD	Aurélié	Rue des Cygnes,32	110	5650	YVES-GOMEZEE
LIBERTON	Isabelle	Rue du Tour Polyclinique d'Andenne - Rue Bertrand	30	7390	WASMUEL
THOMAS	Coralie	Polyclinique de Huy - Rue des 3 ponts	2	4500	HUY
THOMAS	Coralie	Polyclinique de Huy - Rue des 3 ponts	2	4500	HUY
DIERICK	Anne-Cécile	A.I.T. - Boulevard de Lalaing	39	7500	TOURNAI BERCHEM SAINTE- AGATHE
LIESSE	Véronique	Rue du Jardinage	110	1082	LOVERVAL
PALIGOT	Michèle	Chaussée de Wegimont	14 A	4630	SOUMAGNE
AULIT	Isabelle	Rue de Villers	1	6280	LOVERVAL
MATHIEU	Isabelle	I.M.T.R. - Rue de Villers Hôpital Ambroise Paré - Boulevard Kennedy	1	6280	LOVERVAL
DEPRESSEUX	Corine	Hôpital Ambroise Paré - Boulevard Kennedy	2	7000	MONS
DELBECQ	Catherine	Hôpital Ambroise Paré - Boulevard Kennedy	2	7000	MONS
LEFEBVRE	Laurence	Hôpital Ambroise Paré - Boulevard Kennedy	2	7000	MONS
HAUBE	Caroline	Hôpital Ambroise Paré - Boulevard Kennedy	2	7000	MONS
HAUBE	Caroline	Huderf - Avenue J.J Crocq	15	1020	LAEKEN
WRINCQ	Sarah	Rue des Combattants	109	6560	ERQUELINNES
CASTRO	Magali	Rue du Bois	69	7140	MORLANWELZ
CASTRO	Magali	Rue des Brasseries	11	1300	WAVRE
CASTRO	Magali	Rue Provinciale	215	1301	BIERGES
COLLIE	Marine	Rue de la Station	157/3	7700	MOUSCRON
CASTILLE	Caroline	Rue de Claminforge	83	5070	LE ROUX
MAGEROTTE	Kim	Avenue de Floréal	3 C	1180	BRUXELLES
MAGEROTTE	Kim	Centre Hospitalier d'Etterbeek-Ixelles - Rue Jean Paquot	63	1050	IXELLES
CLOSE	Anne-Françoise	Rue des Crocus	3	5100	WEPION
CLOSE	Anne-Françoise	Rue de Rixensart	18/21	1332	GENVAL
CLOSE	Anne-Françoise	Avenue Molière	10-févr	1300	WAVRE MARCHE-EN- FAMENNE
GENON	Dominique	Hôpital Pincesse Paola - Rue du Vivier	21	6900	WAVRE MARCHE-EN- FAMENNE
COLYN	Marie-Claire	Square Bellevue	24	4052	BEAUFAYS
PRUD'HOMME	Anne-Catherine	Rue Boltry	9	5300	SEILLES
PRUD'HOMME	Anne-Catherine	Chaussée de Jodoigne	50	1390	GREZ-DOICEAU
PRUD'HOMME	Anne-Catherine	Avenue Albert Ier	103	5000	NAMUR
DUCHEMIN	Julie	Chaussée de Waterloo	715/31	1180	BRUXELLES
DUCHEMIN	Julie	Rue des Fosses ASBL Le Tabuchet - Boulevard E. Solvay	126	7860	LESSINES
STUBBE	Delphine	ASBL Le Tabuchet - Boulevard E. Solvay	475	4000	Liège
FAIGNOY	Carole	Centre Médical Wellington - Rue François Libert	12	1410	WATERLOO
FAIGNOY	Carole	Place Communale	27	1630	LINKEBEEK
ARNOULD	Virginie	IFAC - Hôpital Princesse Paola - Rue du Vivier Hôpital Sainte-Thérèse - Rue Trieu Kaisin	21	6900	MARCHE-EN- FAMENNE MONTIGNIES- SUR-SAMBRE
COBUT	Delphine	Hôpital Sainte-Thérèse - Rue Trieu Kaisin	134	6061	MONTIGNIES- SUR-SAMBRE
COBUT	Delphine	Rue Albert Colard	8	5660	COUVIN
DEBLOND	Françoise	CHPLT - Rue du Parc	29	4800	VERVIERS
LEFEBVRE	Laurence	Hôpital Erasme - Route de Lennik Cabinet Médical du Perron - Place du Perron	808	1070	BRUXELLES
BARTHELEMY	Catherine	Cabinet Médical du Perron - Place du Perron	16	4910	THEUX
DEBEN	Corine	Centre de la Dyle - Chaussée de Namur	86/1	1300	WAVRE
DEBEN	Corine	Centre Clinikids - Chaussée de Bruxelles	83	1400	NIVELLES

DEBEN	Corine	Rue de la Croix	4	1495	VILLERS-LA-VILLE
WATHOUR	Géraldine	Centre Hospitalier de Nivelles - Rue Samiette	1	1400	NIVELLES
LUMIA	Christelle	Centre Hospitalier de Nivelles - Rue Samiette	1	1400	NIVELLES
DERAMAIX	Coralie	Avenue de la Wallonie	74	7900	LEUZE-EN-HAINAUT
DELANGRE	Mariame	Maison Médicale "La Venelle" - Rue de la Madeleine	62	7500	TOURNAI
PARMENTIER	Kevin	Rue des Champs	69	1040	BRUXELLES
SCIASCIA	Anna	Polyclinique Médicale - Rue G. Matteoti	80	4460	GRACE-HOLLOGNE
SCIASCIA	Anna	Rue de Mons-Lez-Liège	125	4400	FLEMALLE
GRACEFFA	Antonina Tonia	Rue Antoine de Namur	2	7100	LA LOUVIERE
BERTOLA	Heidi	Rue du Port	5	7330	SAINT-GHISLAIN
ZATLOUKAL	Eve	Rue Clément de Cléty	7	1070	BRUXELLES
ZATLOUKAL	Eve	Rue des Fosses	105A	5060	SAMBREVILLE
MERGAERTS	Sophie	Avenue Reine Fabiola	9	1340	OTTIGNIES
MERGAERTS	Sophie	Rue Charlemagne	37	1340	LOUVAIN-LA-NEUVE
CAPIERRI	Emilie	Rue des Tanneurs	14	6900	MARCHE EN FAMENNE
CAPIERRI	Emilie	Chaussée de Ramet	146	4400	FLEMALLE
LOSA	Elodie	Avenue Andromède	81	1200	BRUXELLES
LOSA	Elodie	Boulevard du Jardin Botanique	32	1000	BRUXELLES
SCHULPEN	Daphné	Rue du Tiège	139	4680	OUPEYE
SCHULPEN	Daphné	Rue d'Amercoeur	55	4020	LIEGE
RANALLI	Tiziana	Brisselot	13	7000	MONS
PIRON	Valérie	Jacob Makoy	42	4000	LIEGE
ROBERT	Anne	Rue du Tillet	68	4800	PETIT-RECHAIN
DESSY	Johanne	Rue Maurice Duchêne	13	4340	AWANS
DESSY	Johanne	Place Henri Hallet	10-janv	4280	HANNUT
KAUX	Laurence	Rue André Renard	102	4430	ANS
KAUX	Laurence	Avenue Fernand Desonay	84	4801	STEMBERT
POLIART	Aurélié	Avenue de la Déportation	16	7190	ECAUSSINNES
PIERART	Valérie	Avenue des Cottages	32	1471	LOUPOINGNE
CHANTRAIN	Coralie	Rue de Frameries	56	7033	CUESMES
COMBLIN	Chantal	Champs des Alouettes	30	4557	FRAITURE-EN-CONDROZ
VANWYNSBERGHE	Aline	Rue des Alexiens	11	1000	BRUXELLES
MELER-FITE	Aurore	Voie du Thier	19	4607	DALHEM
STORME	Audrey	Avenue Roosevelt	26	6041	GOSELIES
MONTEGNIES	Virginie	Grand-Rue	60	7640	ANTOING
VANDEBUSSCHE	Lucie	Rue des Bleuets	4	7712	HERSEAUX
SCHOELINCK	Sophie	Avenue de la Paix	87/3G (diététicienne à domicile)	6001	MARCINELLE
CHAMART	Marianne	Boulevard Lalaing	41	7500	TOURNAI
PIRNAY	Marie-Noëlle	Chemon de l'Ardenelle	2	1400	NIVELLES
COMPERE	Stéphanie	Rue de la Traversée	21	4340	VILLERS-L'EVEQUE
COMPERE	Stéphanie	Espace du Vivier - Rue du Vivier	5	6900	MARCHE
DECOEN	Chantal	Quai de la Haine	99	7140	MORLANWELZ
DECOEN	Chantal	Centre de Médecine de la Louve - Rue Hamoir		7100	LA LOUVIERE
VANDEVOORDE	Aurélié	Rue Guillaume Charlier	151	7500	TOURNAI
ROTH	Frédéric	Rue Sous-Bernister	18	4960	MALMEDY
DE GRAEVE	Julie	Rue Gabrielle Petit	58	1480	TUBIZE
ETIENNE	Emmanuel	Rue Léon Dubois		6030	MARCHIENNE-DOCHERIE
JOIRET	Christine	Clinique de l'Espérance - Rue Saint-Nicolas	447	4420	MONTEGNEE
VANESSE	Virginie	Rue Saint-Jacques	501	5500	DINANT

MINE	Jacqueline	Rue Saint-Jacques	501	5500	DINANT
ALBERT	Mathilde	Rue Saint-Jacques	501	5500	DINANT
BURLET	Virginie	Rue Saint-Jacques	501	5500	DINANT
TOMBEUR	Elodie	Polyclinique Morlanwelz - Rue Docteur Jules Rondeau	60	7140	MORLANWELZ
TOMBEUR	Elodie	Rue Saint-Sand	50/2	7140	MORLANWELZ
LEFEVRE	Nathalie	Centre Hospitalier de Dinant - Rue Saint-Jacques	501	550	DINANT
DUFLOUCQ	Capucine	Rue des Fleurs	55	7700	MOUSCRON
GILSON	Angélique	Rue de Bourtembourg	35	5000	NAMUR
GILSON	Angélique	Rue Raymond Noël	155	5170	BOIS DE VILLERS THY-LE-CHATEAU
GUERLINZE	Mathilde	Allée des Alouettes	15	5615	CHATEAU
SERVAIS	Caroline	Rue Oger	33	8600	GIVET
SERVAIS	Caroline	Rue de la Gare	10	8320	VIREUX-MOLHAIN
DE SART	Céline	Rue du Roussart	15	1410	WATERLOO
DOMS	Ruth	Glorieuxlaan	55	9600	RONSE
DOMS	Ruth	Doorniksesteenweg	32	8580	AVELGEM
DE MUNTER	Wendy	Geldenaaksevest	78	3000	LEUVEN
DE MUNTER	Wendy	Van't Sestichstraat	8	3000	LEUVEN
DE MUNTER	Wendy	MCH - M. Theresiastraat	63A	3000	LEUVEN
BAYONNET	Frédéric	Rue de la Station	41	4051	VAUX-SOUS-CHEVREMONT
VAN CALSTER	Catherine	Place du Fichaux	26	6230	PONT A CELLES
DELMOTTE	Marie-Aude	Quai de Compiègne	52	4500	HUY
DELMOTTE	Marie-Aude	Chaussée de Wavre	5	1360	PERWEZ
DELMOTTE	Marie-Aude	Avenue Roi Albert	36	5300	ANDENNE
LEGAY	Emilie	Rue de France	9	7370	DOUR
MEULEMANS	Julie	Place Albert Ier	5	6200	BOUFFIOULX
OREMANS	Corinne	Rue des Closières	62	6001	CHARLEROI
LEBRUN-VON STERNBERG	Géraldine	Rue Jacquet	77	5580	ROCHFORT
HANNECART	Valérie	Rue Planchettes	14	7880	FLOBECQ
MATHIEU	Hélène	Rue Bruyère Saint-Jean	56	1410	WATERLOO
ROBERT	Nancy	Route de Neufchateau	99 R	6600	BASTOGNE
ROBERT	Nancy	Rue des Combattants	17	6760	VIRTON
ROBERT	Nancy	Rue des Capucins	32	6700	ARLON
LUZZI	Julie	Place des Verriers	14	4100	SERAING
PANQUIN	Ludivine	Rue du Petit Hornu	13	7012	FLENU
PANQUIN	Ludivine	Route de Mons	230	7301	HORNU
RAINOTTE	Audrey	Rue Hovémont	40	4910	THEUX
CIAPPINA	Bettina	Rue de la Cabocherie	71	7711	DOTTIGNIES
BAZIN	Emilie	Rue des Canadiens	15	7022	HYON
GUILLAUME	Caroline	Avenue du Tennis	19	7020	NIMY
BILTERYS	Charlotte	Rue de Lille	9C	7730	SAINT-LEGER
BIALOBRZESKI	Mélissa	Rue Maréchal Foch	56	7370	DOUR
BIALOBRZESKI	Mélissa	Rue du Président Allende	30	7160	GODARVILLE
PLATTEEUW	Tania	Chaussée de la Libération	39	7911	MONTROEUL AU BOIS
PLATTEEUW	Tania	Rue du Bergeant	79	7900	LEUZE
HERRENSCHMIDT - LECART	Laurence	Avenue Louis Le Vau	25	1410	WATERLOO
HERRENSCHMIDT - LECART	Laurence	Rue Marconi	42	1190	BRUXELLES
HERRENSCHMIDT - LECART	Laurence	Rue J. Paquot	63	1050	BRUXELLES
HERRENSCHMIDT - LECART	Laurence	Rue du Docteur Huet	79	1070	BRUXELLES
HERRENSCHMIDT - LECART	Laurence	Rue des Alexiens	11	1000	BRUXELLES
BECKERS	Sylvie	Rue Sélys-Longchamps	47	4300	WAREMME

WAUTERS	Catherine	Rue des Anglées	44	1457	WALHAIN
WAUTERS	Catherine	Avenue Georges Marchal	22	1330	RIXENSART
SACRE	Claudette	Rue Saint-Luc	8	5004	BOUGE
SACRE	Claudette	Rue du Lombard	28	5000	NAMUR
BRICOULT	Elise	Rue de Rone	26	4219	MEEFFE
MOZIN	Marie-Josée	HUDERF - Avenue J-J. Crocq	15	1020	BRUXELLES
MOZIN	Marie-Josée	Rue des Waibes	1	6540	LOBBES
FRIQUE	Emilie	Rue Sondeville	11	7600	PERUWELZ
LAGASSE	Céline	Rue de Gaillarmont	600	4032	CHENEE
BOYJONAUTH	Elita	Boulevard Zoé Drion	1	6000	CHARLEROI
BAELEN	Sophie	Rue de Roubaix	276	7700	MOUSCRON
DEROME	Audrey	Rue Bureau	83	4620	FLERON
DELPORTE	Julie	Rue du Bonnet	141	4420	SAINT-NICOLAS
OGGERO	Marie-Caroline	Rue des Sarts	8b	6280	LOVERVAL
NARDELLA	Antonietta	Avenue du Plan Incliné	9	7012	JEMAPPES BARVAUX-SUR- OURTHE
VANSTEENLAND	Tiffany	Vieux Chemin de Petithan	41	6940	
VANSTEENLAND	Tiffany	Rue de Chenée	19	4031	ANGLEUR
LHEUREUX	Géraldine	Chaussée du Roelux	103	7000	MONS
SALAMUN	Michèle	Rue Gaston Grégoire	16	4020	LIEGE
SALAMUN	Michèle	Rue Perreau	7	4680	OUPEYE
SALAMUN	Michèle	Avenue du Luxembourg	9	4020	LIEGE
MATHIEU	Amandine	Route Provinciale	15A	7340	COLFONTAINE
MATHIEU	Amandine	Rue de la Grosse Cotte	195	7390	QUAREGNON HAINE SAINT PAUL
WALLEZ	Evelyne	Rue Ferrer	159	7110	
LEDENT	Jean-Jacques	Rue Sous le Bois	11	4031	ANGLEUR
DRESSE	Nathalie	Rue Lecomte	6	6150	ANDERLUES GOUY-LEZ- PIETON
DUMONT	Céline	Rue du Perron	29c	6181	
DUMONT	Céline	Chaussée de Charleroi	152	6220	FLEURUS
QUARTA	Lorrie	Rue Bois Lové	44 A	6230	PONT-A-CELLES
SEHATI	Sogol	Rue Pasteur	98	4430	ANS
MAGNIER	Elodie	Drève du Petit Chateau	20	7070	LE ROEULX
KESTEMONT	Delphine	Leon Hachez	12	7060	SOIGNIES
KESTEMONT	Delphine	Avenue Molière	60	1190	FOREST
DALLEMAGNE	Clara	De la Crête	28B	7880	FLOBECQ
DALLEMAGNE	Clara	De Flandre	129	1000	BRUXELLES
DALLEMAGNE	Clara	Du Pont de l'Avenue	35	1000	BRUXELLES
HOETERS	Caroline	Champ du Pihot	50	4671	SAIVE
DE COCK	Caroline	Rue A. Renard	1	4040	HERSTAL SAINT- SAUVEUR LEUZE-EN- HAINAUT
BEIRNAERT	Julie	Des Combattants	40	7912	
BEIRNAERT	Julie	du Bergeant	79 apt 9	7900	
MOREAU	Hélène	Royale	14 B	7500	TOURNAI
PIETTE	Sophie	Rue d'Amercoeur	55	4020	LIEGE
PIETTE	Sophie	Boulevard d'Avroy	134	4000	LIEGE
DESCAMPS	Anaïs	Route de Mons	230	7301	HORNU
DESCAMPS	Anaïs	Rue de Frameries	66	7033	CUESMES
DESCAMPS	Anaïs	Rue de la Marlière	41	7700	MOUSCRON
WAROQUIER	Shirley	Rue du Tour	25 B	7340	WASMES
KINET	Ingrid	Rue des Combattants	23 A	6760	VIRTON
DUPUIS	Aline	Rue Pont-Neuf	4	6810	JAMOIGNE
VAN RENTERGHEM	Rachel	Rue du Centenaire	49	7300	BOUSSU HOUDENG- GOEGNIES
VAN RENTERGHEM	Rachel	Chaussée Paul Houtart	157	7110	
DIEUDONNE	Lise	Rue de la Vallée	52	1350	JAUCHE
DIEUDONNE	Lise	Rue Fernand Charlot	10	1370	JODOIGNE
TAHAY	Audrey	Rue Jehoge	46	4190	XHORIS

VAN VYVE	Céline	Avenue Albert 1er	13	1342	LIMELETTE
VAN VYVE	Céline	Rue Grand rue	7	1341	LEROUX MOUSTY
ACCOLLA	Nathalie	Avenue du Mussain	29	1480	SAINTES
PAUWELS	SARAH	Rue du Virginal	2	1460	ITTRE
LAURENT	Béatrice	Rue de la Duchère	6	6060	GILLY
LAURENT	Béatrice	Rue de Villers	1	6280	LOVERVAL
LAURENT	Béatrice	Place Verte	23	5620	FLORENNES
LAURENT	Béatrice	Rue Notre Dame	1	5650	WALCOURT
GERARD	Amandine	Avenue Auguste Jassoonge	29	1410	WATERLOO
EVARD	Fanny	Vieille Voie de Tongres	148	4000	LIEGE
DEVROEDE	Agathe	Rue de la Hawarderie	9	7783	LE BIZET FORCHIES-LA- MACHE
FOUCART	Florence	Rue Vandervelde	338	6141	
HARPIGNY	Isabelle	Rue de la Station	19A	6230	OBAIX
FOURDIN	Magali	Place de la Résistance	12 bte 3	7800	ATH
HOYOIS	Astrid	Rue de la Verdure	21	7080	LA BOUVERIE
HALLOT	Nathalie	Place de Belle-Maison	19 - 1er étage	4570	MARCHIN
BASTIE	Justine	Place de la Gare	1	6150	ANDERLUES
BASTIE	Justine	Rue Baudouin 1er	91	6180	COURCELLES
GILLES	Laura	Rue de Hesbaye	75	4000	LIEGE MACHE EN FAMENNE
MOTTET	Emilie	Avenue de France	151/4	6900	
VAN VOOREN	Stéphanie	Avenue Monseigneur	7	1330	RIXENSART
BRAEMS	Léon	Chaussée de Cannoy	21bis	7503	FROYENNES

- **II.C. : Article 59 : "Orthopédie - Posturologie - Posturopodie"**

Liste des partenaires dans le cadre de l'opération = liste des posturopodistes formés et agréés par l'Institut de posturologie de Paris:

Nom Prénom	Adresse principale	Cp	Localité
Mendes de Sousa Manuela	Rue Chopin 10	1070	Bruxelles
Collignon Aurore	3 Avenue des Franciscains	1150	Woluwé saint Pierre

<b>Grégoire Joëlle</b>	Avenue des Paradisiers 58	1160	Bruxelles
<b>Fayt Mélanie</b>	Rue de Tubize, 27	1440	Braine-le-Château
<b>Duarte Georges</b>	Boulevard frère Orban 44	4000	Liège
<b>Giudici Sandrine</b>	Rue des D'Joyeux Wallons 71	4100	Seraing
<b>Fazius Stéphanie</b>	Rue Louis Micheroux 17	4620	Fléron
<b>Delcroix Ludovic</b>	Rue des Genêts 13	4630	Soumagne
<b>Leporck Anne-Marie</b>	Place d'Arles 19	4800	Verviers
<b>Gaye Marine</b>	Av V Nicolai 52	4802	Heusy
<b>Lebarillier Alban</b>	60 rue de l'Eglise	4900	Spa
<b>Van Ooteghem Roberto</b>	Rue des Quatre Bras 2	6600	Bastogne
<b>Delterre Steve</b>	Rue des Déportés 28	7061	Casteau
<b>Morreale Carmelo</b>	Chaussée de Bracquegnies, 45	7110	Houdeng-Aimeries
<b>Boudru Sophie</b>	Rue de Haccourt, 50	4682	Heure le Romain
<b>Verlaine Véronique</b>	Avenue de Thiervaux, 75	4802	Heusy
<b>Joëlle Burnotte</b>	Avenue Nicolai, 52 Burgstrasse, 24	4802 4750	Heusy Bütgenbach

**ANNEXE III. Types de matériel médical en location à la CSD-Réseau Solidaris (article 50 des statuts).**

Arceau de lit
Perroquet sur Pied
Table de lit inclinable
Home trainer
Soulève tête
Pédalier simple
Porte sérum
Aspirateur Trachéal
Barre de lit universelle
Barre de lit easy
Planche ergolide
Barre de transfert de lit
Aide –toilette
Fauteuil relax geriatrique

ANNEXE IV : Service social – Référence aux textes réglementaires applicables.

Textes réglementaires applicables au service social:

- 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 1<sup>er</sup>, 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.

