Mutualité Solidaris Wallonie

Siège social : 5002 Saint-Servais (Namur), rue des Dominicaines, 35 – B.C.E. 0808.995.143 – O.C.M. n° 319

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1er juillet 2026

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été décidées par l'assemblée générale du 23 juin 2026, et approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités le 16 octobre 2026.

L'Office de contrôle des mutualités a approuvé les dispositions statutaires suivantes sous réserve d'une ou plusieurs modifications à apporter à l'article suivant : néant. Les dispositions concernées par une réserve de l'office de contrôle apparaissent sous forme d'un texte souligné et écrit en caractères gras et italiques.

****

La Mutualité Solidaris Wallonie est affiliée auprès de

- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (O.C.M. n° 300), dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : http://www.solidaris.be/statuts
- la société mutualiste « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes-Solidaris pour la Région Wallonne » (O.C.M. n° 380/06), dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : http://www.solidaris.be/statuts
- la société mutualiste « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale » (O.C.M. n° 380/05), 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 van de Socialistische Mutualiteiten » (O.C.M. n° 380/01) , dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité à l'adresse suivante : http://www.solidaris.be/statuts

****

Vu la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution ; vu les titres 9 et 10 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire,

Vu la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités et ses arrêtés d'exécution,

Après délibération, l'Assemblée générale de la Mutualité Solidaris Wallonie, réunie les :

- 25 mars 2021, 27 mars 2021, 30 mars 2021, 31 mars 2021 et 2 avril 2021 (avant fusion),
- 10 décembre 2021, 13 décembre 2021, 15 décembre 2021, 17 décembre 2021 et 18 décembre 2021 (avant fusion),
- 24 juin 2022, 20 décembre 2022,
- 2 décembre 2023,
- 18 juin 2024, 7 décembre 2024
- 20 mai 2025, 6 décembre 2025
- 23 juin 2026

a décidé, au quorum de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la Mutualité comme suit.

Table des matières

Article 1. Définitions ... 7

Titre I. La Mutualité et ses membres ... 7

Chapitre 1. La Mutualité ... 7

Article 2. Constitution ... 7

Article 3. Dénomination ... 8

Article 4. Siège social ... 8

Article 5. Buts de la Mutualité ... 8

Article 6. Affiliations de la Mutualité ... 10

Article 7. Les valeurs de la Mutualité ... 11

Chapitre 2. Les membres de la Mutualité ... 11

Article 8. Affiliation aux services de la Mutualité ... 11

Article 9. Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire ... 13

Article 10. Types de membres ... 13

Article 11. Exclusion ... 18

Titre II. Organisation de la Mutualité ... 18

Chapitre 1. Territoires ... 18

Article 12. Territoires ... 18

Chapitre 2. L'Assemblée générale ... 19

Section 1. Composition de l'Assemblée générale ... 19

Article 13. Nombre de représentant·e·s ... 19

Article 14. Circonscriptions électorales ... 19

Article 15. Représentant·e·s suppléant·e·s ... 20

Section 2. Procédure électorale ... 21

Article 16. Electeur·rice·s ... 21

Article 17. Conditions d'éligibilité ... 21

Article 18. Appel aux candidat·e·s ... 21

Article 19. Candidatures ... 22

Article 20. Arrêt de la liste des candidat·e·s ... 22

Article 21. Exemption de procéder à un vote ... 22

Article 22. Date de l'élection ... 22

Article 23. Bureau électoral ... 22

Article 24. Etablissement des listes des électeur·rice·s ... 23

Article 25. Le vote ... 23

Article 26. Dépouillement ... 24

Article 27. Proclamation des résultats ... 24

Article 28. Communications ... 25

Article 29. Installation de la nouvelle Assemblée générale ... 25

Section 3. Compétences de l'Assemblée générale ... 25

Article 30. Compétences de l'Assemblée générale ... 25

Article 31. Exclusion d'un·e représentant·e ... 26

Article 32. Délégation de compétences au Conseil d'administration *26*
Section 4. Fonctionnement de l'Assemblée générale 26
Article 33. Convocation de l'Assemblée générale *26*
Article 34. Conditions de validité des réunions et des décisions de l'Assemblée générale *28*
Article 35. Votes à l'Assemblée générale – Procurations *28*
Article 35bis. Caractère gratuit du mandat de membre de l'Assemblée générale *29*
Section 5. Délégations de l'Assemblée générale de la Mutualité 29
Article 36. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. *29*
Article 37. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes – Solidaris pour la Région Wallonne *29*
Article 38. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale *30*
Article 39. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten » *30*
Article 40. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste d'Assurances « Solidaris Assurances » *30*
Article 41. Election des délégué·e·s *30*
Chapitre 3. Le Conseil d'administration 31
Section 1. Composition du Conseil d'administration 31
Article 42. Nombre d'administrateur·rice·s *31*
Article 43. Conditions d'éligibilité *31*
Article 44. Candidatures *31*
Article 45. Election des administrateur·rice·s *32*
Article 46. Installation du Conseil d'administration *33*
Article 47. Remplacement des administrateur·rice·s *33*
Article 48. Révocation d'un·e administrateur·rice *33*
Section 2. Compétences du Conseil d'administration 34
Article 49. Compétences du Conseil d'administration *34*
Section 3. Fonctionnement du Conseil d'administration 36
Article 50. Présidence du Conseil d'administration *36*
Article 51. Convocation du Conseil d'administration *36*
Article 52. Conditions de validité des réunions et des décisions du Conseil d'administration *38*
Article 53. Caractère gratuit du mandat d'administrateur·rice *38*
Article 54. Indemnisation des personnes indépendantes et des expert·e·s *39*
Section 4. Propositions de représentation de la Mutualité dans les Conseils d'administration de l'U.N.M.S. et des sociétés mutualistes 40
Article 54bis. Administrateur·rice·s au Conseil d'administration de Solidaris – union nationale des mutualités socialistes *40*
Article 54ter. Administrateur·rice·s au Conseil d'administration des sociétés mutualistes régionales *40*
Article 54quater. Administrateur·rice·s au Conseil d'administration de la société mutualiste d'assurances « Solidaris Assurances » *40*
Chapitre 4. Les Comités spécialisés 41
Article 55. Contenu de ce chapitre *41*

Section 1. Les Comités spécialisés territoriaux 41
Article 56. Composition des Comités spécialisés territoriaux 41
Article 57. Fonctionnement des Comités spécialisés territoriaux 41
Article 58. Compétence des Comités spécialisés territoriaux 41
Article 59. Organes des Comités spécialisés territoriaux 42
Article 60. Présidence du Comité spécialisé territorial 42
Article 61. Vice-présidence du Comité spécialisé territorial 42
Article 62. Secrétariat général 42
Article 63. Autres fonctions territoriales 43
Article 64. Le Conseil de direction territorial 43
Article 65. Gestion et représentation des services territoriaux 43
Article 66. Responsabilité des Comités spécialisés territoriaux 44
Section 2. Le Comité de direction de la Mutualité 44
Article 67. Composition du Comité de direction de la Mutualité 44
Article 68. Présidence du Comité de direction 44
Article 69. Compétences et fonctionnement du Comité de direction de la Mutualité 45
Article 70. Gestion de la Mutualité 45
Article 71. Représentation de la Mutualité 46
Section 3. Le Conseil de direction de la Mutualité 47
Article 72. Composition et compétences du Conseil de direction de la Mutualité 47
Section 4. Le Comité d'audit et des risques 47
Article 73. Composition et compétences du Comité d'audit et des risques 47
Article 73bis. Composition et compétences des Conseils de surveillance des entités liées 47
Section 5. Le Comité de rémunération et de nomination 48
Article 74. Composition et compétences du Comité de rémunération et de nomination 48
Section 6. Le Comité de gouvernance 49
Article 75. Composition et compétences du Comité de gouvernance 49
Chapitre 5. Fonctions dirigeantes ou de direction 50
Article 76. Définitions 50
Article 77. Désignation des personnes en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière et du personnel dirigeant de la Mutualité 51
Article 78. Durée du mandat de personnel dirigeant de la Mutualité 52
Chapitre 6. Conditions de validité des réunions et des décisions des organes de la Mutualité 52
Article 78bis. Conflit d'intérêts 52
Titre III. Les services organisés par la Mutualité 53
Chapitre 1. Les « opérations » 53
Section 1. Dispositions générales concernant les opérations 53
Article 79. Définitions 53
Article 80. Conditions générales des opérations 55
Section 2. Les opérations organisées par la Mutualité 56
Article 81. Service « Médi'kids » 56
Article 82. Service soins dentaires et orthodontie 60

Article 83. Service lunetterie *61*
Article 84. Service contraception *63*
Article 85. Service vaccination *64*
Article 86. Service homéopathie et médicaments homéopathiques *64*
Article 87. Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie *64*
Article 88. Service logopédie et éducation audio-vocale *65*
Article 89. Service assistance à l'étranger *65*
Article 90. Service diététique *70*
Article 91. Service naissance *70*
Article 92. Service convalescence *71*
Article 93. Service allergies *72*
Article 94. Service Complémentaire Santé Ambulatoire *73*
Article 95. Service Complémentaire Santé Hospitalisation pour les enfants et les adolescent·e·s *74*
Article 96. Service consultations psychologiques *77*
Article 97. Service prévention des accidents de la route *77*
Article 98. Service télévigilance *78*
Article 99. Service matériel médical *79*
Article 100. Service pédicurie *79*
Article 101. Service garde d'enfants malades *79*
Article 102. Service jeunes *79*
Article 103. Service sports *80*
Article 104. Service fécondation in vitro *81*
Article 105. Service transport des malades *81*
Article 106. Service répit *83*
Article 107. Service psychomotricité *84*
Article 108. Service semelles orthopédiques *84*
Article 109. Service prothèses capillaires *84*
Article 110. Service diabète *84*
Article 111. Fonds d'entraide *85*
Article 111bis. Service aide au sevrage tabagique
Chapitre 2. Les services qui ne sont ni des opérations ni des assurances 86
Section 1. Dispositions communes 86
Article 112. Dispositions communes aux services qui ne sont ni des opérations ni des assurances *86*
Section 2. Service d'information 87
Article 113. Service d'information aux membres *87*
Section 3. Fonds spécial de responsabilité financière 87
Article 114. Fonds spécial de responsabilité financière *87*
Section 4. Services administratifs 87
Article 115. Centre administratif *87*
Article 116. Caisse administrative *87*
Section 5. Subventionnement de structures socio-sanitaires 88

Article 117. Subventionnement de la Fédération des Centres de Services à Domicile 88

Article 117bis. Subventionnement de la Centrale de Services à Domicile de Mons-Wallonie picarde 89

Article 117ter. Subventionnement de la Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris 89

Section 6. Collaboration pour le financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires 90

Article 118. Collaboration avec les tiers - généralités 90

Article 119. Services patrimoniaux de la Mutualité 91

Article 120. Collaboration avec l'entité Réseau Solidaris Brabant wallon 91

Article 121. Collaboration avec l'a.s.b.l. Réseau Solidaris Mons-Wallonie picarde 95

Article 122. Collaboration avec l'entité Réseau Solidaris Centre, Charleroi et Soignies 100

Article 123. Collaboration avec l'entité Réseau territorial Solidaris – Province de Liège 105

Article 124. Collaboration avec l'a.s.b.l. Réseau Solidaris Namur 112

Chapitre 3. Service social 116

Article 125. Service social 116

Titre IV. Dispositions comptables et financières 117

Article 126. Cotisations 117

Article 127. Application dans le temps du changement de statut B.I.M. / B.O. 117

Article 128. Modalités de paiement 117

Article 129. Prescription 117

Article 130. Subrogation 118

Article 131. Budgets et comptes 118

Article 132. Nomination des réviseurs d'entreprises 119

Titre V. Dispositions diverses 119

Article 133. Modification des statuts 119

Article 134. Dissolution 119

Article 135. Cessation d'un ou de plusieurs services 119

Article 135Bis. Responsabilité extracontractuelle

Titre VI. Dispositions transitoires 120

Article 136. Composition de l'assemblée générale 120

Article 137. Elections mutualistes 2022 120

Article 138. Délégué·e·s 120

Article 139. Conseil d'administration 120

Article 140. Entrée en vigueur 121

Titre VII. Annexes aux statuts 124

Article 1. Définitions

Dans les présents statuts, on entend par :

- la Mutualité : La Mutualité Solidaris Wallonie ;
- l'Union nationale : l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ;
- la loi du 6 aout 1990 : la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ;
- la loi du 26 avril 2010 : la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- l'arrêté royal du 7 mars 1991 : l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ;
- la loi du 14 juillet 1994 : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : 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 ;
- l'Office de contrôle : l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, visé à l'article 49, § 1er, de la loi du 6 aout 1990 ;
- l'I.N.A.M.I. : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, visé à l'article 10 de la loi du 14 juillet 1994 ;
- « titulaire » : le titulaire des prestations de santé visé à l'article 2, k), de la loi du 14 juillet 1994 ;
- « personne à charge » : la personne visée à l'article 2, § 3, deuxième tiret, de la loi du 6 aout 1990.

Titre I. La Mutualité et ses membres

Chapitre 1. La Mutualité

Article 2. Constitution

La Mutualité Solidaris Wallonie est une association de personnes physiques qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, a pour but de promouvoir le bienêtre physique, psychique et social. Elle exerce ses activités sans but lucratif.

Elle résulte de la fusion, avec effet au 1er janvier 2022, décidée par les assemblées générales des mutualités :

- Solidaris Mutualité Brabant Wallon, dont le siège était établi à 1480 Tubize, chaussée de Mons, 228, B.C.E. 0411.723.428, O.C.M. n° 305, réunie le 30 mars 2021 ;
- Solidaris Mons-Wallonie Picarde, dont le siège était établi à 7800 Ath, rue du Fort, 48, B.C.E. 0411.715.213, O.C.M. n° 315, réunie le 25 mars 2021 ;
- Solidaris Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies dont le siège était établi à 6000 Charleroi, avenue des Alliés, 2, B.C.E. 0411.687.004, O.C.M. n° 317, réunie le 31 mars 2021 ;
- La Mutualité Solidaris - Mutualité Socialiste et Syndicale de la Province de Liège, dont le siège était établi à 4020 Liège, rue Douffet, 36, B.C.E. 0808.995.143, O.C.M. n° 319, réunie le 27 mars 2021 ;
- Solidaris Mutualité-Province de Namur, dont le siège était établi à 5002 Saint-Servais, chaussée de Waterloo, 182, B.C.E. 0411.719.072, O.C.M. n° 325, réunie le 2 avril 2021.

Cette décision a été approuvée par l'Assemblée générale de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes réuni le 22 avril 2021 et par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 9 septembre 2021.

Article 3. Dénomination

La Mutualité issue de cette fusion est dénommée « Mutualité Solidaris Wallonie », en abrégé « Solidaris Wallonie » ; son numéro d'entreprise est le 0808.995.143, et son numéro O.C.M. est le 319.

La Mutualité, lorsqu'elle agit par les Comités spécialisés territoriaux visés à l'article 56 des présents statuts, peut utiliser dans ses rapports avec les membres et les tiers les dénominations suivantes : « Solidaris Brabant Wallon », « Solidaris Mons-Wallonie Picarde », « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies », « Solidaris Liège » et « Solidaris Namur ».

Article 4. Siège social

Le siège social de la Mutualité est établi à 5002 Namur (Saint-Servais), rue des Dominicaines, n° 35.

La Mutualité a des sièges d'exploitation établis à :

- 1480 Tubize, chaussée de Mons, 228,
- 7800 Ath, rue du Fort, 48,
- 7080 Frameries, avenue des Nouvelles Technologies, 24
- 6000 Charleroi, avenue des Alliés, 2,
- 6000 Chaleroi, Boulevard Joseph Tirou 100,
- 7170 La Hestre, rue Ferrer, 144
- 4020 Liège, rue Douffet, 36,
- 5002 Saint-Servais, chaussée de Waterloo, 182.

Article 5. Buts de la Mutualité

Les buts de la Mutualité sont :

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

- La participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour laquelle la Mutualité reçoit l'autorisation de l'Union nationale à laquelle elle est affiliée ;
- L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités amène la Mutualité 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 ;
- La Mutualité assume aussi, pour compte et dans le cadre de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, le paiement des indemnités aux travailleur·euse·s invalides et aux indépendant·e·s invalides et le paiement des indemnités de maternité, ainsi que l'information, la guidance et l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités ainsi, que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution.

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.

b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990 et de l'article 67, alinéa 1er de la loi du 26 avril 2010, l'instauration d'opérations au sens de l'art. 3, al. 2, de la loi du 6 aout 1990 pour l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et d'interventions, d'avantages, d'indemnités et autres prestations à ses membres et à leurs personnes à charge dans les domaines suivants :

- Service « Médi'kids » : article 81
- Service soins dentaires et orthodontie : article 82
- Service lunetterie : article 83
- Service contraception : article 84
- Service vaccination : article 85

- Service homéopathie et médicaments homéopathiques : article 86
- Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie : article 87
- Service logopédie et éducation audio-vocale : article 88
- Service assistance à l'étranger : article 89
- Service diététique : article 90
- Service naissance : article 91
- Service convalescence : article 92
- Service allergies : article 93
- Service Complémentaire Santé Ambulatoire : article 94
- Service Complémentaire Santé Hospitalisation pour les enfants et les adolescent·e·s : article 95
- Service consultations psychologiques : article 96
- Service prévention des accidents de la route : article 97
- Service télévigilance : article 98
- Service matériel médical : article 99
- Service pédicurie : article 100
- Service garde d'enfants malades : article 101
- Service jeunes : article 102
- Service sports : article 103
- Service fécondation in vitro : article 104
- Service transport des malades : article 105
- Service répit : article 106
- Service psychomotricité : article 107
- Service semelles orthopédiques : article 108
- Service prothèses capillaires : article 109
- Service diabète : article 110
- Fonds d'entraide : article 111

c) La Mutualité organise également des services « ni-ni » visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 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 évènement incertain et futur, soit :

- un service ayant pour objet le subventionnement de structures socio-sanitaires et le financement d'actions collectives (code de classification O.C.M. 38),
- un service d'information aux membres (code de classification O.C.M. 37),
- un service patrimonial (code de classification O.C.M. 93),
- un centre de répartition (code de classification O.C.M. 98/1),
- un service administratif ayant pour objet la constitution d'une réserve pour les frais d'administration de l'assurance obligatoire (code de classification O.C.M. 98/2).

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

d) La Mutualité a également pour but d'offrir à ses membres et à leurs personnes à charge, des opérations et services « ni-ni » en application de l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 organisés par l'Union nationale à laquelle elle est affiliée.

e) L'affiliation aux opérations et aux services « ni-ni » ~~précités~~ visés aux paragraphes b), c) et d) est obligatoire pour toutes les personnes affiliées à la Mutualité.

Les prestations ~~des~~ de ces opérations et services « ni-ni » seront offertes dans la mesure des ressources disponibles.

f) En application de l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 et de l'article 1er, point 1° 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 visant à offrir, aux personnes se trouvant dans une situation problématique en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une vulnérabilité financière ou sociale, ainsi qu'à leurs auxiliaires de vie bénévoles, une aide et des services et ce, afin d'augmenter leur autonomie, de promouvoir l'intégration et la participation sociales et d'ouvrir l'accès à l'aide sociale ; ce service s'adresse à tout le monde ; il octroie une aide sociale et psychosociale et fournit des informations et conseils, en exécution de la règlementation applicable de l'autorité compétente. Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

g) La Mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires, la charte de gouvernance, le code déontologique et les directives de l'Union nationale à laquelle elle est affiliée.

La Mutualité donne accès à l'Union nationale, sur simple demande et sans déplacement, à tous les documents que l'Union estime nécessaire dans le cadre de l'exercice de sa fonction de contrôle sur les activités de la Mutualité et sur les activités des entités qui lui sont liées.

Toute communication écrite de la Mutualité à l'Office de contrôle et toute communication écrite de l'Office de contrôle à la Mutualité est également envoyée à l'Union nationale.

h) Les membres de la Mutualité peuvent s'affilier à la Société Mutualiste d'Assurances « Solidaris Assurances » créée en application de l'article 43 bis § 5 de la loi du 6 aout 1990, à laquelle la Mutualité est affiliée et dont la Mutualité est intermédiaire, en souscrivant un produit d'assurance proposé par cette Société Mutualiste d'Assurances et maintenir cette couverture d'assurance pour autant qu'il·elle·s aient la possibilité de bénéficier d'un avantage des services de l'assurance complémentaire ou si leur possibilité de bénéficier d'un avantage de ces services est suspendue, comme précisé à l'article 10 des présents statuts.

Lorsque la possibilité de bénéficier des avantages des services de l'assurance complémentaire de la Mutualité est supprimée, il est mis fin à la couverture d'assurance souscrite auprès de la Société Mutualiste d'Assurances. Les membres dont la possibilité de bénéficier des avantages des services de l'assurance complémentaire de la Mutualité est supprimée peuvent toutefois s'affilier à la Société Mutualiste d'Assurances en souscrivant un produit d'assurance proposé par cette Société Mutualiste, et maintenir cette couverture d'assurance à condition (a) d'entamer la période de « recouvrement du droit » de 24 mois pouvant leur donner à terme une nouvelle possibilité de bénéficier desdits avantages de la Mutualité, visée à l'article 10, § 4, alinéa 5 des présents statuts et (b), durant cette période, ne pas être en défaut de paiement des cotisations dues à la Mutualité pour une période de plus de 6 mois (article 2 de l'arrêté royal du 26 aout 2010 portant exécution des articles 2, § 3, alinéa 2, 14, § 3, et 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, § 7, de cette même loi).

Les membres qui souscrivent un produit d'assurance à la Société Mutualiste d'Assurances bénéficieront des services et garanties de la Société Mutualiste d'Assurances dans les conditions prévues par les statuts de cette dernière et moyennant le respect de l'alinéa précédent.

Dans ce cadre, la Mutualité a pour objet l'intermédiation pour les contrats d'assurances « maladie» au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance et, à titre complémentaire, pour les contrats d'assurance « assistance » au sens de la branche 18 de la même annexe, et ce, conformément à l'article 755 de cette même loi, proposés par la Société Mutualiste d'Assurances « Solidaris Assurances ». La Mutualité est, pour cette activité, inscrite au registre de l'Office de Contrôle des Mutualités des intermédiaires d'assurances des sociétés mutualistes en qualité d'agent, sous le n° 3005.

Article 6. Affiliations de la Mutualité

La Mutualité est affiliée auprès de :

- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220, O.C.M. n° 300), dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la Mutualité à l'adresse suivante : http://www.solidaris.be/statuts,
- la société mutualiste « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes-Solidaris pour la région wallonne » (BCE n° 0713.670.867, O.C.M. n° 380/06), dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la Mutualité à l'adresse suivante : http://www.solidaris.be/statuts,
- la société mutualiste « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale » (BCE n° 0713.671.659, O.C.M. n° 380/05), 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 van de Socialistische Mutualiteiten » ((BCE n° 0476.572.579, O.C.M. n° 380/01), dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la Mutualité à l'adresse suivante : http://www.solidaris.be/statuts.

Article 7. Les valeurs de la Mutualité

La Mutualité s'appuie sur sept valeurs :

Engagement dans la société. Notre engagement est à la fois social et sociétal. Etre engagé dans la société, c'est être à l'écoute des besoins de la société, être le relais de la population, mettre en place des actions citoyennes collectives, s'engager au quotidien, dans le but de faire progresser positivement la société et d'améliorer la vie de chacun·e.

Solidarité. C'est le cœur de notre système de valeurs. Cela veut dire réunir nos forces et partager nos ressources autour d'un projet commun. Pour nous, la solidarité ne se marchande pas. Nous défendons une logique de soutien et d'égalité entre les personnes, de cohésion sociale et d'émancipation.

Proximité. Répondre aux besoins de l'affilié·e en offrant une large présence à nos membres et une disponibilité relationnelle. Notre vaste réseau nous permet de proposer un contact direct à nos membres, ainsi qu'une écoute personnalisée et une compréhension fine de leurs attentes et besoins.

Respect de l'individu. Tout·e individu mérite notre considération. Le respect de l'individu passe par un savoir-être, un ensemble de comportements à intégrer au quotidien. Pour nous, cela signifie : faire preuve d'empathie, d'écoute active, d'absence de préjugés, d'ouverture d'esprit, d'accompagnement.

Nous défendons le respect de chaque personne dans son droit à un traitement égal et dans la reconnaissance de ses différences et de son individualité. C'est au nom de cette valeur que nous sommes acteur·rice·s au niveau international.

Innovation. Innover c'est oser le changement dans une attitude proactive et dynamique. L'innovation ne se fait pas pour elle-même, elle répond à des besoins identifiés, en adéquation avec nos valeurs. Cela se manifeste par le développement d'outils, de méthodes de travail, de nouveaux modes de collaboration. La finalité est d'améliorer constamment nos services en étant précurseur·e·s dans nos territoires d'activités. Nous proposons des solutions adaptées aux multiples évolutions de la société.

Service. Le service est un accompagnement, une orientation vers une réponse adaptée aux attentes et aux besoins de nos membres/prestataires/partenaires. Pour nous, un service de qualité commence par un accueil qui privilégie le contact, la proximité et l'écoute. Il passe par une compréhension précise et un traitement ciblé de la demande pour fournir une réponse conforme aux besoins. Cette réponse est aussi proactive et orientée solutions.

Qualité. Nous veillons à afficher un professionnalisme de tous les instants. Assurer la qualité se traduit par une communication efficiente, la formation continue des collaborateur·rice·s, la remise en question constante et l'adaptation rapide aux nouvelles technologies et règlementations. Nous développons des standards de travail tant sur l'aspect technique que relationnel de nos métiers.

Chapitre 2. Les membres de la Mutualité

Article 8. Affiliation aux services de la Mutualité

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

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

- de la Mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la Mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 ;
- de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220, O.C.M. n° 300) auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'Union nationale qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 ;
- de la « Société mutualiste régionale des Mutualités socialistes - Solidaris pour la région wallonne » (BCE n° 0713.670.867, OCM n° 380/06) ou de la « Société mutualiste régionale des Mutualités socialistes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale » (BCE n° 0713.671.659, O.C.M. n° 380/05), auprès desquelles la Mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la règlementation 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, sur une base volontaire, dans le respect des dispositions légales, règlementaires et statutaires applicables, uniquement pour les services de la Mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la Mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010. Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;
- elle a droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique ;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur ;
- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 aout 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- elle est détenue et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé ;
- elle est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique, est en séjour temporaire en Belgique et est porteuse d'une carte européenne d'assurance maladie.

Cette personne est d'office affiliée aux services de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (BCE n° 0411.724.220, O.C.M. n° 300) auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de l'Union nationale qui sont visés à

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

§ 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 § 1er, 1°, comme n'étant pas affiliée à la Mutualité, sauf manifestation expresse de la volonté de rester affiliée aux services de la Mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la Mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010.

§ 3. La personne qui est, dans le respect des dispositions légales, règlementaires et statutaires applicables, affiliée auprès de la Mutualité au moins pour les services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990, ainsi que pour les services de la Mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010, a en outre, la possibilité :

- de participer le cas échéant, dans le respect des dispositions légales, règlementaires et statutaires, à l'épargne prénuptiale, visée par l'article 7, § 4, de la loi du 6 aout 1990, organisée par l'Union nationale auprès de laquelle la Mutualité est affiliée ;
- de s'affilier à la société mutualiste « Zorgkas van de Socialistische mutualiteiten » (BCE n° 0476.572.579, O.C.M. n° 380/01) auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue possible en vertu de la règlementation régionale dont elle relève ;
- de souscrire, dans le respect des dispositions légales, règlementaires et statutaires, à un produit d'assurance organisé auprès de la Société Mutualiste d'Assurance « Solidaris Assurances » (BCE n° 0838.585.487), auprès de laquelle la Mutualité est affiliée.

Article 9. 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 aout 1990, ainsi que les services de la Mutualité visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010.

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

1° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès de la Mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de celle-ci, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription ;

2° pour une personne qui était affiliée pour l'assurance complémentaire auprès d'une autre mutualité en qualité de titulaire et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la 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 autre mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès de la 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 autre mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès de la Mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription

5° pour une personne visée à l'article 8, § 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 autre mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme personne à charge auprès de la Mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription.

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 9, une personne affiliée à la Mutualité peut être :

1° soit un·e membre qui peut bénéficier d'un avantage de ces services ;

2° soit un·e membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de ces services est suspendue ;

3° soit un·e membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée.

La personne qui est inscrite à charge d'un·e membre et qui obtient la possibilité de bénéficier des avantages de ces services, dans la mesure des moyens disponibles, du chef de ce·tte membre, est classée selon le même type que la·le titulaire à charge duquel elle est inscrite.

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 de l'assurance complémentaire 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, O.C.M. n° 300) ;
- de la possibilité de bénéficier de la couverture d'assurance que la·le membre a souscrite auprès de la Société Mutualiste d'Assurances « Solidaris Assurances » (BCE n° 0838.585.487, O.C.M. n° 350/02), et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances ; il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances, ainsi qu'à l'article 5, c) des présents statuts.

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 ni en ce qui concerne le droit aux prestations octroyées par la « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes-Solidaris pour la Région Wallonne » (O.C.M. n° 380/06) ou par la « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten » (O.C.M. n°380/01). 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 ni en ce qui concerne des prestations octroyées par la « Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes-Solidaris pour la Région Wallonne » (O.C.M. n° 380/06), par la Société Mutualiste Régionale des Mutualités Socialistes – Solidaris pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale (O.C.M. n°380/05) ou par la « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten » (O.C.M. n° 380/01) ; cependant, rien n'empêche la·le membre de payer les cotisations dues au moyen des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité ou de l'assurance complémentaire.

§ 2. La·le membre qui peut bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire

Il s'agit du·de la membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 9 :

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

A cet égard, la·le membre qui est en ordre de cotisations pour les services concernés depuis au moins 24 mois ou pour les personnes visées à l'article 2quater,alinéa 4 de l'AR du 07.03.1991, depuis plus de mois que le nombre de mois que comprend la période subséquente, visée dans cette dernière disposition, est présumé·e, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour ces services pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

Lorsque la·le membre a été affilié·e sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire depuis plus de 24 mois, ou pour le membre visé à l'article 2quater, alinéa 4 de l'AR du 07.03.1991, depuis plus de mois que le nombre de mois que comprend la période subséquente, et qu'il·elle a été en ordre de cotisations pour les services concernés pour cette période, il·elle est présumé·e, 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 la·le membre a été affilié·e pour la première fois à une mutualité belge en qualité de titulaire depuis moins de 24 mois, et qu'il·elle a été en ordre de cotisations pour les services concernés depuis la prise de cours de son affiliation, il·elle est présumé·e, jusqu'à la preuve du contraire, être en ordre de cotisations pour les services concernés pour les trois mois qui suivent immédiatement ladite période.

2° pour la période de 23 mois qui précède le mois au cours duquel l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit.

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'évènement 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'évènement 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 la·le membre était en ordre de cotisations lorsque celui·elle-ci :

a) n'est pas un·e membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période subséquente visée au § 4, alinéa 5 ou 6 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

- la·le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il·elle était affilié·e en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;
- la·le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il·elle était affilié·e en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il·elle 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 la·le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous b, i°.

Sont considérées comme payées, dans le calcul de la période de référence visée au présent point 2°, les cotisations que la·le membre est légalement empêché·e de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite, durant la période qui s'étend du 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel la période subséquente visée à l'article 2 quater, alinéa 3 ou 4 de l'AR du 07.03.1991, prend fin jusqu'à la fin du mois qui précède celui au cours duquel se produit l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage d'un service visé à l'article 3, alinéa 1er, b) et c) de la loi du 6 août 1990.

La·le membre qui était affilié·e en qualité de personne à charge pendant une partie de la période de référence visée au présent point 2° et qui, depuis qu'il·elle est devenu·e titulaire durant cette période de référence, est en ordre de cotisations, est présumé·e 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.

§ 3. La·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 9, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23e mois qui précède le mois au cours duquel l'évènement qui, en vertu des statuts, 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 la·le membre est légalement empêché·e 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 1er, 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 1er.

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 1er, 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 la·le membre était en ordre de cotisations lorsque celui·elle-ci :

a) n'est pas un·e membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période subséquente visée au § 4, alinéa 5 ou 6 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

- la·le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il·elle était affilié·e en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;
- la·le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il·elle était affilié·e en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il·elle 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 la·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 aout 1990, la·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'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit.

Lorsque la personne à charge d'un titulaire dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue devient elle-même titulaire pour la première fois, cette personne est, au moment de la prise de cours de son affiliation en tant que titulaire, considérée comme un membre visé au § 2.

§ 4. La·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 9, 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 la·le membre est légalement empêché·e 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 1er, 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 1er.

Si, durant la période visée à l'alinéa 1er, 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 la·le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :

a) n'est pas un·e membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période subséquente visée à l'alinéa 5 ou 6 ;

b) se trouve dans une des situations suivantes :

- la·le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il·elle était affilié·e en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;
- la·le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il·elle était affilié·e en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il·elle 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 la·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 aout 1990, la·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 9 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.

Par dérogation à l'alinéa précédent, une personne qui se trouve dans une situation digne d'intérêt peut, sans préjudice de l'application de l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, être considérée comme un membre d'une mutualité qui peut bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 au sens de l'article 2, 1° de l'AR du 07.03.1991 :
1° après une période subséquente de 6 mois pour laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de ces services, si cette personne se trouve dans cette situation digne d'intérêt:
- soit dans les 6 mois qui précèdent cette période subséquente ;
- soit pendant cette période subséquente;

2° après une période subséquente de 6 à 23 mois, pour laquelle les cotisations ont été payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de ces services, lorsque la situation digne d'intérêt survient après le 6e mois de cette période subséquente mais avant la fin du 23e mois qui suit celui au cours duquel cette période subséquente a débuté. Dans ce cas, la durée de la période subséquente s'étend jusqu'au mois inclus qui précède celui au cours duquel la situation digne d'intérêt a débuté sans que cela puisse dépasser 24 mois.

Par personne qui se trouve dans une situation digne d'intérêt visée à l'alinéa précédent, il faut entendre la personne visée dans les points 1° ou 2° ci-dessous :

1° la personne qui, durant les 6 mois qui précèdent le début de la période subséquente de 6 mois, visée à l'article 2quater, alinéa 4, 1° de l'AR du 07.03.1991, au cours de laquelle elle (re)commence à payer les cotisations, se trouve dans une des situations suivantes:
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, du revenu d'intégration instauré par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, de secours complètement ou partiellement pris en charge par les autorités fédérales en vertu des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, de la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, du revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1er avril 1969 ou elle est un bénéficiaire qui conserve le droit à une majoration de rente en application de cette loi;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une allocation de remplacement de revenus accordée aux personnes handicapées en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés;
- elle est, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, sous guidance budgétaire ou sous gestion budgétaire auprès du CPAS en exécution de l'article 60, § 4, de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une allocation de chômage dont le montant ne dépasse pas le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé, instituée par la loi du 22 mars 2001;
- elle bénéficie, durant une période ininterrompue d'un mois au moins, d'une indemnité de maladie dont le montant ne dépasse pas le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé, instituée par la loi du 22 mars 2001;
- elle est en règlement collectif de dettes durant au moins une partie de cette période ;
- elle est en état de faillite pour autant que le jugement déclaratif de faillite ait été prononcé au cours de ladite période et qu'il ne s'agisse pas d'une faillite frauduleuse;

2° la personne qui, dans la période subséquente visée à l'article 2 quater, alinéa 4, 2° de l'AR du 07.03.1991, se trouve dans une situation visée sous 1° pendant au moins la même durée que celle visée sous 1°. Pour l'application de la présente disposition, le jugement visé au dernier tiret sous 1° doit avoir été prononcé durant cette période subséquente.

Lorsque l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage se produit après

la période subséquente visée à l'article 2quater, alinéa 4, 2° de l'AR du 07.03.1991, mais avant la fin du 23e mois qui suit celui au cours duquel cette période subséquente a débuté, cette personne peut, par dérogation à l'article 2bis §1er, 2° de l'AR du 07.03.1991, bénéficier de l'avantage lorsqu'elle est en ordre de cotisations pour la période qui s'étend du mois pour lequel elle a (re)commencé à payer les cotisations jusqu'au mois inclus durant lequel cet évènement se produit.

La période subséquente visée, selon le cas, à l'alinéa 3 ou à l'alinéa 4 de l'article 2 quater de l'AR du 07 mars 1991 est suspendue :

- pendant la période durant laquelle ce·tte membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché·e de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite ;
- pendant la période durant laquelle ce·tte 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·e titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Lorsqu'un·e membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée a été, durant la période subséquente visée à l'alinéa 5 ou 6, affilié·e sans interruption auprès de différentes mutualités belges en qualité de titulaire, les mois que doit compter la période subséquente se comptent à partir du 1er jour du mois pour lequel les cotisations pour lesdits services de la mutualité auprès de laquelle il·elle était affilié·e 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 subséquente visée à l'alinéa 5 ou 6, la période d'interruption suspend ladite période 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.

Lorsque la personne à charge d'un·e titulaire dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée devient elle-même titulaire pour la première fois, cette personne est, au moment de la prise de cours de son affiliation en tant que titulaire, considérée comme un·e membre visé au § 2.

Article 11. Exclusion

Peut être exclu comme membre des services visés à l'article 5, a) et b), celui ou celle qui se rend coupable de faits qui portent atteinte aux intérêts de la Mutualité (comme, par exemple, le piratage du système informatique) ou à l'intégrité physique ou psychique de son personnel (agression physique, verbale, etc.).

La décision d'exclusion est prise par la Commission « Exclusions » que le Conseil d'administration a décidé de créer en son sein à cet effet en application de l'article 23 de la loi du 6 aout 1990, après que ce·tte membre ait été convoqué·e pour être entendu·e en ses moyens de défense.

Cette commission est composée d'un·e administrateur·rice désigné·e par chaque Comité spécialisé territorial et du·de la Président·e du Comité de direction. La Commission se prononce à la majorité des voix, chaque membre disposant d'une voix.

Si la·le membre est empêché·e de répondre à la convocation, il·elle 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, dans un délai de deux mois au plus à dater du jour de la convocation.

Si la·le membre fait défaut lors de cette nouvelle date, la Commission précitée statuera sur base des éléments en sa possession.

Titre II. Organisation de la Mutualité

Chapitre 1. Territoires

Article 12. Territoires

La Mutualité est organisée en cinq territoires :

- La province du Brabant Wallon constitue le territoire « Solidaris Brabant Wallon »,

- La partie de la province de Hainaut comprenant les arrondissements d'Ath (à l'exception des communes d'Enghien, Lessines et Silly), Mons et Tournai-Mouscron constitue le territoire « Solidaris Mons-Wallonie Picarde »,
- La partie de la province du Hainaut comprenant les arrondissements de Charleroi, La Louvière, Soignies, Thuin et les communes d'Enghien, Lessines et Silly constitue le territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies »,
- La province de Liège constitue le territoire « Solidaris Liège »,
- La province de Namur constitue le territoire « Solidaris Namur ».

Chaque territoire a un siège de référence établi, respectivement, à :

- 1480 Tubize, chaussée de Mons, 228,
- 7800 Ath, rue du Fort, 48,
- 6000 Charleroi, avenue des Alliés, 2,
- 4020 Liège, rue Douffet, 36,
- 5002 Saint-Servais, chaussée de Waterloo, 182.

Les membres choisissent librement le territoire dont il·elle·s font partie ; à défaut d'avoir exprimé ce choix, il·elle·s font partie du territoire désigné comme suit :

- les membres qui, au 31 décembre 2021, étaient affilié·e·s à une des mutualités ayant fusionné visées à l'article 2, font partie du territoire dans lequel cette ancienne mutualité était établie,
- les membres qui sont affilié·e·s à partir du 1er janvier 2022 et qui sont domicilié·e·s dans l'un des territoires, font partie du territoire dans lequel il·elle·s sont domicilié·e·s,
- les membres qui sont affilié·e·s à partir du 1er janvier 2022 et qui sont domicilié·e·s ailleurs que dans l'un des territoire, font partie du territoire auprès duquel il·elle·s ont demandé leur inscription.

Les personnes inscrites à charge d'un·e membre font partie du territoire dont fait partie la·le membre titulaire à charge duquel elles sont inscrites.

Chapitre 2. L'Assemblée générale

Section 1. Composition de l'Assemblée générale

Article 13. Nombre de représentant·e·s

L'Assemblée générale de la Mutualité est composée de représentant·e·s des membres et des personnes à charge élu·e·s pour une période maximale de six ans, à raison de :

- si la Mutualité compte moins de 75.000 membres : un·e représentant·e par tranche complète de 1.000 de ces membres, avec un minimum de 15 représentant·e·s ;
- si la Mutualité comptent entre 75.000 et 505.000 membres : 75 représentant·e·s pour la première tranche de 75.000 membres et un·e représentant·e par tranche complète de 10.000 membres au-delà du nombre de 75.000 ;
- si la Mutualité compte au moins 505.000 membres : 118 représentant·e·s, nombre augmenté de 9 représentant·e·s par tranche complète de 20.000 membres au-delà du nombre de 505.000, avec un maximum de 250 représentant·e·s.

Les membres qui sont pris·e·s en considération pour déterminer le nombre de représentant·e·s au sein de l'assemblée générale de la Mutualité sont les titulaires qui font partie de l'effectif des membres au 30 juin de l'année qui précède l'année durant laquelle l'élection de l'assemblée générale va avoir lieu, tels que renseigné·e·s dans les relevés établis par l'I.N.A.M.I. en application de l'article 345, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Le mandat de représentant·e est renouvelable.

Article 14. Circonscriptions électorales

En vue de l'élection des représentant·e·s à l'Assemblée générale, la mutualité est répartie en circonscriptions électorales définies comme suit :

- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Brabant Wallon »,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Mons-Wallonie Picarde » domicilié·e·s dans l'arrondissement d'Ath ou en-dehors des arrondissements d'Ath, Mons et Tournai-Mouscron,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Mons-Wallonie Picarde » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Mons,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Mons-Wallonie Picarde » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Tournai-Mouscron,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Charleroi, à l'exception des cantons électoraux de Châtelet, Fontaine-l'Evêque et Pont-à-Celles,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies » domicilié·e·s dans un des cantons électoraux de Châtelet, Fontaine-l'Evêque et Pont-à-Celles,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies » domicilié·e·s dans l'arrondissement de La Louvière,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Soignies et dans les communes d'Enghien, Lessines et Silly,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Thuin,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Centre, Charleroi et Soignies » domicilié·e·s en-dehors de ce territoire,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Liège » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Huy,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Liège » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Liège ou en-dehors de la province de Liège,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Liège » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Verviers, à l'exception des neuf communes de la Communauté germanophone (Eupen, La Calamine, Lontzen, Raeren, Amblève, Bullange, Burg-Reuland, Butgenbach et Saint-Vith),
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Liège » domicilié·e·s dans une des neuf communes de la Communauté germanophone (Eupen, La Calamine, Lontzen, Raeren, Amblève, Bullange, Burg-Reuland, Butgenbach et Saint-Vith),
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Liège » domicilié·e·s dans l'arrondissement de Waremme,
- les membres faisant partie du territoire « Solidaris Namur ».

Les représentant·e·s sont élu·e·s au sein de chaque circonscription par les membres et les personnes à charge, au prorata du nombre de membres de cette circonscription, selon la formule suivante :

- nombre de représentant·e·s de la circonscription = nombre total de représentant·e·s / nombre total de membres * nombre de membres de la circonscription,
- le résultat étant arrondi à l'unité inférieure, avec la garantie d'au moins un·e représentant·e pour chacune des circonscriptions.

Si le nombre de mandats tel que requis n'est pas ou plus atteint et s'il n'y a pas ou plus de suppléant·e·s, l'assemblée générale est malgré tout considérée comme étant composée valablement jusqu'aux prochaines élections mutualistes.

Article 15. Représentant·e·s suppléant·e·s

Dans chaque circonscription où il est procédé à un vote, les candidat·e·s qui satisfont aux conditions d'éligibilité et qui ne sont pas élu·e·s en tant que représentant·e·s effectif·ve·s, sont élu·e·s comme suppléant·e·s.

La liste des suppléant·e·s est établie, pour chaque circonscription, en fonction du nombre de voix que ces personnes ont obtenues lors des élections mutualistes

Les suppléant·e·s deviennent représentant·e·s effectif·ve·s en remplacement des représentant·e·s de leur circonscription démissionnaires, exclu·e·s ou décédé·e·s, dont il·elle·s achèvent le mandat ; il·elle·s

sont appelé·e·s dans l'ordre déterminé par le nombre de voix obtenues ; en cas d'égalité de voix, le mandat est accordé au·à la candidat·e la·le mieux classé·e dans la liste des candidat·e·s visée à l'article 20.

Section 2. Procédure électorale

Article 16. Electeur·rice·s

Ont droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée générale, les membres et personnes à charge qui :

- sont membres de la Mutualité ou sont inscrites à charge d'un·e membre de la Mutualité au 30 juin de l'année qui précède l'élection ;
- sont majeur·e·s ou émancipé·e·s ;
- font partie de la circonscription dans laquelle il·elle·s votent.

Article 17. Conditions d'éligibilité

Pour pouvoir être élu·e en tant que représentant·e et pour pouvoir rester représentant·e au sein de l'Assemblée générale de la Mutualité, il faut :

- avoir le droit de vote au sens de l'article 16 des présents statuts ;
- pouvoir bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire, au sens de l'article 10, § 2 des présents statuts au moment de l'arrêt de la liste des électeur·rice·s ;
- être affilié·e à la Mutualité depuis au moins 2 ans à la date de l'appel aux candidatures ;
- ne pas avoir été exclu·e de l'Assemblée générale de la Mutualité en application de l'article 31 des présents statuts, sauf décision de réhabilitation de l'Assemblée générale ;
- être de bonnes conduite, vie et mœurs ;
- satisfaire, au plus tard le jour de l'élection, à la condition de ne pas faire partie du personnel de la Mutualité et de ne pas avoir été licencié·e en tant que membre du personnel de la Mutualité pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de la Mutualité ;
- ne pas avoir été licencié·e en tant que membre du personnel de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ou d'une société mutualiste affiliée à l'Union Nationale des Mutualités Socialistes pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de l'Union nationale ou de la société mutualiste.

Un·e membre ne peut se porter candidat·e que dans la circonscription électorale dans laquelle il·elle a droit de vote ; cependant, s'il·elle est élu·e, son mandat ne prendra pas fin s'il·elle change de circonscription en cours de mandature.

Article 18. Appel aux candidat·e·s

Les membres et les personnes à charge sont informé·e·s via le site web de la mutualité et au moins un des canaux suivants : dans le courrier en annexe duquel le bulletin de virement relatif au paiement des cotisations est joint, via e-mail, dans des publications disponibles dans toutes les antennes de la Mutualité et dans des brochures destinées aux membres et placées à un endroit clairement visible :

- de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat·e, au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu ;
- de la date limite pour soumettre les candidatures, au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu ,
- du nombre de mandats par circonscription électorales,
- de la personne à laquelle les candidatures doivent être adressées,
- de ce que les candidatures doivent être faites par lettre recommandée,
- des pièces à joindre à la candidature.

Article 19. Candidatures

Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au·à la Président·e du Conseil d'administration de la Mutualité, au siège social de la Mutualité, au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

La·le Président·e qui constate que la·le candidat·e ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues par l'article 17 des présents statuts, informe par lettre recommandée la·le candidat·e concerné·e de son refus motivé de la·le porter sur la liste, au plus tard le 31 décembre de l'année précédant l'année pendant laquelle les élections mutualistes seront organisées.

Sans préjudice de la compétence des tribunaux du travail, la·le candidat·e qui conteste le refus peut soumettre sa contestation à l'Office de Contrôle des Mutualités qui y donnera une suite adéquate ; les plaintes doivent être adressées, par lettre recommandée, à l'Office de Contrôle des Mutualités (1, avenue de l'Astronomie, 1210 Bruxelles), dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle la décision litigieuse est intervenue ; l'Office de contrôle dispose de trente jours civils pour notifier sa décision aux parties concernées.

Article 20. Arrêt de la liste des candidat·e·s

Une liste des candidat·e·s est établie pour chaque circonscription électorale.

Les candidat·e·s figurent sur cette liste par ordre alphabétique ; la·le Président·e du Conseil d'administration de la Mutualité choisit par tirage au sort la lettre à laquelle commence cet ordre alphabétique.

Les listes des candidat·e·s tenant compte des décisions visées à l'article 19 sont communiquées à l'Office de contrôle au plus tard le 28 février de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

Article 21. Exemption de procéder à un vote

Les candidat·e·s d'une circonscription électorale qui satisfont aux conditions d'éligibilité sont automatiquement élu·e·s si le nombre de candidat·e·s pour cette circonscription électorale est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription électorale.

Par contre, il est procédé à un vote dans une circonscription électorale si le nombre de candidat·e·s pour cette circonscription électorale est supérieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir pour cette circonscription électorale.

Article 22. Date de l'élection

Les convocations pour le vote sur base des listes définitives des candidat·e·s sont envoyées et la date d'élection est communiquée via le site web de la Mutualité ou dans le courrier en annexe duquel le bulletin de virement relatif au paiement des cotisations est joint, via e-mail, dans des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et dans des brochures destinées aux membres et placées à un endroit clairement visible, au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

L'élection commence au plus tôt huit jours calendrier après l'envoi des convocations.

Article 23. Bureau électoral

L'organisation de l'élection et le contrôle de celle-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un·e président·e, d'un·e secrétaire et d'un·e assesseur·e par circonscription où un vote a lieu.

Le bureau électoral est composé au plus tard le 15 mars de l'année au cours de laquelle les élections mutualistes auront lieu.

La·le président·e et les assesseur·e·s du bureau électoral sont désigné·e·s par le Conseil d'administration de la Mutualité.

La·le secrétaire est désigné·e par la·le président·e du bureau électoral parmi les membres du personnel de la Mutualité.

Les candidat·e·s à l'élection ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.

Le bureau électoral prend les mesures nécessaires afin de garantir le déroulement régulier de l'élection.

Pour chaque circonscription où un vote a lieu, la·le président·e du bureau électoral désigne, en outre, un·e 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 24. Etablissement des listes des électeur·rice·s

Les listes des électeur·rice·s sont établies par circonscription.

Toutes les personnes ayant la qualité d'électeur·rice au sens de l'article 16 des présents statuts sont automatiquement inscrites sur la liste des électeur·rice·s de la circonscription concernée.

Les listes des électeur·rice·s sont définitivement clôturées au 31 décembre de l'année précédant l'année pendant laquelle les élections mutualistes seront organisées.

Article 25. Le vote

Le vote est libre et secret. Chaque électeur·rice dispose d'un seul bulletin de vote. L'électeur·rice exprime son choix en cochant la case figurant à côté des nom et prénom de chacun·e des candidat·e·s pour lesquels l'électeur·rice souhaite voter.

Le vote se déroule soit par correspondance, soit dans l'un des bureaux de vote de la circonscription dont fait partie l'électeur·rice, soit de manière électronique selon les modalités agréées par l'Office de contrôle des mutualités.

Un ou plusieurs bureaux de vote par circonscription sont ouverts.

Vote dans un des bureaux de vote.

Si le vote a lieu dans l'un des bureaux de vote de la circonscription, l'électeur·rice est informé·e, via la site web de la Mutualité ou par un des canaux visés à l'article 22, au moins huit 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, la·le secrétaire désigné·e par le bureau électoral note l'identité des électeur·rice·s qui se présentent et vérifie s'il·elle·s figurent sur la liste des électeur·rice·s.

Les électeur·rice·s doivent être en possession de leur carte d'identité.

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

Vote par procuration

L'électeur·rice peut donner procuration à un·e autre électeur·rice de la même circonscription, par un écrit signé de sa main ; nul·le ne peut être porteur·euse de plus d'une procuration.

Vote par correspondance

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

- un bulletin de vote pour sa circonscription ;
- une enveloppe blanche pré-imprimée au nom et à l'adresse de la Mutualité, mentionnant au dos son nom, son adresse ainsi que son numéro de membre ;
- une enveloppe de couleur, 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·rice insèrera son bulletin de vote rempli dans l'enveloppe de couleur qu'il·elle scellera et glissera cette enveloppe de couleur dans l'enveloppe blanche qu'il·elle devra envoyer par voie postale ou déposer dans un bureau mutualiste à sa meilleure convenance.

Elections 2022

Le vote peut aussi avoir lieu lors des élections mutualistes de 2022 de la manière décrite au présent paragraphe.

Les convocations sont adressées individuellement, par courrier ou par e-mail ; elles comprennent un QR-code qui identifie individuellement l'électeur et le rattache à sa circonscription électorale et :

- si la convocation est adressée par courrier :
    - les indications pour le vote,

- la liste des candidats de la circonscription de l'électeur, sous forme d'un bulletin de vote,
- une enveloppe-réponse ;

- si la convocation est adressée par e-mail :
  - les indications pour le vote,
  - un lien URL vers une plate-forme de vote électronique, où apparaissent la liste des candidats de la circonscription de l'électeur et l'interface de vote.

L'électeur peut voter selon deux modes :

- Vote électronique
  - l'électeur convoqué par e-mail active le lien URL vers la plate-forme de vote électronique, y effectue son vote et le valide ;
  - l'électeur convoqué par courrier accède à la plate-forme de vote électronique et s'y identifie au moyen de son QR-code, puis il effectue son vote et le valide ;
  - dans les deux cas, l'électeur peut aussi voter dans un bureau de la mutualité, au moyen de son QR-code ;
  - dans tous les cas, l'électeur doit saisir son n° de registre national pour confirmer son identité.
- Vote papier
  - L'électeur convoqué par courrier renvoie son bulletin de vote au moyen de l'enveloppe-réponse, soit par voie postale, soit par dépôt à une agence de la mutualité.

Le vote par procuration n'est pas possible.

Article 26. Dépouillement

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

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur·rice ;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur·rice.

Les représentant·e·s sont élu·e·s dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix, le mandat est accordé au·à la candidat·e la·le mieux classé·e dans la liste des candidat·e·s visée à l'article 20.

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 électeur·rice·s a été contrôlée et le résultat du scrutin ainsi que les circonscriptions électorales pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 21.

Article 27. Proclamation des résultats

Les membres et les personnes à charge sont informé·e·s, via le site web de la mutualité et au moins un des canaux suivants : dans le courrier en annexe duquel le bulletin de virement relatif au paiement des cotisations est joint, via e-mail, dans des publications disponibles dans toutes les antennes de la mutualité et dans des brochures destinées aux membres et placées à un endroit clairement visible, des résultats du scrutin, au plus tard quinze jours civils après le jour du vote ou après la constatation qu'il n'y a pas lieu de procéder à un vote dans aucune des circonscriptions électorales.

Sans préjudice de la compétence des tribunaux du travail, toutes les contestations peuvent être soumises à l'Office de contrôle des mutualités qui y donnera une suite adéquate ; les plaintes doivent être adressées, par lettre recommandée, à l'Office de contrôle des mutualités (1, avenue de l'Astronomie, 1210 Bruxelles) dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle la décision litigieuse ou celle à laquelle le déroulement ou le résultat contesté des élections est ou sont intervenus ; l'Office de contrôle dispose de trente jours civils pour notifier sa décision aux parties concernées.

Article 28. Communications

Pour permettre à l'Office de contrôle des mutualités de contrôler la validité de la composition et du fonctionnement de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration de la Mutualité, celle-ci envoie simultanément à l'Office :

1° les publications, avis, courriers et circulaires que la Mutualité envoie à ses membres ;

2° les éventuelles annonces concernant les mandats à pourvoir ;

3° les éventuelles brochures mises à disposition des membres à propos des élections concernées, de l'introduction des candidatures, des candidatures recevables, de la date du vote et du résultat du vote.

Un exemplaire du procès-verbal de la procédure électorale est transmis à l'Office de contrôle des mutualités et à l'Union nationale, dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

La Mutualité avertit l'Office de contrôle sans délai de toute publication sur son site web concernant les aspects liés aux instances de la Mutualité et aux élections mutualistes.

Article 29. Installation de la nouvelle Assemblée générale

La nouvelle Assemblée générale est installée au plus tard le 30 juin de l'année pendant laquelle les élections mutualistes ont eu lieu.

L'Assemblée générale peut désigner au maximum cinq conseiller·ère·s, qui ont voix consultative. Chaque Comité spécialisé territorial propose à l'Assemblée générale un·e conseiller·ère.

Les personnes qui, au sein de la Mutualité, soit sont chargées de la responsabilité globale de la gestion journalière soit exercent une autre fonction dirigeante ou une fonction de direction, peuvent assister aux réunions de l'Assemblée générale avec voix consultative.

Par ailleurs, l'Union nationale à laquelle la Mutualité est affiliée peut également désigner une personne pour la représenter à l'Assemblée générale de la Mutualité avec voix consultative.

Section 3. Compétences de l'Assemblée générale

Article 30. Compétences de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale de la Mutualité délibère et décide sur les objets prévus par l'article 15 de la loi du 6 aout 1990, soit :

- les modifications des statuts ;
- l'élection et la révocation des administrateur·rice·s ;
- l'approbation des budgets et comptes annuels ;
- l'octroi de jetons de présence, du remboursement de frais liés à l'exécution du mandat et l'octroi d'un défraiement pour ces frais aux administrateur·rice·s et aux membres de l'Assemblée générale ;
- la désignation d'un·e ou de plusieurs réviseur·euse·s d'entreprises ;
- la collaboration avec des tiers, visée à l'article 43 de la loi du 6 aout 1990, sauf pour les formes de collaboration ou l'objet de la collaboration définis par le Roi, sur la proposition de l'Office de contrôle, après avis du Comité technique visé à l'article 54 de la loi ;
- l'organisation et le groupement de services dans une société mutualiste visée à l'article 43bis de la loi du 6 aout 1990 ;
- la fusion avec une autre mutualité ;
- l'adhésion à une Union nationale ;
- la mutation vers une autre Union nationale ;
- la dissolution volontaire de la mutualité et les opérations relatives à la liquidation de la mutualité.

La Mutualité transmet les documents suivants à l'Union nationale au plus tard un mois après leur approbation :

- les rapports ou procès-verbaux des réunions de l'assemblée générale ;

- le budget et les comptes annuels de l'assurance complémentaire ;
- le rapport des réviseurs sur les comptes annuels de l'assurance complémentaire.

L'Union nationale a accès à ces documents, de plein droit, sur simple demande et sans déplacement.

Article 31. Exclusion d'un·e représentant·e

L'Assemblée générale peut se prononcer sur l'exclusion de l'Assemblée générale d'un·e représentant·e qui nuit aux intérêts ou au fonctionnement de la Mutualité ou les met en danger, ou en cas de comportement portant une atteinte grave aux valeurs de la mutualité. La commission visée à l'article 11 instruit le dossier et donne un avis à l'Assemblée générale, laquelle prend la décision de révocation après avoir invité la·le membre à exprimer son point de vue et ses moyens de défense. La décision de l'Assemblée générale est valablement prise si au moins la moitié des membres sont présent·e·s ou représenté·e·s, et à la majorité simple des votes exprimés.

Les membres de l'Assemblée générale qui viendraient à être rémunéré·e·s par la Mutualité, perdent de plein droit la qualité de représentant·e.

Article 32. Délégation de compétences au Conseil d'administration

L'Assemblée générale peut déléguer au Conseil d'administration la compétence de décider les adaptations de cotisations.

Ces adaptations sont communiquées à l'Office de contrôle des mutualités selon les modalités prévues à l'article 11 de la loi du 6 aout 1990.

Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Section 4. Fonctionnement de l'Assemblée générale

Article 33. Convocation de l'Assemblée générale

§ 1er. L'Assemblée générale est convoquée par le Conseil d'administration dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'Assemblée générale en fait la demande.

La convocation est adressée par la·le Président·e de la Mutualité et la·le Président·e du Comité de direction par lettre, télécopie ou courrier électronique ou tout autre moyen de communication basé sur un document écrit, adressé au plus tard 20 jours civils avant la date de l'Assemblée générale, qui mentionne notamment les lieu, date et heure de la réunion et contient l'ordre du jour ; ce délai est ramené à 8 jours civils lorsqu'une seconde Assemblée générale est convoquée parce que la majorité requise aux articles 10 alinéa 2 et 18 §1er, alinéa 1er, de la loi du 6 aout 1990 n'est pas réunie lors de la première assemblée convoquée.

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

Chaque membre de l'Assemblée générale doit disposer au plus tard huit jours avant la date de l'Assemblée générale ordinaire de la documentation prévue par article 17 de la loi du 6 aout 1990, qui contient les données suivantes :

- le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services ;
- le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services ;
- le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'annexe, ainsi que le rapport du réviseur ;
- le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services ;
- le rapport visé à l'article 43, §1er de la loi du 6 aout 1990 : rapport à l'Assemblée générale sur la collaboration avec les tiers, ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la Mutualité ;
- les propositions de modification des statuts ;

- les décisions rendues, depuis l'assemblée générale précédente, par le Conseil de l'Office de contrôle concernant des modifications statutaires.

Après approbation des comptes annuels et du budget par l'Assemblée générale, les comptes annuels et le budget sont transmis par le Conseil d'administration à l'Office de contrôle des mutualités dans les délais fixés par la règlementation.

§ 2. L'Assemblée générale est tenue en principe en présentiel.

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

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

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

Le Conseil d'administration veille à :

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

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

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

§ 3. Par dérogation au § 2, le Conseil d'administration peut organiser une réunion de l'Assemblée générale exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

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

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

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

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

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 3 ou pour les élus qui participent à la réunion par visioconférence en application du § 2. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

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

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

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

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

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le Conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées

soient mises à la disposition de tous les élus de manière à ce que les élus puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses. Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 8. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :
1° le nombre des élus présents ;
2° le cas échéant, le nombre des élus qui ont donné une procuration ;
3° le nombre des élus ni présents ni représentés ;
4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
6° le nombre d'élus qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'élus qui y ont participé en présentiel ;
7° le cas échéant, le nombre des élus qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :
1° l'identité des élus présents,
2° l'identité des élus qui ont donné procuration et à qui,
3° l'identité des élus ni présents ni représentés,
4° le cas échéant, l'identité des élus suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

§ 9. Le Conseil d'administration peut déléguer la convocation de l'Assemblée générale et les compétences visées aux §§ 1er, 2, 3 et 7, conformément aux dispositions de la loi du 6 aout 1990.

Article 34. Conditions de validité des réunions et des décisions de l'Assemblée générale

Les décisions de l'Assemblée générale de la Mutualité sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présent·e·s ou représenté·e·s, et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi ou les présents statuts le stipulent autrement.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée générale est convoquée. Ne peuvent être repris à l'ordre du jour de cette Assemblée que des points qui étaient inscrits à l'ordre du jour de la première Assemblée générale. Cette seconde Assemblée générale délibère valablement quel que soit le nombre de membres présent·e·s ou représenté·e·s.

Les membres de la direction de la Mutualité peuvent assister à l'Assemblée générale avec voix consultative.

Les procès-verbaux de l'Assemblée générale sont signés par la·le Président·e de la Mutualité et par la·le Président·e du Comité de direction.

Article 35. Votes à l'Assemblée générale – Procurations

Le vote peut se faire à main levée, ou par appel nominal si la moitié des membres de l'Assemblée générale ou le Comité de direction visé à l'article 67 le demandent, sauf dans les cas où la loi du 6 aout 1990 ou un arrêté royal d'exécution prévoit que le vote est secret.

Chaque membre dispose d'une voix. Cependant, chaque membre de l'Assemblée générale peut donner procuration à un·e autre membre de cette même Assemblée afin de la·le représenter ; chaque membre ne peut être porteur·euse que de deux procurations au plus.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un·e administrateur·rice qui est également membre de l'Assemblée générale de la Mutualité ne peut pas participer à la délibération et au vote concernant la proposition de sa révocation ;

Les personnes exclues du vote ne sont pas prises en considération pour le calcul du quorum de présences pour le point de l'ordre du jour concerné.

Article 35bis. Caractère gratuit du mandat de membre de l'Assemblée générale

Le mandat de membre de l'Assemblée générale est gratuit.

Cependant, les membres de l'assemblée générale, ainsi que les conseiller·ères visé·e·s à l'article 29, alinéa 2, peuvent percevoir un jeton de présence dont le montant est fixé en référence aux maximums journalier et annuel des défraiements forfaitaires prévus par l'article 10, alinéa 1er de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, en cas de présence effective à des réunions de l'Assemblée générale ; le jeton de présence ne peut pas dépasser le montant prévu par cette loi par réunion et ne peut aboutir à ce que les membres perçoivent un montant supérieur au montant prévu par cette loi par jour d'« activité de service » ni un montant supérieur au montant prévu par cette loi par an. Conformément à la jurisprudence de l'Office de contrôle, le montant maximum annuel brut pour la participation aux séances de l'assemblée générale ne peut être supérieur à 500,00€.

Les membres peuvent percevoir le remboursement de leurs frais de déplacement (frais de transport et frais de parking) réellement engagés pour se rendre aux réunions, ou à hauteur de l'indemnité forfaitaire au kilomètre prévue dans le barème officiel que l'Etat applique à l'égard de ses fonctionnaires lorsqu'ils utilisent leur voiture privée à des fins professionnelles ; ce dernier défraiement s'applique uniquement aux membres qui font usage d'un véhicule personnel.

Les membres peuvent percevoir le remboursement de leurs frais de déplacement réellement engagés et en lien avec l'exercice de leur mandat, sur base de décomptes et de pièces justificatives.

Le montant des jetons de présence octroyés par réunion, le montant maximal de ces jetons de présence qui peut être octroyé sur une base annuelle et la nature des frais qui sont remboursés sont repris dans l'annexe A des présents statuts.

Section 5. Délégations de l'Assemblée générale de la Mutualité

Article 36. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Les délégué·e·s de la Mutualité à l'Assemblée générale de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes sont désigné·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité en proportion du nombre de membres que compte chaque territoire.

Pour pouvoir être élu·e comme délégué·e à l'assemblée générale de l'Union nationale, il faut être membre effectif·ive de l'Assemblée générale de la Mutualité, et ne pas être membre du personnel de l'Union nationale ni avoir été licencié·e en tant que membre du personnel de l'Union nationale pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de l'Union nationale, et satisfaire aux éventuelles autres conditions supplémentaires reprises dans les statuts de l'Union nationale.

Article 37. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes – Solidaris pour la Région Wallonne

Les délégué·e·s de la Mutualité à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes – Solidaris pour la Région wallonne sont désigné·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité en proportion du nombre de membres, qui sont également membres de la société mutualiste, que compte chaque territoire.

Pour pouvoir être élu·e comme délégué·e à l'assemblée générale de ladite Société Mutualiste Régionale, il faut être membre effectif·ive de l'Assemblée générale de la Mutualité, être membre de ladite Société Mutualiste Régionale et ne pas être membre du personnel de ladite Société Mutualiste Régionale ni en avoir été licencié·e pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de ladite Société Mutualiste Régionale, et satisfaire aux éventuelles autres conditions supplémentaires reprises dans les statuts de ladite Société Mutualiste Régionale.

Article 38. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale

Les délégué·e·s de la Mutualité à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale sont désigné·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité en proportion du nombre de membres, qui sont également membres de la société mutualiste, que compte chaque territoire.

Pour pouvoir être élu·e comme délégué·e à l'assemblée générale de ladite Société Mutualiste Régionale, il faut être membre effectif·ive de l'Assemblée générale de la Mutualité, être membre de ladite Société Mutualiste Régionale et ne pas être membre du personnel de ladite Société Mutualiste Régionale ni en avoir été licencié·e pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de ladite Société Mutualiste Régionale, et satisfaire aux éventuelles autres conditions supplémentaires reprises dans les statuts de ladite Société Mutualiste Régionale.

Article 39. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten »

Les délégué·e·s de la mutualité à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten » sont désigné·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité en proportion du nombre de membres, qui sont également membres de la Société Mutualiste, que compte chaque territoire.

Pour pouvoir être élu·e comme délégué·e à l'assemblée générale de ladite Société Mutualiste, il faut être membre effectif·ive de l'Assemblée générale de la Mutualité, être membre de ladite Société Mutualiste et ne pas être membre du personnel de ladite Société Mutualiste ni en avoir été licencié·e pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de ladite Société Mutualiste, et satisfaire aux éventuelles autres conditions supplémentaires reprises dans les statuts de ladite Société Mutualiste.

Article 40. Délégué·e·s à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste d'Assurances « Solidaris Assurances »

Les délégué·e·s de la Mutualité à l'Assemblée générale de la Société Mutualiste d'Assurances « Solidaris Assurances » sont désigné·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité en proportion du nombre de membres, qui sont également membres de la Société Mutualiste d'Assurances, que compte chaque territoire.

Pour pouvoir être élu·e comme délégué·e à l'assemblée générale de ladite Société Mutualiste d'Assurances, il faut être membre effectif·ive de l'Assemblée générale de la Mutualité, être membre de ladite Société Mutualiste d'Assurances et ne pas être membre du personnel de ladite Société Mutualiste d'Assurances ni en avoir été licencié·e pour un motif grave ou pour attitude incompatible avec les valeurs de la Mutualité ou le bon fonctionnement de ladite Société Mutualiste d'Assurances, et satisfaire aux éventuelles autres conditions supplémentaires reprises dans les statuts de ladite Société Mutualiste d'Assurances.

Article 41. Election des délégué·e·s

Les délégué·e·s visé·e·s aux articles qui précèdent sont élu·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité en son sein.

Chaque Comité spécialisé territorial propose sa liste des candidat·e·s représentant son territoire au Conseil d'administration de la Mutualité.

Le règlement d'ordre intérieur de chaque Comité spécialisé territorial détermine les modalités selon lesquelles les candidatures aux mandats de délégué·e·s sont recueillies, ainsi que les modalités d'établissement de sa liste de candidat·e·s délégué·e·s.

Le Conseil d'administration de la Mutualité présente à l'Assemblée générale les candidat·e·s proposé·e·s par les Comités spécialisés territoriaux.

Chaque membre de l'Assemblée générale de la Mutualité peut se porter candidat·e à un poste de délégué·e représentant le territoire dont fait partie la circonscription dans laquelle il·elle a été élu. Leurs candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au·à la Président·e du Conseil

d'administration, au siège social de la Mutualité, au plus tard 15 jours avant la date de l'assemblée générale de la Mutualité qui procèdera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi.

La·le Président·e du Conseil d'administration vérifie la recevabilité des candidatures et établit une seule liste des candidat·e·s pour chaque territoire ; les candidat·e·s figurent sur cette liste par ordre alphabétique ; la·le Président·e choisit par tirage au sort la lettre à laquelle commence cet ordre alphabétique.

Lorsque, pour un territoire, le nombre de candidat·e·s est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir, ces candidat·e·s sont élus d'office.

Lorsque, pour un territoire, le nombre de candidat·e·s est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a vote. Chaque représentant·e à l'Assemblée générale vote pour le territoire dont fait partie la circonscription dans laquelle il·elle a été élu·e ; les dispositions de l'article 35 sont applicables à ce vote. Les candidat·e·s sont élu·e·s, pour chaque territoire, dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidat·e·s pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Chapitre 3. Le Conseil d'administration

Section 1. Composition du Conseil d'administration

Article 42. Nombre d'administrateur·rice·s

Le Conseil d'administration de la Mutualité est composé au maximum d'un nombre d'administrateur·rice·s qui ne peut pas être supérieur à la moitié du nombre de représentant·e·s à l'Assemblée générale de la Mutualité.

Chaque territoire est représenté au Conseil d'administration par un nombre d'administrateur·rice·s équivalent à la moitié du nombre de mandats de représentant·e·s à pourvoir dans l'ensemble des circonscriptions de ce territoire, arrondi le cas échéant à l'unité inférieure, avec un minimum de 7 et un maximum de 20 administrateur·rice·s par territoire.

Le Conseil d'administration comprend en outre des administrateur·rice·s représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité, dont le nombre ne peut excéder 10 % du nombre total d'administrateur·rice·s.

Les administrateur·rice·s indépendant·e·s visé·e·s à l'article 46, §2, ne sont pas comptabilisé·e·s aux alinéas précédents.

Article 43. Conditions d'éligibilité

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur·e et de bonne conduite vie et mœurs. Il ne faut pas nécessairement faire partie de l'Assemblée générale.

Article 44. Candidatures

Le Conseil d'administration de la Mutualité propose sa liste de candidats.

Le Conseil d'Administration de la Mutualité a décidé que, pour composer sa liste de candidats, il recueille :

- Les propositions de chaque Comité spécialisé territorial, qui transmet sa liste des candidat·e·s représentant son territoire au Conseil d'administration de la Mutualité ; cette liste ne peut comprendre plus de deux tiers de personnes du même sexe, ni plus d'un quart de personnes rémunérées par la mutualité ou par l'Union nationale ;
- Les propositions de l'ensemble des Comités spécialisés territoriaux, , qui transmettent leur liste des candidat·e·s représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité.

Chaque membre de l'Assemblée générale de la Mutualité peut se porter candidat·e à un poste d'administrateur·rice représentant le territoire dont fait partie la circonscription dans laquelle il·elle a été élu·e ou d'administrateur·rice représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité. Leurs candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au·à la Président·e du Conseil d'administration de la Mutualité, au siège social de la Mutualité, au plus tard 15 jours avant la date de l'assemblée générale de la Mutualité qui procèdera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi.

Les candidats à un mandat d'administrateur·rice indépendant·e déposent leur candidature de manière spontanée ou à la suite d'une annonce de la Mutualité.

Chacun·e des candidat·e·s peut accompagner sa candidature d'une motivation qu'il·elle transmet au Comité spécialisé territorial qui la·le présente sur une liste ou au·à la Président·e du Conseil d'administration de la Mutualité.

Article 45. Election des administrateur·rice·s

§ 1. Les membres du Conseil d'Administration sont élu·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité pour une période maximale de 6 ans, renouvelable.

§ 2. Il est procédé, le cas échéant, à l'élection d'un maximum de 5 administrateur·rice·s indépendant·e·s sur la base d'une liste de tous les candidats qui satisfont aux conditions pour être élus en cette qualité, avant de procéder à l'élection des autres administrateurs.

Par administrateur·rice indépendant·e, il convient d'entendre un·e administrateur·rice compétent·e dans le domaine de la santé et/ou financier et/ou actuariel qui satisfait aux conditions suivantes :

1. ne pas être un membre du personnel de la mutualité, de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, d'une société mutualiste visée à l'article 43bis, § 1er, de la loi précitée du 6 aout 1990 à laquelle la mutualité est affiliée ou d'une société mutualiste visée à l'article 70, § 1er, alinéa 1er, b), de cette loi, qui est affiliée à la mutualité, ou d'une société mutualiste d'assurance visée à l'article 43bis, § 5 ou à l'article 70, § 6, de cette loi, à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section;
2. ne pas exercer de mandat de membre de l'assemblée générale de la mutualité, de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, d'une société mutualiste visée à l'article 43bis, §1er , de la loi précitée du 6 aout 1990 à laquelle la mutualité est affiliée ou d'une société mutualiste visée à l'article 70, § 1er, alinéa 1er, b), de cette loi, qui est affiliée à la mutualité, ou d'une société mutualiste d'assurance visée à l'article 43bis , § 5 ou à l'article 70, § 6, de cette loi, à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section;
3. ne pas exercer de mandat d'administrateur·rice de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée, d'une institution médico-sociale visée à l'article 20, § 3, de la loi du 6 août 1990 ou d'une personne morale ou physique avec laquelle une entité visée sous 1° collabore en application de l'article 43 de cette loi;
4. ne pas exercer de mandat d'administrateur·rice indépendant·e de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée et ne pas exercer de mandat d'administrateur·rice indépendant·e , au sens de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance dans une société mutualiste d'assurance visée à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, § 6, de la loi du 6 aout 1990, à laquelle la mutualité est affiliée ou dont elle constitue une section;
5. ne pas être dans une des situations de conflit d'intérêts suivantes :
    a) avoir obtenu un avantage important de nature patrimoniale d'une entité, d'une personne morale ou d'une personne physique visée sous 1° à 4° inclus;
    b) avoir ou avoir eu une relation commerciale significative, au sens de l'article 15, 94°, de la loi précitée du 13 mars 2016, avec une entité, une personne morale ou une personne physique visée sous 1° à 4° inclus;
    c) être un conjoint, un partenaire cohabitant légal ou de fait ou un parent ou allié jusqu'au 2e degré d'une personne qui se trouve dans une situation visée sous a) ou b).

Pour pouvoir rester administrateur·rice indépendant·e dans une mutualité, il faut continuer à satisfaire aux conditions visées aux points 1 à 5.

Le mandat d'un administrateur·rice indépendant·e peut être renouvelé à l'occasion des élections mutualistes suivantes.

§ 3. La·le Président·e du Conseil d'administration vérifie la recevabilité des candidatures et établit une seule liste des candidat·e·s pour chaque territoire et pour le groupe des administrateur·rice·s représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité ; les candidat·e·s figurent sur cette liste par ordre alphabétique ; la·le Président·e choisit par tirage au sort la lettre à laquelle commence cet ordre alphabétique.

L'Assemblée générale élit le Conseil d'administration conformément aux conditions de quorum prévues à l'article 18 de la loi du 6 aout 1990 et après avoir pris connaissance de la motivation qui accompagne le cas échéant les candidatures.

Un scrutin a lieu pour chaque territoire ; seuls les membres de l'Assemblée générale élu·e·s dans les circonscriptions du territoire concerné prennent part au scrutin. Les administrateur·ice·s représentant l'ensemble du territoire sont élus via un scrutin auquel prennent part tous les membres de l'Assemblée générale.

L'organisation de l'élection et le contrôle de celle-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un·e président·e, d'un·e secrétaire et de deux assesseur·e·s. La·le président·e et les assesseur·e·s sont désigné·e·s par le Conseil d'administration; la·le secrétaire est désigné·e par la·le président·e du bureau électoral parmi les membres du personnel de la Mutualité. Les candidat·e·s ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.

Le vote est secret ; il peut avoir lieu par voie électronique sur place ou à distance, selon les modalités fixées par le Conseil d'administration, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions fixées par l'Office de contrôle.

Chaque électeur·rice dispose d'une voix ; cependant, chaque électeur·rice peut donner procuration à un·e autre électeur·rice afin de la·le représenter, chaque électeur·rice ne pouvant être porteur·euse que de deux procurations au plus.

Les administrateur·rice·s sont élu·e·s dans l'ordre du nombre de voix obtenues et en tenant compte de ce que :

- Le Conseil d'administration de la Mutualité ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par la mutualité et par l'Union nationale ;
- Il ne peut y avoir parmi les membres du Conseil d'administration de la Mutualité plus de deux tiers de personnes du même sexe.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidat·e·s pour le dernier mandat à pourvoir, ou pour respecter les obligations énumérées à l'alinéa précédent, l'ordre de la liste est décisif.

Article 46. Installation du Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration peut désigner au maximum cinq conseiller·ère·s, qui ont voix consultative. Chaque Comité spécialisé territorial propose au Conseil d'administration un·e conseiller·ère.

Les membres du Comité de direction de la Mutualité visé à l'article 67 des présents statuts assistent au Conseil d'administration, avec voix consultative s'il·elle·s ne sont pas administrateur·rice·s de la Mutualité

Par ailleurs, l'Union nationale à laquelle la Mutualité est affiliée peut également désigner une personne pour la représenter au Conseil d'administration de la Mutualité avec voix consultative.

Article 47. Remplacement des administrateur·rice·s

Quand la place d'un·e administrateur·rice se libère avant la fin de son mandat, le Conseil d'administration peut coopter un·e nouvel·le administrateur·rice qui satisfait aux conditions d'éligibilité, en tenant compte des conditions décrites à l'article 45, pénultième alinéa, sur proposition du Comité spécialisé territorial concerné ou, s'il s'agit de remplacer un·e administrateur·rice représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité, de l'ensemble des Comités spécialisés territoriaux.

Dans un cas visé à l'alinéa 1er, l'Assemblée générale suivante doit procéder à l'élection de l'administrateur·rice qui achèvera le mandat de l'ancien·ne administrateur·rice. Si un·e autre administrateur·rice que l'administrateur·rice coopté·e est élu·e, le mandat de l'administrateur·rice coopté·e prend fin à l'issue de l'Assemblée générale.

Article 48. Révocation d'un·e administrateur·rice

L'Assemblée générale de la Mutualité peut révoquer l'administrateur·rice qui a commis une faute ou une omission lésant gravement les intérêts de la Mutualité, ou qui entrave volontairement la réalisation du but social de cette dernière ou si son comportement est contraire aux valeurs de la Mutualité. Le non-respect, en cours de mandat, des conditions d'éligibilité visées à l'article 20 de la loi du 6 aout 1990, constitue également une cause de révocation.

La commission visée à l'article 11 instruit le dossier et donne un avis à l'Assemblée générale, laquelle prend la décision de révocation après avoir invité l'administrateur·rice concerné·e à exprimer son point de vue et présenter ses moyens de défense. La révocation a lieu selon la procédure et modalités prévues par l'article 19, alinéa 2 de la loi du 6 aout 1990 et de l'arrêté royal du 13 juin 2010 portant exécution de l'article 19, alinéa 4 de la loi du 6 aout 1990.

La démission comme membre, la révocation ou l'exclusion de la Mutualité en application de l'article 11 des présents statuts, ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale si c'est en cette qualité qu'il·elle a été élu·e, entraine de plein droit la fin du mandat d'administrateur·rice.

Section 2. Compétences du Conseil d'administration

Article 49. Compétences du Conseil d'administration

§1er. Le Conseil d'administration est chargé de la gestion, y compris la gestion journalière de la mutualité. Il exerce toutes les compétences que la loi ou les statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'Assemblée générale.

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

Le Conseil d'administration statue, une fois par an, à propos du rapport d'évaluation du système de gestion des plaintes relatif à l'année précédente et du suivi des recommandations émises précédemment.

§2. Gestion

Le Conseil d'administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences de gestion au·à la Président·e, et/ou aux administrateur·rice·s en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière, et/ou à un·e ou plusieurs administrateur·rice·s, et/ou à un ou plusieurs Comités dont la majorité des les membres, désignés par le Conseil d'administration, sont des administrateur·rice·s.

Cette délégation ne peut cependant porter sur :

1° la politique générale de la mutualité ;

2° l'intégralité des compétences du conseil d'administration ;

3° la fixation des cotisations ;

4° le reporting visé à l'article 24, § 2 de la loi (rapport d'évaluation du système de gestion des plaintes de la mutualité) ;

5° le reporting visé à l'article 43 (reporting relatif à la collaboration avec les tiers).

Une fois par an, le président, les administrateur·rice·s et les comités visés à l'alinéa 1er remettent un rapport au Conseil d'administration sur l'exécution des compétences déléguées.

Le Conseil d'administration a décidé de déléguer une partie de ses compétences de gestion aux personnes et aux organes suivants :

- au Comité de direction de la mutualité (articles 70 et 71) ;
- aux Comités spécialisés territoriaux (article 58) ;
- aux Secrétaires généraux·ales (articles 62, 65 et 66) ;
- au Comité de rémunération et de nomination (article 74) ;
- au Comité de gouvernance (article 75).

Le Conseil d'administration est compétent pour la répartition entre les Comités spécialisés territoriaux :

- des tâches incombant à chaque Comité spécialisé territorial, soit en propre, soit dans le cadre de ressources partagées entre les services territoriaux,
- des compétences relatives à l'organisation administrative, en ce compris l'engagement et le licenciement du personnel,
- des frais d'administration de l'assurance obligatoire,
- des frais d'administration de l'assurance complémentaire,
- de la partie de la cotisation relative aux services « ni-ni » territoriaux.

Le Conseil d'administration veille à l'exacte application des statuts par tous les organes de la Mutualité ; en cas de divergence, l'interprétation du Conseil d'administration s'impose à tous les organes de la Mutualité.

La Mutualité transmet à l'Union nationale au plus tard un mois après leur approbation, les rapports ou procès-verbaux des réunions du Conseil d'administration.

§3. Gestion journalière et sa représentation

Le Conseil d'administration désigne en son sein une ou plusieurs personne(s) en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière.

Le Conseil d'administration peut charger une ou plusieurs personnes de la gestion journalière de la mutualité, ainsi que de la représentation en ce qui concerne cette gestion journalière. Elles ne doivent pas nécessairement être administrateur·rice·s de la mutualité.

Ces personnes agissent individuellement, conjointement ou collégialement avec les administrateur·rice·s en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière visés à l'alinéa premier.

La gestion journalière comprend aussi bien les actes et les décisions qui n'excèdent pas les besoins de la vie quotidienne de la mutualité que les actes et les décisions qui, soit en raison de l'intérêt mineur qu'ils représentent, soit en raison de leur caractère urgent, ne justifient pas l'intervention d'un organe investi du pouvoir d'administration.

En vertu de l'alinéa 2, le Conseil d'administration a décidé de confier les compétences de gestion journalière et la représentation en ce qui concerne cette gestion journalière aux personnes et aux comités suivants :

- Au Comité de direction ;
- Aux Secrétaires généraux·ales ;
- Aux membres des Conseils de direction territoriaux.

Le Conseil d'administration est chargé de la surveillance de ces personnes.

La disposition selon laquelle la gestion journalière est confiée à une ou plusieurs personnes qui agissent chacune individuellement, conjointement ou collégialement, est opposable aux tiers à condition que leur désignation soit publiée aux annexes du Moniteur belge.

§4. Mandats spéciaux relatifs à la gestion journalière

Le conseil d'administration, le·la Président·e, les administrateur·rice·s, les comités et les personnes chargées de la gestion journalière de la mutualité peuvent aussi déléguer par mandat spécial l'accomplissement d'un acte de gestion journalière spécifique ou d'une série d'actes de gestion journalière spécifiques à des mandataires spéciaux·ales.

Ces mandataires spéciaux·ales ne doivent pas nécessairement être des administrateur·rice·s. Ils ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts visée par l'article 78bis des statuts.

§5. Représentation de la mutualité

Le Conseil d'administration représente la mutualité, en ce compris la représentation en justice.

Sans préjudice de la représentation en matière de gestion journalière, le Conseil d'administration peut décider de confier la représentation de la mutualité au·à la Président·e, et/ou aux administrateur·rice·s en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière, et/ou à un·e ou plusieurs autres administrateur·rice·s, agissant seuls, conjointement ou collégialement.

Une telle clause de représentation est opposable aux tiers à condition que la décision de confier la représentation la mutualité à une ou à plusieurs personnes soit publiée aux annexes du Moniteur belge.

§6. Mandats spéciaux relatifs à la représentation

Le Conseil d'administration ou les personnes qui ont reçu un pouvoir général de représentation, peuvent désigner des mandataires spéciaux·ales pour représenter respectivement la mutualité pour un acte juridique spécifique ou une série d'actes juridiques spécifiques.

Ces mandataires spéciaux·ales ne doivent pas nécessairement être des administrateur·rice·s. Ils ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts visée par l'article 78bis des statuts.

Section 3. Fonctionnement du Conseil d'administration

Article 50. Présidence du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration désigne en son sein un·e Président·e du Conseil d'administration, dont le mandat est renouvelable. La·le Président·e du Conseil d'administration est la·le Président·e de la Mutualité ; il·elle ne peut être Président·e d'un Comité spécialisé territorial.

Les Président·e·s des Comités spécialisés territoriaux sont Vice-président·e·s du Conseil d'administration .

Le mandat de Président·e du Conseil d'administration est renouvelé lors de l'installation du Conseil d'administration désigné par l'Assemblée générale issue des élections mutualistes.

La·le Président·e du Conseil d'administration est chargé·e de diriger les réunions de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration.

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

La·le Président·e du Conseil d'administration a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration en cas d'urgence ou lorsque l'intérêt social le requiert.

La·le Vice-président·e la·le plus jeune remplace la·le Président·e du Conseil d'administration en cas d'empêchement, sans que cet empêchement doive être constaté et sans qu'il soit nécessaire de donner une procuration.

Article 51. Convocation du Conseil d'administration

§ 1er. Le Conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an, sur convocation du·de la Président·e du Conseil d'administration ou du·de la Président·e du Comité de direction. Ces dernier·ère·s sont tenu·e·s de convoquer le Conseil d'administration dans les dix jours, sur demande motivée d'un quart au moins des administrateur·rice·s.

La convocation se fait par lettre, télécopie ou courrier électronique ou tout autre moyen de communication basé sur un document écrit, adressé au plus tard 10 jours civils avant la date du Conseil d'administration, qui mentionne notamment les lieu, date et heure de la réunion et contient l'ordre du jour.

§ 2. Le Conseil d'administration est tenu en principe en présence des administrateurs.

Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du Conseil d'administration, le Président peut, en outre, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité :
1° de participer à distance à la réunion par visio-conférence,
2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

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

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

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

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

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

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les administrateurs qui participent au Conseil d'administration par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont

voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les administrateurs ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 3 ou pour les administrateurs qui participent à la réunion par visio-conférence en application du § 2. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

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

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

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

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

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

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

§ 8. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :
1° le nombre des administrateurs présents ;
2° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont donné une procuration ;
3° le nombre des administrateurs ni présents ni représentés ;
4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
6° le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;
7° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :
1° l'identité des administrateurs présents,
2° l'identité des administrateurs qui ont donné procuration et à qui,
3° l'identité des administrateurs ni présents ni représentés,
4° le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

Article 52. Conditions de validité des réunions et des décisions du Conseil d'administration

En l'absence de quorum particulier fixé par la loi ou les présents statuts, le Conseil d'administration peut délibérer lorsque la moitié de ses membres sont présents ou représentés.

Lorsque le Conseil d'administration n'est pas constitué valablement, les administrateur·rice·s sont convoqué·e·s une nouvelle fois dans la quinzaine qui suit. Dans ce cas, le Conseil d'administration délibère valablement sur les points repris pour la deuxième fois à l'ordre du jour, quel que soit le nombre des présent·e·s.

Chaque administrateur·rice dispose d'une voix. Cependant, chaque administrateur peut donner procuration à un·e autre administrateur·rice afin de la·le représenter ; chaque administrateur·rice ne peut être porteur·euse que de deux procurations au plus.

Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité simple des votes exprimés ; cependant, lorsque le Conseil d'administration se prononce sur la détermination du montant des cotisations sur la base d'une délégation de cette compétence par l'Assemblée générale, les décisions doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

Le vote peut se faire à main levée ou par appel nominal si la moitié des administrateur·rice·s ou le Comité de direction le demande.

En fonction de la complexité technique des dossiers, le Conseil d'Administration peut recourir à l'avis d'un·e expert·e externe et indépendant·e. Ce·tte dernier·ère doit être reconnu·e pour ses compétences et son expertise dans le domaine d'activités pour lequel il·elle est sollicité·e. Il·elle est chargé·e d'émettre des recommandations à l'attention du Conseil d'Administration et peut être invité·e à participer à ses réunions, avec voix consultative.

Les décisions du Conseil d'administration de la Mutualité peuvent être reprises dans les présents statuts, et sont alors signalées par la mention « Le Conseil d'administration a décidé… » ; elles restent susceptibles d'être modifiées par décision dudit Conseil d'administration, lesquelles sont, en règle, obligatoires et exécutoires nonobstant la publication dans les statuts, qui est faite à titre informatif.

Article 53. Caractère gratuit du mandat d'administrateur·rice

§ 1er. Le mandat d'administrateur·rice est gratuit.

Cependant, les administrateur·rice·s et les conseiller·ère·s visé·e·s à l'article 46, alinéa 1er peuvent percevoir un jeton de présence dont le montant est fixé en référence aux maximums journalier et annuel prévus par l'article 10, alinéa 1er de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, en cas de présence effective à des réunions du Conseil d'administration des Comités Spécialisés Territoriaux, du Comité de gouvernance ou du Comité de rémunération et de nomination ; le jeton de présence ne peut pas dépasser le montant prévu par cette loi par réunion et ne peut aboutir à ce que les membres du Conseil d'administration perçoivent une indemnité supérieure au montant prévu par cette loi par jour d'« activité de service » ni une indemnité supérieure au montant prévu par cette loi par an.

Les administrateur·rice·s et les conseiller·ère·s visé·e·s à l'article 46, alinéa 1er peuvent percevoir le remboursement de leurs frais de déplacement (frais de transport et frais de parking) réellement engagés pour se rendre aux réunions, ou à hauteur de l'indemnité forfaitaire au kilomètre prévue dans le barème officiel que l'Etat applique à l'égard de ses fonctionnaires lorsqu'ils utilisent leur voiture privée à des fins professionnelles ; ce dernier défraiement s'applique uniquement aux administrateur·rice·s qui font usage d'un véhicule personnel.

Les administrateur·rice·s et les conseiller·ère·s visé·e·s à l'article 46, alinéa 1er peuvent percevoir le remboursement de leurs frais de déplacement réellement

§ 2. Les administrateur·rice·s qui exercent une fonction spécifique peuvent percevoir des jetons de présence, uniquement en cas de présence effective à des réunions autres que celles du Conseil d'administration. Le montant des jetons de présence est fixé par l'Assemblée générale.

En application de l'alinéa précédent, un jeton de présence est allouée :

- au·à la Président·e et aux membres du Comité d'audit en cas de présence effective aux réunions du Comité d'audit et des risques,
- au·à la Président·e et aux membres des Conseils de surveillance des entités liées en cas de présence effective aux réunions du C.O.S.EL.

Le montant du jeton de présence des administrateur·rice·s président·e et membres du Comité d'audit et des risques est fixé à 329,90 EUR brut par réunion, ce montant sera indexé annuellement, au 1er janvier, sur la base de l'indice santé du mois décembre (mois n-1) avec comme référence l'indice santé applicable au 8 avril 2023.

Le montant du jeton de présence des administrateur·rice·s Président·e et membres des Conseils de surveillance des entités liées est fixé à 329,90 EUR brut par réunion, ce montant sera indexé annuellement, au 1er janvier, sur la base de l'indice santé du mois décembre (mois n-1) avec comme référence l'indice santé applicable au 8 avril 2023.

§ 3. La·le Président·e du Conseil d'administration de la Mutualité et les Vice·président·e·s du Conseil d'administration de la Mutualité perçoivent une indemnité mensuelle forfaitaire de 1.200,00 EUR brut, ce montant sera indexé annuellement, au 1er janvier, sur la base de l'indice santé du mois décembre (mois n-1) avec comme référence l'indice santé applicable au 8 avril 2023. Cette indemnité n'est pas cumulable avec un autre jeton de présence prévu au présent article. Cette indemnité englobe les aspects suivants : la préparation et l'assistance aux réunions du Conseil d'administration, de l'Assemblée générale et des différents comités dans lesquels il·elle siège, ainsi que toutes les autres missions exercées dans le cadre de ce mandat.

Le·la Président·e et les Vice-président·e·s de la mutualité peuvent obtenir le remboursement de leurs frais de déplacement (frais de transport et frais de parking) réellement engagés dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions aux mêmes conditions que celles prévues au §1er.

§ 4. Les jetons de présence octroyés et les frais remboursés doivent avoir un lien avec la fonction exercée.

Les jetons de présence ne sont pas octroyés et les frais ne sont pas remboursés aux administrateur·rice·s qui sont membres du personnel de la Mutualité, de l'Union nationale, d'une société mutualiste, d'une société mutualiste d'assurance ou d'une société mutualiste régionale.

Le montant des jetons de présence octroyés par réunion, le montant maximal de ces jetons de présence qui peut être octroyé sur une base annuelle, la nature des frais qui sont remboursés et l'indemnité forfaitaire pour le·la Président·e et les Vice-président·e·ss sont repris dans l'annexe A des présents statuts.

Article 54. Indemnisation des personnes indépendantes et des expert·e·s

Les personnes indépendantes et les expert·e·s qui assistent le Conseil d'administration ou les Comités spécialisés ou les Conseils de surveillance des entités liées, qui ne sont ni administrateur·rice·s ni rémunéré·e·s par une Mutualité ou par l'Union Nationale, une société mutualiste, une société mutualiste d'assurance ou une société mutualiste régionale, peuvent percevoir des indemnités dont la hauteur est fixée par le Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration a décidé en sa séance du 31 mai 2022 de fixer à 329,90 EUR brut par réunion le montant du jeton de présence des personnes indépendantes qui sont membres du Comité de rémunération. Ce montant sera indexé annuellement, au 1er janvier, sur la base de l'indice santé du mois décembre (mois n-1) avec comme référence l'indice santé applicable au 8 avril 2023.

Le Conseil d'administration a décidé en sa séance du 31 mai 2022 de fixer à 329,90 EUR brut par réunion le montant du jeton de présence des expert·e·s indépendant·e·s qui sont membres des Conseils de surveillance des entités liées. Ce montant sera indexé annuellement, au 1er janvier, sur la base de l'indice santé du mois décembre (mois n-1) avec comme référence l'indice santé applicable au 8 avril 2023.

Le Conseil d'administration a décidé en sa séance du 23 mai 2023 que les personnes indépendantes et les expert·e·s qui ne sont pas administrateur·rice·s peuvent également percevoir le remboursement de leurs frais de déplacement (frais de transport et frais de parking) réellement engagés pour se rendre aux réunions conformément à l'article 53, §1er des statuts.

Le montant des jetons de présence octroyés par réunion, le montant maximal de ces jetons de présence qui peut être octroyé sur une base annuelle et la nature des frais qui sont remboursés sont repris dans l'annexe A des présents statuts.

Section 4. Propositions de représentation de la Mutualité dans les Conseils d'administration de l'U.N.M.S. et des sociétés mutualistes

Article 54bis. Administrateur·rice·s au Conseil d'administration de Solidaris – union nationale des mutualités socialistes

Les administrateur·rice·s représentant la Mutualité au Conseil d'administration de Solidaris - union nationale des mutualistés socialistes sont proposé·e·s par le Conseil d'administration de la Mutualité en proportion du nombre de membres que compte chaque territoire.

A l'issue du renouvellement des instances issues des élections mutualistes, le Conseil d'administration de la Mutualité établit une liste qu'il soumet au Président du Conseil d'administration de l'U.N.M.S. Pour établir cette liste, le Conseil d'administration de la Mutualité tient compte de la proposition préalablement transmise par chaque Comité Spécialisé Territorial.

Lorsqu'un·e administrateur·rice démissionne ou décède ou lorsque son mandat prend fin pour une autre raison, le Conseil d'administration de la Mutualité propose un·e nouveau·elle administrateur·rice en tenant compte du·de la candidat·e proposé·e par le Comité Spécialisé Territorial que représentait l'administrateur·rice démissionnaire ou décédé·e ou dont le mandat a pris fin.

Pour pouvoir être élu·e comme administrateur·rice, il faut répondre aux conditions fixées par la loi du 6 aout 1990, l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et par les statuts de Solidaris – U.N.M.S.

Article 54ter. Administrateur·rice·s au Conseil d'administration des sociétés mutualistes régionales

Les administrateur·rice·s de la Mutualité au Conseil d'administration de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes – Solidaris pour la Région Wallonne, de la Société Mutualiste Régionale des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale et pour la Société Mutualiste « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten », sont proposé·e·s par le Conseil d'administration de la Mutualité en proportion du nombre de membres de la Mutualité qui sont également membre de la société mutualiste régionale que compte chaque territoire.

A l'issue du renouvellement des instances issues des élections mutualistes, le Conseil d'administration de la Mutualité établit une liste pour chaque société mutualiste régionale et qu'il soumet au Président du Conseil d'administration de chaque société mutualiste concernée. Pour établir ces listes, le Conseil d'administration de la Mutualité tient compte des propositions préalablement transmises par chaque Comité Spécialisé Territorial.

Lorsqu'un·e administrateur·rice démissionne ou décède ou lorsque son mandat prend fin pour une autre raison, le Conseil d'administration de la Mutualité propose un·e nouveau·elle administrateur·rice en tenant compte du·de la candidat·e proposé·e par le Comité Spécialisé Territorial que représentait l'administrateur·rice démissionnaire ou décédé·e ou dont le mandat a pris fin.

Pour pouvoir être élu·e comme administrateur·rice, il faut répondre aux conditions fixées par la loi du 6 aout 1990 et par les statuts des différentes sociétés mutualistes régionales.

Article 54quater. Administrateur·rice·s au Conseil d'administration de la société mutualiste d'assurances « Solidaris Assurances »

Les administrateur·rice·s de la Mutualité au Conseil d'administration de la société mutualiste d'assurances « Solidaris Assurances » sont proposé·e·s par le Conseil d'administration de la Mutualité en proportion du nombre de membres de la Mutualité qui sont également membre de la société mutualiste d'assurances que compte chaque territoire.

A l'issue du renouvellement des instances issues des élections mutualistes, le Conseil d'administration de la Mutualité établit une liste qu'il soumet au Président du Conseil d'administration de la Société mutualiste d'assurances. Pour établir cette liste, le Conseil d'administration de la Mutualité tient compte de la proposition préalablement transmise par chaque Comité Spécialisé Territorial.

Lorsqu'un·e administrateur·rice démissionne ou décède ou lorsque son mandat prend fin pour une autre raison, le Conseil d'administration de la Mutualité propose un·e nouveau·elle administrateur·rice en tenant compte du·de la candidat·e proposé·e par le Comité Spécialisé Territorial que représentait l'administrateur·rice démissionnaire ou décédé·e ou dont le mandat a pris fin.

Pour pouvoir être élu·e comme administrateur·rice, il faut répondre aux conditions fixées par la loi du 6 aout 1990, l'arrêté royal du 14 juillet 2021 portant exécution des articles 2, § 3, alinéa 2, 14, § 3, et 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, § 5, et à l'article 70, § 7, de cette même loi et par les statuts de la société mutualiste d'assurances.

Chapitre 4. Les Comités spécialisés

Article 55. Contenu de ce chapitre

Le présent chapitre reprend des décisions du Conseil d'administration de la Mutualité prises en vertu des articles 21bis et 23 de la loi du 6 aout 1990, aux termes desquels le Conseil d'administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences de gestion, de gestion journalière et de représentation.

Section 1. Les Comités spécialisés territoriaux

Article 56. Composition des Comités spécialisés territoriaux

Il est institué un Comité spécialisé territorial pour chacun des territoires visés à article 12 des présents statuts.

Chaque Comité spécialisé territorial est composé des membres du Conseil d'administration de la Mutualité qui ont été élu·e·s pour le territoire concerné conformément aux dispositions de l'article 45 des présents statuts. La perte du mandat de membre du Conseil d'administration entraine de plein droit la perte du mandat de membre du Comité spécialisé territorial.

Article 57. Fonctionnement des Comités spécialisés territoriaux

Le Comité spécialisé territorial se réunit sur convocation du·de la Président·e du Comité spécialisé territorial ou du·de la Secrétaire général·e. Ces dernier·ère·s sont tenu·e·s de convoquer le Comité spécialisé territorial dans les dix jours, sur demande motivée d'un quart au moins des membres du Comité.

Les modalités de convocation du Comité spécialisé territorial sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 51, § 1er, alinéa 2, § 2 et suivants des présents statuts.

Les conditions de validité des réunions et des décisions du Comité spécialisé territorial sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 52 des présents statuts.

Article 58. Compétence des Comités spécialisés territoriaux

Chaque Comité spécialisé territorial est, dans les limites de la délégation de compétences donnée par le Conseil d'administration de la Mutualité, compétent pour la gestion des services territoriaux, lesquels constituent dans chaque territoire une unité opérationnelle distincte.

Le Comité spécialisé territorial peut ainsi se voir déléguer les compétences relatives à :

- l'organisation administrative territoriale,
- la gestion des frais d'administration de l'assurance obligatoire,
- la gestion des frais d'administration de l'assurance complémentaire,
- la partie de la cotisation relative aux services « ni-ni » territoriaux,
- la négociation des contrats de collaboration et des accords relatifs au subventionnement de structures socio-sanitaires et au financement des actions collectives avec l'entité « Réseau Solidaris territorial »,

- les matières d'intérêt territorial.

Article 59. Organes des Comités spécialisés territoriaux

Chaque Comité spécialisé territorial désigne un·e Président·e et, le cas échéant, un·e Vice-président·e du Comité spécialisé territorial, un·e Secrétaire général·e et d'autres titulaires de fonctions territoriales.

Chaque Comité spécialisé territorial désigne les membres du Conseil de direction territorial.

Article 60. Présidence du Comité spécialisé territorial

Chaque Comité spécialisé territorial désigne en son sein un·e Président·e du Comité spécialisé territorial ; ce mandat est renouvelable.

Le mandat de Président·e du Comité spécialisé territorial est renouvelé lors de l'installation du Comité spécialisé territorial issu du Conseil d'administration désigné par l'Assemblée générale issue des élections mutualistes.

La·le Président·e du Comité spécialisé territorial est chargé·e de diriger les réunions du Comité spécialisé territorial ; il·elle veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

La·le Président·e du Comité spécialisé territorial a le droit de convoquer extraordinairement le Comité spécialisé territorial en cas d'urgence ou lorsque l'intérêt social le requiert.

Article 61. Vice-présidence du Comité spécialisé territorial

Chaque Comité spécialisé territorial peut désigner en son sein un·e Vice-président·e du Comité spécialisé territorial.

Le mandat de Vice-président·e du Comité spécialisé territorial est renouvelé lors de l'installation du Comité spécialisé territorial issu du Conseil d'administration désigné par l'Assemblée générale issue des élections mutualistes.

La·le Vice-président·e du Comité spécialisé territorial est chargé·e de suppléer la·le Président·e.

Chaque Comité spécialisé territorial détermine les modalités selon lesquelles la·le Vice-président·e du Comité spécialisé territorial vient à la suppléance du·de la Président·e du Comité spécialisé territorial dans un règlement interne approuvé par le Conseil d'administration de la Mutualité.

Article 62. Secrétariat général

Chaque Comité spécialisé territorial désigne en son sein un·e Secrétaire général·e, conformément aux dispositions de l'article 77 des présents statuts.

Le mandat de Secrétaire général·e est renouvelé après chaque élection mutualiste.

Sans préjudice des compétences exclusives du Conseil d'administration énumérées à l'article 49, §2, alinéa 2, le Conseil d'administration de la Mutualité a chargé la·le Secrétaire général·e de la gestion et de la gestion journalière des services territoriaux, au sens des articles 23, §1er et 23, §4 de la loi du 6 août 1990 :

- l'exécution et la gestion de l'assurance obligatoire
- l'exécution et la gestion de l'assurance complémentaire,
- la gestion des budgets,
- les décisions en matière de passation et d'exécution des marchés publics autonomes concernant les services territoriaux, considérés comme une unité opérationnelle distincte, et financés exclusivement par le budget dont dispose le Comité spécialisé territorial,
- la gestion des contrats de travail,
- la représentation dans les Conseils d'entreprise.

La·le Secrétaire général·e dirige l'entité « Réseau Solidaris territorial », il·elle assure la coordination et la dynamique du réseau territorial et il·elle représente la mutualité Solidaris Wallonie dans les entités du réseau.

La·le Secrétaire général·e participe aux Comités et Commissions où sa présence est prévue par les présents statuts ou requise.

La·le Secrétaire général·e fait toutes les écritures requises, il·elle signe la correspondance, il·elle rédige et signe les procès-verbaux des séances ; il·elle est chargé·e de la conservation des archives.

La·le Secrétaire général·e est responsable devant son Comité spécialisé territorial et devant le Conseil d'administration de la Mutualité de la bonne marche des services territoriaux.

Article 63. Autres fonctions territoriales

Chaque Comité spécialisé territorial peut désigner en son sein un·e ou deux titulaires d'autres fonctions territoriales, chargé·e·s d'assister la·le Secrétaire général·e.

Ces mandats sont renouvelés après chaque élection mutualiste.

Les compétences et responsabilités des titulaires de ces autres fonctions territoriales sont fixées par le Conseil d'administration de la Mutualité, sur proposition du Comité spécialisé territorial dans un règlement interne.

Article 64. Le Conseil de direction territorial

Chaque Comité spécialisé territorial désigne un Conseil de direction territorial composé du·de la Secrétaire général·e, des titulaires d'autres fonctions territoriales et des directeur·rice·s territoriaux·ales.

Le Conseil de direction territorial est présidé par la·le Secrétaire général·e.

La·le Secrétaire général·e s'appuie sur les compétences et l'expérience des membres du Conseil de direction territorial pour prendre ses décisions, en fonction du domaine d'attribution de chacun.

Le Conseil de direction territorial coordonne les compétences dont chacun·e de ses membres est chargé·e. Il est responsable des axes de développement qui ont trait au bon fonctionnement du territoire dans le cadre des missions qui sont imparties au Comité spécialisé territorial.

Le Conseil de direction territorial établit un règlement d'ordre intérieur déterminant, les fonctions et les responsabilités spécifiques de ses membres ; ce règlement est approuvé par le Comité spécialisé territorial et communiqué au Conseil d'administration.

Article 65. Gestion et représentation des services territoriaux

§1er. Gestion et gestion journalière

La gestion journalière et la gestion des services territoriaux ont été déléguées par le Conseil d'administration de la Mutualité au·à la Secrétaire général·e.

Les services territoriaux sont les services financés exclusivement par le budget dont dispose chaque Comité spécialisé territorial, qui constituent chacun à cet égard une unité opérationnelle distincte.

Le·la Secrétaire général·e est compétent·e pour l'engagement et le licenciement des membres du personnel de la Mutualité qui exercent leur fonction principalement au sein des services territoriaux.

Le Comité Spécialisé Territorial ou le·la Secrétaire général·e est autorisé·e à déléguer par mandat spécial, sous sa responsabilité, un acte ou une série d'actes de gestion journalière, à des mandataires spéciaux·ales, Directeur·rice·s du Conseil de direction territorial visé·e·s à l'article 64 des statuts. Ceux·elles-ci ne doivent pas nécessairement être des administrateur·rice·s. Ils·elles ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens de l'article 78bis des statuts. Ces mandataires lient la mutualité dans les limites du mandat qui leur a été donné.

§2. Représentation

Le licenciement pour faute grave pourra être décidé et notifié par la·le Secrétaire général·e ou, en cas d'empêchement, par un·e membre du Comité spécialisé territorial, le·la·quelle en informera la·le Secrétaire général·e sans délai.

Le Comité spécialisé territorial est valablement engagé par la signature du·de la Secrétaire général·e ou en son absence, par la signature d'un autre de ses membres.

Pour les dépenses budgétisées ou non, et les décisions en matière de marché public, le Comité spécialisé territorial est valablement engagé par la signature conjointe du·de la Secrétaire général·e et d'un·e membre du Conseil de direction territorial ou en l'absence du de·la Secrétaire général·e, par la signature d'un autre membre du Comité spécialisé territorial.

Les mandats de paiement sont signés conjointement par au moins deux personnes reprises sur une liste arrêtée par le Comité spécialisé territorial.

- Le Comité Spécialisé Territorial ou le·la Secrétaire général·e, est autorisé·e à déléguer par mandat spécial, sous sa responsabilité, un acte ou une série d'actes de représentation de la gestion journalière et/ou de représentation de la gestion, en ce compris en matière d'engagements financiers et/ou de marchés publics, à des mandataires spéciaux·ales. Ceux-ci ne doivent pas nécessairement être des administrateur·rice·s. Ils·elles ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens de l'article 78bis des statuts. Ces mandataires lient la mutualité dans les limites du mandat qui leur a été donné.

- Le·la Secrétaire général·e ne peut décider d'une délégation relative à un acte ou une série d'actes de représentation de la gestion journalière et/ou de représentation de la gestion, en ce compris en matière d'engagements financiers et/ou de marchés publics, à un·e mandataires spécial·e avec qui il·elle se trouve dans une des situations reprises à l'article 78bis des présents statuts.

- Toutes les personnes qui reçoivent une compétence de gestion journalière, de gestion et/ou de représentation ne peuvent en outre exercer cette compétence conjointe lorsqu'elles se trouvent dans une des situations reprises à l'article 78bis des présents statuts.

Toutes les signatures prévues par le présent article peuvent être données par voie électronique.

Article 66. Responsabilité des Comités spécialisés territoriaux

Le Conseil d'administration, s'il constate qu'un Comité spécialisé territorial n'agit pas suivant les valeurs de la Mutualité ou ne respecte pas les obligations imposées par les lois, les règlements, les statuts, les dispositions du code déontologique ou de la charte de gouvernance de l'Union nationale, les statuts ou les dispositions de la charte de gouvernance de la Mutualité ou les conditions de la délégation de compétences donnée par le Conseil d'administration de la Mutualité :

- dispose du droit contraignant et exigible d'expliquer directement sa position aux organes du Comité spécialisé territorial ; cette explication peut avoir lieu par écrit et/ou oralement lors d'une séance du Comité spécialisé territorial ;
- peut ordonner au Comité spécialisé territorial de régulariser la situation dans un délai qu'il détermine et, à défaut de régularisation dans le délai imparti, le Comité de direction de la Mutualité peut décider de prendre une ou plusieurs mesures suivantes :
- suspendre l'exercice des compétences des organes du Comité spécialisé territorial concerné et s'y substituer pendant une période déterminée et renouvelable,
- suspendre une décision litigieuse,
- annuler une décision litigieuse.

Le Conseil d'administration de la Mutualité informe sans délai l'Union nationale de sa constatation et de l'adoption d'une ou plusieurs mesures susvisées.

Section 2. Le Comité de direction de la Mutualité

Article 67. Composition du Comité de direction de la Mutualité

Sont membres du Comité de direction de la Mutualité les Secrétaires généraux·ales visés à l'article 62 des présents statuts et trois administrateur·rice·s représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité, désigné·e·s par le Conseil d'administration de la Mutualité.

La·le Président·e de la Mutualité et un·e administrateur·rice représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité désigné·e par le Conseil d'administration de la Mutualité autres que ceux visés à l'alinéa 1er y sont invité·e·s. Ils·elles disposent d'une voix consultative.

Sont également invité·e·s aux réunions du Comité de direction de la Mutualité les deux Directeur·rice·s désignés par le Comité de gouvernance visé à l'article 75, qui ont voix consultative.

Article 68. Présidence du Comité de direction

La·le Président·e du Comité de direction de la Mutualité est désigné·e par le Conseil d'administration parmi les membres du Comité de direction de la Mutualité, et conformément aux dispositions de l'article 77 des présents statuts.

Le mandat de Président·e du Comité de direction est renouvelé après chaque élection mutualiste.

La·le Président·e du Comité de direction assume la direction générale de la Mutualité ; il·elle fait toutes les écritures requises, signe la correspondance, rédige et signe les procès-verbaux des séances ; il·elle est chargé·e de la conservation des archives.

La·le Président·e du Comité de direction est responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche des services.

Article 69. Compétences et fonctionnement du Comité de direction de la Mutualité

Le Comité de direction de la Mutualité est présidé par la·le Président·e du Comité de direction.

Les modalités de convocation du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 51, § 1er, alinéa 2, § 2 et suivants des présents statuts.

Les conditions de validité des réunions et des décisions du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 52 des présents statuts.

Le Comité de direction de la Mutualité est un lieu d'échange d'informations, de réflexions et de débats en vue de déterminer les orientations liées à la gestion quotidienne de la Mutualité et adopter une position commune afin de garantir la cohérence et la continuité du fonctionnement de l'entreprise, dans le respect des valeurs de la Mutualité.

L'interaction entre ses membres est essentielle pour aider à déterminer de manière responsable la politique à court, moyen et long terme menée par la Mutualité et ses Comités spécialisés territoriaux.

Le Comité de direction de la Mutualité coordonne les compétences dont chacun·e de ses membres est chargé·e. Il est responsable des axes de développement qui ont trait au bon fonctionnement de la Mutualité dans le cadre des missions qui lui sont imparties. Il constitue par ailleurs un lieu de conciliation en cas de différend.

Les décisions du Comité de direction de la Mutualité sont prises par consensus ou, si le processus consensuel n'aboutit pas, par un vote à la majorité des deux tiers ; le Comité de direction peut, le cas échéant, prendre ses décisions sans réunion, par approbation écrite ou par tout autre moyen de communication tels que, par exemple, la conférence en ligne et les échanges de courriels.

Le Comité de direction de la Mutualité établit un règlement d'ordre intérieur déterminant les compétences, les fonctions et les responsabilités spécifiques de ses membres ; ce règlement est approuvé par le Conseil d'administration.

Le Comité de direction de la Mutualité est compétent pour l'engagement et le licenciement des membres du personnel de la Mutualité qui n'exercent pas leur fonction au sein des services territoriaux.

Le licenciement pour faute grave pourra être notifié par la personne désignée par le Comité de direction de la Mutualité, laquelle en informera le Comité sans délai.

Article 70. Gestion de la Mutualité

Sous réserve des compétences exclusives du Conseil d'administration énumérées à l'article 49, §2, alinéa 2 et des compétences de gestion déléguées par le Conseil d'administration à d'autres organes, la gestion de la Mutualité est déléguée au Comité de direction de la Mutualité.

Les membres du Comité de direction sont solidairement responsables de la gestion journalière et de la gestion générale de la Mutualité en matière :

- d'exécution et de gestion de l'assurance-maladie obligatoire,
- d'exécution et de gestion de l'assurance complémentaire,
- d'utilisation des frais d'administration,
- de signature des conventions collectives de travail,
- d'engagement et le licenciement du personnel, sous réserve des dispositions applicables aux employé·e·s qui exercent une fonction dirigeante,
- de décisions en matière de passation et d'exécution des marchés publics.

Le Conseil d'administration de la Mutualité a chargé le Comité de direction de la gestion et la gestion journalière de la mutualité, au sens des articles 23, §1er et 23, §4 de la loi du 6 août 1990.

Sans préjudice de l'article 25 de la loi du 6 août 1990 et de l'article 77 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutualité a également chargé les membres du Comité de direction visés à l'article

67, alinéa 1er des statuts de la responsabilité globale de la gestion journalière de la mutualité, au sens de l'article 20, §3, alinéa 1er de la loi du 6 août 1990.

Le Conseil d'administration ou le Comité de direction de la Mutualité est autorisé à déléguer par mandat spécial, sous sa responsabilité, un acte ou une série d'actes de gestion journalière, à des mandataires spéciaux·ales. Ceux-ci ne doivent pas nécessairement être des administrateur·rice·s. Ils·elles ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens de l'article 78bis des statuts. Ces mandataires lient la mutualité dans les limites du mandat qui leur a été donné.

Article 71. Représentation de la Mutualité

§1er. Le Conseil d'administration de la Mutualité a chargé le Comité de direction :

- en application de l'article 21bis de la loi du 6 août 1990, de la représentation de la mutualité en ce qui concerne la gestion ;
- en application de l'article 23, §4 de la loi du 6 août 1990, de la représentation de la mutualité en ce qui concerne la gestion journalière.

Pour les actes qui relèvent de la gestion journalière, ou de la gestion, la Mutualité est valablement engagée par la signature de la·du Président·e du Comité de direction de la Mutualité ou, en son absence, par la signature d'un membre du Comité de direction visé à l'article 67, alinéa 1er.

Les mandats de paiement sont signés conjointement par au moins deux personnes reprises sur une liste arrêtée par le Conseil d'administration de la Mutualité.

Le licenciement pour faute grave pourra être décidé et notifié par le·la Président·e du Comité de direction, ou en son absence par un autre membre du Comité de direction.

Pour les dépenses budgétisées ou non, et les décisions en matière de marché public, la mutualité est valablement engagée par la signature conjointe du·de la Président·e du Comité de direction et d'un·e autre membre du Comité de direction ou du·de la Directeur·rice financier·ère de la mutualité. En l'absence du de·la Président·e du Comité de direction, par la signature conjointe de deux membres du Comité de direction, ou d'un·e membre du Comité de direction et du·de la Directeur·rice financier·ère de la mutualité.

§2. Pour tous les actes, autres que ceux qui relèvent de la gestion journalière, de la gestion ou d'une délégation spéciale, il suffit pour que la Mutualité soit valablement représentée vis-à-vis des tiers, des signatures conjointes de deux personnes parmi lesquelles la·le Président·e de la Mutualité, la·le Président·e du Comité de direction, ou en cas d'empêchement de ces dernier·ère·s, de toute autre personne mandatée à cet effet, sans que ces personnes n'aient à justifier d'aucun pouvoir spécial.

Les actions, tant en demandant qu'en défendant, sont intentées ou soutenues au nom de la Mutualité par la·le Président·e de la Mutualité, la·le Président·e du Comité de direction ou toute autre personne déléguée à cet effet, lesquel·le·s peuvent transiger sur toute contestation, à l'exception de celle portant sur le non-respect des statuts, renoncer à toutes garanties personnelles ou réelles, donner mainlevée, avec ou sans quittance, de toutes oppositions, inscriptions privilégiées ou hypothécaires, transcriptions et saisies.

§3. Le Conseil d'administration ou le Comité de direction visé à l'article 67, alinéa 1er peut désigner des mandataires spéciaux·ales pour représenter la mutualité pour un acte juridique spécifique ou une série d'actes juridiques spécifiques en ce compris en matière d'engagements financiers et/ou de marchés publics. Ces mandataires spéciaux·ales ne doivent pas nécessairement être des administrateur·rice·s. Ils·elles ne peuvent pas se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens de l'article 78bis des statuts. Ces mandataires lient la mutualité dans les limites du mandat qui leur a été donné et dont les limitations sont opposables aux tiers conformément aux règles applicables en matière de mandat.

§4. Toutes les personnes qui reçoivent une compétence de gestion journalière, de gestion et/ou de représentation ne peuvent en outre exercer cette compétence conjointe lorsqu'elles se trouvent dans une des situations reprises à l'article 78bis des présents statuts.

§5. Toutes les signatures prévues par le présent article peuvent être données par voie électronique.

Section 3. Le Conseil de direction de la Mutualité

Article 72. Composition et compétences du Conseil de direction de la Mutualité

Le Comité de gouvernance peut instituer un Conseil de direction, composé des membres du Comité de direction de la Mutualité visé à l'article 67 des présents statuts, du·de la Président·e de la Mutualité, de l'administrateur·rice représentant l'ensemble du territoire invité au Comité de direction et des personnes désignées par lui.

La·le Président·e du Comité de direction préside et convoque le Conseil de direction.

Le Conseil de direction de la mutualité est un organe de coordination, d'échange et de réflexion chargé de la préparation des objectifs stratégiques et opérationnels de la mutualité.

Le Conseil de direction de la Mutualité établit un règlement d'ordre intérieur déterminant ses règles de fonctionnement ; ce règlement est approuvé par le Conseil d'administration.

Section 4. Le Comité d'audit et des risques

Article 73. Composition et compétences du Comité d'audit et des risques

Le Conseil d'administration est responsable du bon fonctionnement du contrôle interne portant sur l'ensemble des activités de la Mutualité.

Pour ce faire, le Conseil d'administration se fait assister par un Comité d'audit et des risques composé des personnes suivantes :

- la·le Président·e de la Mutualité,
- un·e membre du Conseil d'administration désigné·e par chaque Comité spécialisé territorial pour une durée de trois ans, renouvelable, n'assumant aucune responsabilité dans la gestion journalière de la Mutualité au sens de la circulaire O.C.M. 06/12/AD du 19 octobre 2006.

Le Comité d'audit et des risques choisit un·e président·e parmi ces dernier·ère·s membres.

Les modalités de convocation du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 51, § 1er, alinéa 2, § 2 et suivants des présents statuts.

Les conditions de validité des réunions et des décisions du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 52 des présents statuts.

La·le Président·e du Comité de direction et les personnes désigné·e·s par le Comité de direction en son sein assistent aux réunions du Comité d'audit et des risques.

Les Secrétaires généraux·ales peuvent assister aux réunions du Comité d'audit et des risques.

Un·e ou plusieurs membres du Conseil de direction de la Mutualité pourront être invité·e·s avec voix consultative.

Le Comité peut également inviter à titre consultatif :

- l'auditeur·rice interne de la mutualité,
- la·le réviseur·euse d'entreprises,
- des expert·e·s ou technicien·ne·s de son choix en fonction des sujets abordés en séance.

Outre les personnes mentionnées ci-dessus, le Comité 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 dont l'élaboration et l'application relèvent de la responsabilité du Conseil d'administration.

Article 73bis. Composition et compétences des Conseils de surveillance des entités liées

Sans préjudice de l'article 31 de la loi du 6 août 1990, le Conseil d'administration est responsable du bon fonctionnement du contrôle interne portant sur l'ensemble des activités de la Mutualité, ainsi que sur les activités des entités liées de la Mutualité et des territoires.

Dans l'exercice de ses compétences, le Conseil d'administration se fait assister par cinq Conseils de surveillance des entités liées (C.O.S.E.L.) institués au niveau de chaque territoire.
Chaque Conseil de surveillance est composé des personnes suivantes :

- Le membre du Comité Spécialisé Territorial désigné·e pour une durée de trois ans, renouvelable, visé à l'article 73, alinéa 2, second tiret.

  Ce membre est Président·e du C.O.S.E.L., sauf s'il est déjà Président·e du Comité d'audit et des risques. Dans ce cas, un autre membre du C.S.T. sera désigné·e Président·e du C.O.S.E.L. ;
- Un ou plusieurs membres du Comité Spécialisé Territorial n'assumant aucune responsabilité dans la gestion journalière au sens de l'article 23, §4, alinéa 6 de la loi du 6 aout 1990 au sein de la Mutualité ou du territoire ;
- Maximum deux expert·e·s indépendant·e·s.

Assistent aux réunions du C.O.S.E.L. avec voix consultative :

- Le·la Secrétaire Général·e du territoire ;
- Le·la directeur·rice financier·ère du territoire et des différentes entités liées ;
- Le·la ou les réviseurs impliqué·e·s dans les différentes entités liées dont le territoire a la charge ;
- L'auditeur·rice interne en charge du territoire ;
- Les responsables et l'auditeur·rice interne des entités liées et lorsque celles-ci:
  - sont impliquées par des plans d'actions rendus nécessaires par les conclusions de l'audit interne, du risk management opérationnel et/ou des réviseurs d'entreprises ;
  - ou doivent rendre compte de dossiers en lien avec les « opérations spécifiques » lesquels nécessitent une communication vers le Comité d'audit et des risques de la Mutualité.

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 ou du territoire.

Les modalités de convocation du Conseil sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 51, § 1er, alinéa 2, § 2 et suivants des présents statuts.

Les conditions de validité des réunions et des décisions du Conseil sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 52 des présents statuts.

Le Comité d'audit et des risques de la Mutualité établit un règlement d'ordre intérieur déterminant les règles de fonctionnement des cinq Conseils de surveillance ; ce règlement est approuvé par le Conseil d'administration.

Ceci sous réserve de confirmation par le Conseil d'administration, compétent pour constituer des comités conformément à l'article 23, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990.

Les C.O.S.E.L. sont institués selon les modalités déterminées par le Conseil d'administration de la mutualité.

La notion d'entité liée sera déterminée par le Conseil d'administration conformément à la loi du 6 août 1990 et à l'arrêté royal portant exécution de l'article 15, §1er, 5° et §2, 6°, de l'article 31, alinéa 1er, et de l'article 43, §§1er, alinéa 4, §2, alinéas 2, 3 et 4, et §3, de la loi.

Section 5. Le Comité de rémunération et de nomination

Article 74. Composition et compétences du Comité de rémunération et de nomination

Il est institué un Comité de rémunération et de nomination.

Les modalités de convocation du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 51, § 1er, alinéa 2, § 2 et suivants des présents statuts.

Les conditions de validité des réunions et des décisions du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 52 des présents statuts.

Composition

Le Comité de rémunération et de nomination est composé du·de la Président·e de la Mutualité, des membres du Comité de direction de la Mutualité et d'au moins deux personnes indépendantes des organes exécutifs de la Mutualité, désignées par le Conseil d'administration pour leur compétence en matière de détermination des rémunérations et avantages des dirigeants.

Seul·e·s les membres du Comité de rémunération et de nomination qui sont membres du Conseil d'administration ont voix délibérative ; les autres membres du Comité ont voix consultative.

Les membres du Comité de rémunération et de nomination s'abstiendront de participer aux délibérations et au vote lorsqu'il·elle·s sont personnellement concerné·e·s.

Le Comité pourra, lorsqu'il l'estime utile, consulter des expert·e·s ou technicien·ne·s, en fonction des sujets à traiter.

La·le directeur·rice des ressources humaines assiste aux réunions du Comité et en établit les procès-verbaux.

Les décisions du Comité sont motivées ; le cas échéant, la motivation doit expressément rencontrer chaque moyen d'un avis contraire qui serait exprimé par un membre ayant voix consultative.

Le Comité établit un règlement d'ordre intérieur déterminant ses règles de fonctionnement ; ce règlement est approuvé par le Conseil d'administration.

Compétences en tant que Comité de rémunération

Le Comité de rémunération est compétent pour :

- soumettre des propositions au Comité de rémunération de l'U.N.M.S. en ce qui concerne la rémunération des directeur·rice·s de la Mutualité,
- déterminer la politique de rémunération du personnel de la Mutualité.

Le cas échéant, il donne également son avis sur le montant des indemnités visées à l'article 53 et à l'article 54 des présents statuts.

A la demande du Conseil d'administration ou d'un Comité spécialisé territorial, le Comité de rémunération peut assister ces derniers pour établir la fixation des rémunérations individuelles des membres du personnel.

Compétences en tant que Comité de nomination

Le Comité de rémunération et de nomination est chargé de la nomination des directeur·rice·s de la Mutualité, à charge pour lui d'en informer le Conseil d'administration sans délai.

Le Comité de rémunération est chargé de donner un avis au Conseil d'administration sur la nomination des cadres dirigeant·e·s au sens de l'article 77.

Le Comité de rémunération et de nomination est également chargé de la tenue de la liste des mandats détenus, en raison de leur qualité, par les cadres dirigeant·e·s ; ceux·elles-ci sont tenus de faire parvenir au Comité de rémunération et de nomination, dès leur entrée en fonction, la liste exhaustive des mandats qu'il·elle·s détiennent en leur qualité de mandataire de la mutualité ou en raison de cette qualité ; il·elle·s informent le Comité de tout changement dans cette liste, dans le mois de la modification.

Information

Tou·te·s les membres du Comité de rémunération et de nomination sont tenu·e·s de respecter la confidentialité des données et des débats.

Une fois par an, le Comité de rémunération et de nomination remet un rapport au Conseil d'administration sur son fonctionnement interne et éventuellement ses conclusions générales concernant la politique de rémunération de l'organisation.

Section 6. Le Comité de gouvernance

Article 75. Composition et compétences du Comité de gouvernance

Il est institué un Comité de gouvernance.

Le Comité de gouvernance est composé du·de la Président·e de la Mutualité, des Président·e·s des Comités spécialisés territoriaux, des Vice-président·e·s des Comités spécialisés territoriaux et des

membres du Comité de direction de la Mutualité et de l'administrateur·rice représentant l'ensemble du territoire de la Mutualité invité au Comité de direction.

Les territoires dont le nombre d'administrateur·rice·s atteint le maximum visé à l'article 42 sont, en outre, représentés au Comité de gouvernance par un·e administrateur·rice désigné par le Comité spécialisé territorial.

Sont invité·e·s aux réunions du Comité de gouvernance les deux directeur·rice·s désigné·e·s par le Comité de direction de la Mutualité, visés à l'article 67 des présents statuts ; il·elle·s ont voix consultative.

Les modalités de convocation du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 51, § 1er, alinéa 2, § 2 et suivants des présents statuts.

Les conditions de validité des réunions et des décisions du Comité sont, mutatis mutandis, celles prévues pour le Conseil d'administration par l'article 52 des présents statuts.

Le Comité de gouvernance peut inviter des expert·e·s ou technicien·ne·s, ou solliciter leur avis, en fonction des sujets à traiter.

Le Comité de gouvernance reçoit des informations :

- du Comité de direction au sujet de la situation générale de la Mutualité ;
- sur les travaux et les décisions du Comité de rémunération et de nomination.

Le Comité de gouvernance est convoqué et présidé par la·le Président·e de la Mutualité.

Le Comité de gouvernance est un organe de réflexion, chargé de la préparation des objectifs stratégiques et des axes de développement à moyen et long terme.

Il peut émettre des recommandations, et il veillera à faire le lien entre celles-ci et les actions entreprises ou à entreprendre au sein de la Mutualité.

Le Comité de gouvernance est chargé de la préparation du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.

Il constitue par ailleurs un lieu de discussion et de conciliation en cas de différend ne pouvant être réglé au niveau du Comité de direction de la Mutualité.

Le Comité de gouvernance se réunit au moins avant chaque réunion du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.

Le Comité de gouvernance adopte et tient à jour une charte de bonne gouvernance, qui est soumise à l'approbation de l'Assemblée générale.

Cette charte de bonne gouvernance définit notamment le fonctionnement et la fréquence de réunions des différents comités.

Chapitre 5. Fonctions dirigeantes ou de direction

Article 76. Définitions

Est considérée comme membre du personnel dirigeant toute personne qui exerce la gestion journalière de la Mutualité ou d'un Comité spécialisé territorial, soit la·le Président·e du Comité de direction de la Mutualité, les Secrétaires généraux·ales et les autres membres du Comité de direction ayant voix délibérative.

Le mandat à la gestion journalière de la Mutualité ou d'un Comité spécialisé territorial peut être exercé dans le cadre d'un contrat d'emploi tripartite conclu entre la personne qui exerce la gestion journalière, la Mutualité et l'Union nationale.

Il y a incompatibilité, d'une part, entre l'exercice dans la Mutualité d'une fonction par laquelle la personne qui occupe la fonction est, soit chargée de la responsabilité globale de la gestion journalière, soit occupe une fonction dirigeante ou de direction et d'autre part, une fonction de responsabilité globale de la gestion journalière, une fonction dirigeante ou de direction dans une institution médico-sociale dont une partie ou la totalité des prestations fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités fédérale ou d'une intervention d'une entité fédérée en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes.

Article 77. Désignation des personnes en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière et du personnel dirigeant de la Mutualité

Conformément à l'article 25 de la loi du 6 août 1990, les personnes en charge de la responsabilité globale de la gestion journalière de la Mutualité sont désignées par le Conseil d'administration de la Mutualité, après avoir obtenu l'agrément du Conseil d'administration de l'Union nationale.

Un agrément similaire peut également être exigé pour la désignation, par le Conseil d'administration de la Mutualité, d'une personne qui exerce, au sein de la Mutualité, une fonction dirigeante autre que celle visée à l'article 76 ou une fonction de direction, pour autant que les statuts de l'Union nationale prévoient cette possibilité et précisent explicitement quelles sont les fonctions concernées par un tel agrément.

La désignation d'un·e Secrétaire général·e est proposée au Conseil d'administration de la Mutualité par le Comité spécialisé territorial concerné.

La désignation du·de la Président·e du Comité de direction est proposée au Conseil d'administration de la Mutualité par le Comité de direction de la Mutualité.

Le Comité de rémunération et de nomination de la Mutualité émet un avis sur la proposition, en ayant égard aux conditions fixées par le Conseil d'administration de l'union nationale concernant :

- la compétence et l'expérience professionnelle ;
- la disponibilité pour l'exercice de la fonction ;
- la bonne gestion de la mutualité, tant en assurance obligatoire que dans les autres activités de la mutualité ;
- la transparence administrative, financière et comptable vis-à-vis de l'union nationale et des affilié·e·s ;
- le respect des valeurs mutualistes ;
- le respect des pouvoirs de contrôle de l'union nationale à l'égard des entités mutualistes ;
- la participation aux objectifs définis par l'union nationale ;
- les conditions contractuelles si le mandat est exercé dans le cadre d'un contrat d'emploi tripartite.

Si le mandat est exercé dans le cadre d'un contrat d'emploi tripartite conclu entre la personne qui exerce la gestion journalière, la Mutualité et l'Union Nationale, le Comité de rémunération et de nomination de la Mutualité vérifie spécialement que :

- la·le candidat·e déclare avoir pris connaissance de la convention avenue entre l'U.N.M.S. et la Mutualité, dénommée « Modalités conventionnelles précisant les relations entre l'union nationale des mutualités socialistes et ses mutualités en application de la loi du 6 aout 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités » ; il·elle s'engage à y apporter sa loyale et entière collaboration, en tant qu'employé·e des deux parties ;
- la·le candidat·e déclare être informé·e de la convention avenue entre l'U.N.M.S. et la Mutualité, dénommée « Convention réglant les modalités relatives aux obligations et contributions aux dettes résultant des relations de travail multilatérales » ;
- la·le candidat·e déclare avoir parfaite connaissance du contrat de travail tripartite proposé conjointement par la Mutualité et l'U.N.M.S. en leur qualité d'employeurs distincts, et y souscrire sans réserve.

Le Conseil d'administration de la Mutualité, après avoir recueilli l'avis du Comité de nomination et de rémunération, dont il peut s'écarter par décision motivée, transmet la demande d'agrément au Conseil d'administration de l'Union nationale en l'invitant à agréer la·le candidat·e aux conditions fixées par le Conseil d'administration de l'Union nationale.

Une fois l'agrément du Conseil d'administration de l'Union nationale obtenu, le Conseil d'administration de la Mutualité peut désigner la·le candidat·e.

Une liste des mandats en cours d'exercice d'une personne qui exerce une fonction pour laquelle elle a dû, en application ou en exécution de l'article 25 de la loi, obtenir un agrément du conseil d'administration de l'union nationale, est établie et tenue à jour, par la mutualité qui a conféré ces mandats. Cette liste reprend :

1° les mandats que la personne exerce au sein de la mutualité, d'une société mutualiste ou de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée et qui lui ont été conférés par la mutualité ;

2° les mandats qui dérivent de la fonction pour laquelle la personne a obtenu l'agrément.

La mutualité transmet lesdites listes et leurs adaptations sans délai à l'union nationale, ainsi qu'à l'Office de contrôle.

Cette liste doit être établie et tenue à jour pendant toute la durée de l'agrément concerné.

Article 78. Durée du mandat de personnel dirigeant de la Mutualité

Tout mandat par lequel une personne exerce une partie de la compétence de gestion de la mutualité ou d'un Comité spécialisé territorial est donné par le Conseil d'administration de la Mutualité pour la durée de la mandature mutualiste en cours ; cette durée est prolongée jusqu'au renouvèlement du mandat ou la désignation d'une autre personne, et au plus pendant un an après le renouvèlement des instances de la mutualité suite aux élections mutualistes.

Le renouvèlement du mandat est soumis aux mêmes conditions et à la même procédure que la désignation.

La personne qui doit obtenir l'agrément visé à l'article 77 remet, chaque année, un rapport écrit sur l'exécution de tous les aspects de sa fonction au Conseil d'administration de l'Union nationale.

Ce rapport est établi selon la procédure et les modalités établies par le Conseil d'administration de l'Union nationale.

A défaut d'un tel rapport, le Conseil d'administration de l'Union nationale peut, après avoir mis en demeure la personne concernée d'exécuter son obligation, décider du retrait de l'agrément.

Le mandat à la gestion journalière de la Mutualité ou d'un Comité spécialisé territorial peut être révoqué en tout temps par le Conseil d'administration de la Mutualité, par décision motivée. La révocation ne peut toutefois être décidée que si au moins la moitié des membres ayant droit de vote sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés.

La révocation intervient de plein droit lorsque le Conseil d'administration de l'Union nationale décide du retrait de l'agrément visé à l'article 77. Cet alinéa entre en vigueur en même temps que de la modification proposée de l'article 25 de la loi du 6 aout 1990.

La révocation ou le non-renouvèlement du mandat impliquent de plein droit, pour la personne concernée, la fin :

- des mandats que cette personne exerce au sein de la Mutualité ou de l'Union nationale et qui lui ont été conférés par la Mutualité ou par l'Union nationale ;
- des mandats qui dérivent de la fonction pour laquelle cette personne a obtenu l'agrément.

Une liste des mandats exercés qui sont visés à l'alinéa qui précède est établie, par personne concernée, par la Mutualité et est tenue à jour par la Mutualité selon les modalités prévues à l'article 74. Celle-ci transmet lesdites listes et leurs adaptations sans délai à l'Union nationale, ainsi qu'à l'Office de contrôle.

Chapitre 6. Conditions de validité des réunions et des décisions des organes de la Mutualité

Article 78bis. Conflit d'intérêts

§1er. Chaque membre d'un organe de la Mutualité veille à exercer son mandat dans l'intérêt exclusif de la Mutualité et de l'organe dans lequel il·elle siège.

§2. En outre, les membres ne participent pas aux délibérations et aux votes portant sur des affaires pour lesquelles ils·elles personnellement ou les membres de leur famille sont directement concerné·e·s ; la famille s'entend dès qu'il y a parenté, alliance ou concubinage ou cohabitation légale ou de fait, en ligne directe ou collatérale jusqu'au quatrième degré y compris.

§3. Tout membre ayant un intérêt personnel, direct ou indirect, notamment de nature patrimoniale, qui est convergent ou simplement divergent à celui de la Mutualité ou de l'organe dans lequel il·elle siège, ne peut en aucun cas participer aux délibérations et aux votes concernant ces délibérations.

Dans cette hypothèse, le·la membre est tenu·e d'en informer l'organe dans lequel il·elle siège avant que celui-ci ne prenne une décision. Sa déclaration et ses explications sur la nature de cet intérêt doivent être reprises dans le procès-verbal de la réunion de l'organe qui doit prendre cette décision. Le procès-

verbal décrit la nature de la décision et les conséquences patrimoniales de celle-ci pour la Mutualité et justifie la décision qui a été prise.

Le·la Président·e de l'organe transmet l'extrait du P.V. au Conseil d'administration de la mutualité.

Cette partie du procès-verbal est reprise dans son intégralité dans le rapport annuel ou dans un document déposé en même temps que les comptes annuels.

§4. En cas d'intérêt de nature patrimoniale, l'extrait du P.V. est transmis par le·la Président·e de l'organe aux réviseurs d'entreprises. Dans leur rapport prévu à l'article 57 de la loi, les réviseurs évaluent dans une section séparée, les conséquences patrimoniales pour la mutualité des décisions pour lesquelles il existe un intérêt opposé visé au §3.

La nature patrimoniale s'entend de tout avantage mobilier ou immobilier susceptible de faire l'objet d'une évaluation économique précise et objective.

§5. Si la majorité des membres présent·e·s ou représenté·e·s a un conflit d'intérêts, la décision est soumise à l'Assemblée générale. En cas d'approbation de la décision par celle-ci, le Conseil d'administration ou le Comité peut l'exécuter.

Titre III. Les services organisés par la Mutualité

Chapitre 1. Les « opérations »

Section 1. Dispositions générales concernant les opérations

Article 79. Définitions

Dans le présent chapitre, on entend :

Par « assurance complémentaire » ou « A.C. »

L'assurance complémentaire organisée par la Mutualité, constituée de services visés aux articles 3, alinéa 1er, b) et c) de la loi du 6 aout 1990.

Contrairement à ce que leur dénomination indique, ces services ne sont pas des assurances, mais des « opérations » au sens de l'article 2, 2, b), de la 1ère directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, règlementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE). Les « opérations » doivent répondre aux critères repris à l'article 67, alinéa 1er, de la loi du 26 avril 2010.

Par « assurance obligatoire » ou « A.O. »

Le régime belge d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'organisé par la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que par les entités fédérées en application de l'article 5 §1er de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 aout 1980 et de la loi spéciale du 6 janvier 2014.

Par « intervention personnelle » ou « ticket modérateur »

La quotepart personnelle du·de la bénéficiaire dans le cout d'une prestation de santé, telle que définie à l'article 37sexies de la loi du 14 juillet 1994, à l'exclusion des suppléments perçus par les prestataires.

Par « maximum à facturer » ou « MàF »

L'adaptation du montant de l'intervention de l'assurance obligatoire dans le cout des prestations de santé pour une année civile, déterminée en fonction de la catégorie sociale du·de la bénéficiaire ou en fonction des revenus du ménage du·de la bénéficiaire, compte tenu de l'ensemble des interventions personnelles effectivement supportées par la·le bénéficiaire ou le ménage dont il·elle fait partie, prévue par l'article 37quinquies de la loi du 14 juillet 1994.

Par « nomenclature des prestations de santé » ou « nomenclature »

La liste reprenant, par code, les prestations faisant l'objet d'un remboursement (total ou partiel) par l'assurance obligatoire, établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Par « personne en situation de handicap »

La personne en situation de handicap doit avoir fait l'objet d'une reconnaissance d'un handicap par l'organisme public compétent (A.Vi.Q. ou Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap ou Dienststelle für Personen mit Behinderung ou Commission communautaire française, service Phare ou Commission communautaire commune, service Iriscare ou SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées ou caisse d'allocations familiales) sur base des critères de la règlementation applicable. La reconnaissance suffit, l'octroi des avantages complémentaires n'est pas conditionné à la perception d'une allocation.

Par « statut social »

Le 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.

Par « intervention légale »

Tout remboursement perçu en exécution de l'assurance obligatoire ou d'une législation belge ou étrangère ayant le même objet ou un objet similaire au service de l'assurance complémentaire concerné.

Par « dossier médical global » ou « DMG »

Dossier qui peut être ouvert par un médecin à la demande d'un·e patient·e, et qui centralise l'entièreté des données de santé du·de la patient·e, notamment tous les diagnostics et résultats d'examens transmis par d'autres médecins. Cela permet au·à la médecin traitant·e d'avoir une meilleure vue d'ensemble. Le dossier médical global permet également d'éviter des examens médicaux redondants, et donne droit à un meilleur remboursement pour la·le patient·e.

Le dossier médical global est visé par les prestations 102771 ou 103574 de la nomenclature.

Par « attestation de fourniture » ou « BVAC »

L'attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire, dénommée « BVAC », prévue par l'article 43 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens, établie conformément au formulaire visé à l'annexe V dudit arrêté, un document équivalent ou une transmission de données au moyen d'un réseau électronique,

Par « attestation de soins donnés » ou « ASD »

L'attestation de soins donnés ou de fournitures prévue par l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994, un document équivalent ou une transmission de données au moyen d'un réseau électronique.

Par « établissement hospitalier »

Est considéré comme établissement hospitalier tout établissement reconnu par l'I.N.A.M.I. ou par le Service Public Fédéral Santé Publique, où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins, afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

Ne sont pas considérés comme établissements hospitaliers :

- les établissements médico-pédagogiques et de thermalisme ;
- les établissements uniquement destinés à l'hébergement de convalescents ou d'enfants ;
- les hôpitaux ou parties d'hôpitaux tels que : centres de rééducation et services de revalidation.

Par « hospitalisation »

Est considérée comme hospitalisation, tout séjour médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier, pour lequel au moins une nuit a été facturée par un établissement hospitalier, de même que toute hospitalisation de jour médicalement nécessaire.

Par « petit matériel médical et de soins »

L'ensemble du matériel médicalement nécessaire utilisé pour réaliser un pansement, un bandage, un plâtre, une inhalation, une perfusion, une injection, un sondage urinaire, etc.

Il est également constitué du petit matériel orthopédique.

Par « matériel médical lourd »

Tout l'appareillage médicalement nécessaire pour le traitement et le déplacement du·de la bénéficiaire. Ne font pas partie de cette définition, la literie (à l'exception du matelas anti-escarres), l'aménagement spécifique d'un logement (par exemple ascenseur d'escalier, etc.) et l'adaptation de véhicules.

Article 80. Conditions générales des opérations

Sauf mention contraire expresse dans les dispositions particulières relatives aux avantages et services, les « opérations » visées au présent titre sont soumises aux conditions suivantes :

Notion de bénéficiaire

Sont bénéficiaires des opérations organisées par la Mutualité les membres de la Mutualité qui peuvent bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire dans les conditions prévues à l'article 10 des statuts, ainsi que leurs personnes à charge, et qui remplissent les conditions particulières prévues pour bénéficier de l'avantage ou du service concerné.

Limite des interventions non forfaitaires

Les interventions non forfaitaires de la Mutualité sont limitées aux frais réellement supportés par la·le bénéficiaire.

L'intervention de la Mutualité est diminuée des interventions octroyées en vertu d'une disposition légale ou règlementaire belge ou étrangère ayant le même objet ou un objet similaire à l'avantage organisé par la Mutualité et, le cas échéant, de la franchise.

Dans tous les cas d'intervention complémentaire au remboursement d'une assurance obligatoire, la Mutualité effectuera ses décomptes sur la base des tarifs prévus par cette assurance obligatoire en vigueur la date à laquelle la délivrance du produit ou la prestation du service a été effectuée. Les suppléments perçus par les prestataires, au-delà des tarifs officiels, ne sont pas remboursés.

L'addition d'une intervention de l'assurance obligatoire et de l'intervention de l'assurance complémentaire ne peut pas être inférieure pour les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire visés au § 19 de l'article 37 de la loi du 14 juillet 1994, par rapport à celle des autres bénéficiaires.

Dossier médical global en cours de validité

Le dossier médical global (DMG) qui est requis pour l'octroi d'un avantage doit être ouvert et en cours de validité dès l'âge de trois ans au moment où est effectuée la prestation faisant l'objet d'une demande d'intervention de la Mutualité.

Lorsque, dans l'article relatif au service, le dossier médical global est requis pour l'octroi d'un avantage, aucune prestation réalisée hors de la période de validité du dossier médical global ne peut faire l'objet d'une intervention de la Mutualité.

Territorialité

Sauf disposition expresse contraire, les interventions de la Mutualité ne sont accordées que pour des prestations ou des fournitures effectuées en Belgique et dans les pays limitrophes suivants : l'Allemagne, la France, le Luxembourg et les Pays-Bas..

Modifications aux statuts

Les avantages et services de l'assurance complémentaire ne sont pas contractuels, mais statutaires. Ceci signifie que l'Assemblée générale de la Mutualité peut modifier ou supprimer un service ou un avantage, sous réserve de l'approbation de l'Office de contrôle des mutualités. Cette modification s'applique alors de plein droit à l'ensemble des bénéficiaires des services de la mutualité.

Limitation des prestations aux ressources disponibles.

Conformément aux dispositions de l'article 67, alinéa 1er, h) de la loi du 26 avril 2010, la gestion financière de l'assurance complémentaire est basée sur la répartition. Par conséquent, il n'y a pas de constitution de provisions et l'octroi des prestations dépend des moyens disponibles au moment concerné.

Transmission de données au moyen d'un réseau électronique
La pièce justificative requise est une photo ou un scan du document ou formulaire spécifique requis.

Section 2. Les opérations organisées par la Mutualité

Article 81. Service « Médi'kids »

I. But et objet du service

La Mutualité intervient, dans les conditions définies ci-dessous, dans les frais afférant au traitement médical du·de la bénéficiaire souffrant d'une maladie grave.

II. Définitions et conditions

1. Le Service

Le service « Médi'kids » est désigné dans le présent article sous les termes « le service ».

2. Bénéficiaire

La·le bénéficiaire doit :

- être bénéficiaire d'allocations familiales en Belgique ;
- souffrir d'une maladie grave comme définie au point 4 ci-dessous, dont les prestations de santé y relatives ne peuvent faire l'objet d'une intervention du Fonds spécial de solidarité visé à l'article 25 de la loi du 14 juillet 1994 ;
- disposer d'un dossier médical (DMG) ouvert et en cours de validité au moment où la prestation faisant l'objet d'une demande d'intervention est effectuée.

3. Demandeur·euse

La·le demandeur·euse de l'ouverture du dossier exigée au point III. du présent article est le membre de la Mutualité dont la·le bénéficiaire est personne à charge.

Toutefois, si la·le bénéficiaire est lui·elle-même membre de la Mutualité, il·elle est lui·elle-même la·le demandeur·euse de l'ouverture du dossier, le cas échéant représenté par son·sa représentant·e légal·e.

4. Maladie grave

La maladie grave est une pathologie chronique, potentiellement invalidante, nécessitant des soins constants en vue de la guérir, d'en prévenir des complications éventuelles ou d'en freiner l'évolution.

5. Franchise

La franchise est une somme à atteindre avant de pouvoir bénéficier de l'intervention ; elle est fixée à 650,00 EUR par année civile pour l'ensemble des bénéficiaires d'une même famille. Si la franchise n'est pas atteinte, une indemnisation est cependant accordée à concurrence de 10 % des montants admis par le service, pour peu que cette indemnisation s'élève à un minimum de 10 EUR par famille.

6. Prothèse et orthèse

La prothèse est un appareil qui remplace totalement ou partiellement un membre ou un organe. L'orthèse est un appareil destiné à suppléer une fonction déficiente.

7. Alimentation spéciale

L'alimentation spéciale est constituée de tous les produits d'alimentation parentérale, entérale ou autre spécifiquement adaptée à la pathologie du bénéficiaire et médicalement nécessaire.

8. La·le médecin-référent·e de l'U.N.M.S.

La·le médecin-référent·e de l'U.N.M.S. est désigné·e dans cet article sous les termes « La·le médecin-référent·e ».

Il·elle a pour responsabilités :

- de donner son avis sur les demandes d'ouverture du dossier,
- de donner son avis sur la nécessité médicale d'une prestation en regard de la maladie grave dont souffre la·le bénéficiaire,
- de donner son accord sur toute demande préalable de prise en charge de frais relatifs à une hospitalisation, des soins ou des médicaments à l'étranger.

9. Famille

On entend par famille les personnes résidant sous le même toit.

10. Fonds spécial de solidarité

Le Fonds spécial de solidarité visé à l'article 25 de la loi du 14 juillet 1994.

III. Conditions d'ouverture du dossier :

Pour avoir accès au service, la·le demandeur·euse doit remplir, auprès du service social de la Mutualité, une demande d'ouverture de dossier en faveur du·de la bénéficiaire au moyen du formulaire ad hoc.

L'ouverture du dossier est limitée aux bénéficiaires selon la définition et les conditions prévues au point II.2

L'ouverture du dossier donne lieu à la création d'un dossier par bénéficiaire qui sera soumis au·à la médecin-référent·e.

IV. Prise d'effet et durée de la couverture

Le dossier prend effet à partir du 180ème jour précédant la date de la demande d'ouverture du dossier attestée par le formulaire prévu.

Toutefois, en cas de nouvelle inscription à la Mutualité, la date de prise d'effet du dossier est fixée au plus tôt le jour de la prise d'effet de l'affiliation du·de la bénéficiaire.

Les prestations réalisées en faveur d'un·e bénéficiaire avant la date de prise d'effet du dossier ne peuvent en aucun cas être comptabilisées ni en vue de constituer la franchise, ni en vue de les indemniser.

L'ouverture du dossier est acquise pour une durée indéterminée. Toutefois, l'intervention de la Mutualité prend fin de plein droit :

- le jour où la·le bénéficiaire cesse d'être bénéficiaire d'allocations familiales en Belgique ;
- le jour du décès du·de la bénéficiaire ;
- le jour où la·le bénéficiaire est domicilié hors de Belgique (ce point ne s'applique pas aux travailleurs frontaliers ni à leurs personnes à charge) ;
- le jour où le.la bénéficiaire cesse d'être membre ou personne à charge d'un·e membre de la Mutualité
- le jour où la·le bénéficiaire, s'il·elle est membre de la Mutualité, ou la·le membre dont il·elle est personne à charge, perd le droit de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire ; lorsque ce droit est suspendu, l'intervention de la Mutualité est suspendue.

Lorsque le dossier prend fin, la Mutualité cesse toutes ses interventions, y compris pour toutes les prestations en cours.

V. Obligations du·de la demandeur·euse

1. Formalités administratives

La·le demandeur·euse s'engage, dans la mesure du possible, à recourir aux services mutualistes mis à sa disposition et/ou conseillés par l'assistant·e social·e de la Mutualité.

La·le demandeur·euse s'engage à faire appel aux sociétés de transport non urgent correspondant aux besoins de l'enfant. A défaut, la Mutualité pourra limiter son intervention.

La·le demandeur·euse a l'obligation d'aviser la Mutualité de tout changement de domicile du·de la bénéficiaire dans les quinze jours au moyen du formulaire adéquat, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile connu par la Mutualité.

La·le demandeur·euse s'engage à ne produire mensuellement à la Mutualité, en annexe du formulaire d'indemnisation, que les factures originales relatives aux frais mentionnés au point VIII., pour lesquelles il·elle ne peut bénéficier d'aucun autre remboursement. A défaut, la Mutualité n'interviendra pas.

La·le demandeur·euse s'engage, par ailleurs, à mentionner immédiatement par écrit à la Mutualité l'existence de toute autre couverture ou assurance relative à l'objet du service et ce, depuis le jour de l'ouverture du dossier jusqu'à la clôture de celui-ci. Tout manquement à cette obligation sera considéré comme fraude sanctionnée comme prévu au point X.

2. Formalités médicales

La·le demandeur·euse s'engage à fournir à l'attention du·de la médecin-référent·e les informations qu'il·elle lui demande relatives à la maladie grave dont la·le bénéficiaire souffre ou aux prestations dont il·elle a bénéficié. A défaut, la Mutualité ne pourra intervenir.

VI. Constitution de la franchise

La franchise est constituée par les frais couverts par le service déduction faite de toute intervention légale possible.

Les frais non couverts par le service ne peuvent être comptabilisés dans la franchise.

La constitution de la franchise sera effectuée sur base des prestations effectuées en faveur de tous les bénéficiaires d'une même famille au plus tôt à partir, pour chacun, de la date de prise d'effet du dossier dès qu'ils remplissent les conditions prévues au point II.2 jusqu'à la fin de l'année civile. Si la franchise n'est pas atteinte, une intervention est accordée à concurrence de 10 % des montants admis par le service pour peu que cette intervention s'élève à un minimum de 10 EUR par famille.

Si le montant de la franchise est atteint, et à condition que les frais soient couverts par le service, la Mutualité intervient en fonction des conditions décrites au point VII avec un minimum de 65 EUR.

Cependant, dès l'instant où la·le bénéficiaire bénéficie d'un remboursement dans le cadre du Maximum à facturer, la Mutualité n'interviendra plus pour les prestations couvertes par le Maximum à facturer.

VII. Calcul de l'intervention

L'intervention de la Mutualité est conditionnée au dépassement de la franchise fixée au point II.5. Elle est égale à la somme des frais réellement exposés, diminués du montant des interventions légales auxquelles la·le bénéficiaire peut prétendre pour les couts à sa charge au-delà de la franchise et ce, dans les limites de ce qui suit pour autant que les preuves scientifiques de l'efficacité du traitement soient établies et que le stade expérimental soit dépassé.

A. Pour les hospitalisations, sont remboursés les frais suivants :

1) Les frais de séjour à l'hôpital (quoteparts légales et suppléments) quel que soit le type de chambre à concurrence d'un montant maximum de 65,00 EUR par journée d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour limitée aux forfaits hôpital de jour prévus dans le cadre de l'article 4 de la convention nationale Organismes Assureurs – établissements hospitaliers et au forfait « hospitalisation chirurgicale de jour » (service 320) dans un établissement hospitalier.
2) Les frais de séjour en centre de rééducation et en centre médico-pédiatrique, à concurrence de la quotepart légale à charge du bénéficiaire.
3) Un forfait de 12,00 EUR par jour d'hospitalisation du·de la bénéficiaire sur présentation de la facture de l'institution. Ce forfait est destiné à couvrir les frais divers résultants de l'hospitalisation de l'enfant.
4) Les honoraires médicaux relatifs à des prestations reprises dans la nomenclature à concurrence d'une fois au maximum le montant du remboursement de l'assurance obligatoire, sous réserve de l'application de l'accord médico-mutualiste en vigueur.
5) Les prestations dentaires et paramédicales médicalement nécessaires avec intervention de l'assurance obligatoire, à concurrence du ticket modérateur légal à charge du·de la bénéficiaire.
6) Les médicaments (forfait journalier et catégories B, C, D) délivrés par une officine hospitalière, à concurrence du ticket modérateur légal à charge du bénéficiaire ou à concurrence du montant fixé par le tarif pharmaceutique belge au maximum.
7) Les prestations médicales ne faisant pas l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire à concurrence d'un montant déterminé par la·le médecin-référent·e par référence à des prestations prévues dans la nomenclature.
8) Le petit matériel médical et de soins, avec ou sans intervention de l'assurance obligatoire, médicalement nécessaire à concurrence du ticket modérateur à charge du·de la bénéficiaire ou à concurrence d'un montant déterminé par la·le médecin-référent·e par référence à des prestations prévues dans la nomenclature.
9) Les prothèses, implants et orthèses avec ou sans intervention de l'assurance obligatoire, délivrés par une officine hospitalière, à concurrence du ticket modérateur légal à charge du·de la

bénéficiaire ou à concurrence du montant déterminé par la·le médecin-référent·e par référence à des prestations prévues dans la nomenclature.

10) Les frais de transport du·de la bénéficiaire hospitalisé·e vers et de l'établissement hospitalier à son domicile, après toute autre intervention légale, à concurrence des frais réels sur base d'une facture s'il s'agit d'un transport en ambulance, en taxi ou en transport en commun et à concurrence d'un forfait de 0,20 EUR/km sur base du formulaire dument complété prévu par le service s'il s'agit d'un transport en véhicule privé. Le transporteur doit être agréé par l'autorité publique compétente en application de la législation en vigueur là où se trouve son siège social.

11) Les frais de transport urgent en hélicoptère du·de la bénéficiaire hospitalisé·e (sous réserve de l'accord du·de la médecin-référent·e), à concurrence de maximum 3.000 EUR par transport, sur base d'une facture accompagnée du formulaire « transport urgent en hélicoptère » dument complété et signé par la·le demandeur·euse, ainsi que par la·le médecin ayant requis le transport en urgence.

B. Pour les prestations ambulatoires, sont remboursés les frais suivants :

1) Les frais de prestations médicales, dentaires et paramédicales (infirmier·ère·s, kinésithérapeutes, logopèdes, acousticien·ne·s, opticien·ne·s, orthodontistes, orthopédistes et bandagistes) reprises dans la nomenclature avec intervention de l'assurance obligatoire, à concurrence du ticket modérateur légal.

2) Les frais de médicaments avec ou sans remboursement de l'assurance obligatoire, délivrés par une officine publique à concurrence du ticket modérateur légal à charge du·de la bénéficiaire ou à concurrence du montant fixé par le tarif pharmaceutique belge au maximum.

3) Les frais de prestations médicales, dentaires ou paramédicales (infirmier·ère·s, kinésithérapeutes, logopèdes, psychothérapeutes, acousticien·ne·s, opticien·ne·s, orthodontistes, orthopédistes et bandagistes) sans intervention de l'assurance obligatoire, à concurrence du montant déterminé par la·le médecin-référent·e par référence à des prestations prévues dans la nomenclature.

4) Les frais de prestations de :

   a. consultation psychologique à concurrence de maximum 20 EUR par prestation,

   b. consultation d'un·e diététicien·ne sans intervention de l'assurance obligatoire à concurrence de maximum 12,50 EUR par prestation,

   c. consultation d'un·e ostéopathe, chiropracteur·rice ou acuponcteur·rice à concurrence de maximum 10 EUR par prestation.

5) Le petit matériel médical et de soins ainsi que le matériel médical lourd médicalement nécessaire à concurrence du montant déterminé par la·le médecin-référent·e par référence à des prestations prévues dans la nomenclature.

6) Les frais d'alimentation spéciale médicalement nécessaire, à concurrence des frais réels à charge du·de la bénéficiaire desquels le service déduira le montant forfaitaire correspondant au cout de l'alimentation normale, déterminé par le Collège des médecins-directeur·rice·s dans le cadre des demandes d'interventions du Fonds spécial de solidarité.

7) Les frais de transport du·de la bénéficiaire se rendant à une consultation médicale ou paramédicale, vers et du lieu de consultation à son domicile, après toute autre intervention légale :

   a. à concurrence des frais réels et à raison de maximum 1,50 € par kilomètre sur base d'une facture et du formulaire prévu par le service et dument complété par la·le prestataire de soins, s'il s'agit d'un transport en ambulance, en taxi ou en transport en commun, ou en transport adapté. La·le demandeur·euse s'engage à faire appel à un moyen de transport non urgent correspondant aux besoins de l'enfant. Le transporteur doit être agréé par l'autorité publique compétente en application de la législation en vigueur là où se trouve son siège social.

   b. à concurrence d'un forfait de 0,20 EUR / km sur base du formulaire prévu par le service et dument complété par la·le prestataire de soins, s'il s'agit d'un transport en véhicule privé.

8) Les frais de garde répit, tant au domicile qu'en institution, à concurrence du montant réellement supporté pour la garde de la.du bénéficiaire.

C. Pour les hospitalisations, les médicaments et les soins à l'étranger, la Mutualité peut intervenir à concurrence des montants prévus pour les prestations similaires de la règlementation assurance maladie belge, ou sur base d'un devis préalablement soumis et avalisé par la·le médecin-référent·e au moins 2 mois avant le début de l'hospitalisation ou du début des soins réalisés à l'étranger aux conditions cumulatives suivantes :

1) qu'ils ne puissent être réalisés et qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique en Belgique,
2) qu'ils soient indispensables au traitement de la maladie grave,
3) qu'ils soient prescrits par un·e médecin exerçant en Belgique,
4) qu'ils fassent l'objet d'un accord préalable du·de la médecin-référent·e.

A défaut d'accord préalable, le service n'interviendra en aucune façon.

VIII. Exclusions

La Mutualité se réserve le droit de vérifier les déclarations qui lui sont faites et les réponses à ses demandes de renseignements.

Sont exclus de l'intervention les frais relatifs à des prestations non reprises au point VII.

Enfin, la Mutualité se réserve le droit, sur avis du·de la médecin-référent·e, de ne pas indemniser des prestations reprises au point VII. qui ne seraient pas justifiées par l'état de santé du·de la bénéficiaire, tel que défini au point II, 4.

IX. Paiement des indemnisations

La Mutualité effectue mensuellement le versement des indemnisations prévues par les présents statuts exclusivement à l'attention du·de la bénéficiaire sur le compte financier désigné lors de l'ouverture du dossier par la·le demandeur·euse.

Tout changement de compte financier ne s'effectuera que sur base du formulaire ad hoc adressé par la·le demandeur·euse à la Mutualité.

X. Résiliation - Sanction

La Mutualité se réserve le droit de mettre fin immédiatement au dossier d'un·e bénéficiaire et de réclamer le remboursement des prestations octroyées indument en cas de fraude ou tentative de fraude.

La Mutualité se réserve également le droit de récupérer les indemnisations payées indument.

L'absence de déclaration d'un changement de domicile hors de Belgique dans les quinze jours qui suivent le déménagement donnera lieu à la cessation immédiate de l'intervention comme stipulé au point IV et au remboursement des sommes versées par le service pour les prestations réalisées à partir du jour effectif du déménagement.

XI. Contestations – litiges

La·le médecin-référent·e est seul·e habilité·e à exercer les responsabilités mentionnées au point II.8.

Article 82. Service soins dentaires et orthodontie

Ce service a pour but :

I. d'allouer une intervention dans le cadre de soins dentaires préventifs.

L'intervention est limitée au ticket modérateur, sous condition de disposer d'un dossier médical global (DMG) en cours de validité.

En l'absence de couverture par l'assurance obligatoire, l'intervention est limitée à la différence entre le montant de l'honoraire officiel et le remboursement prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire.

L'intervention est octroyée sur présentation des attestations de soins donnés reprenant les codes nomenclature repris dans la liste en annexe des statuts de la mutualité.

En l'absence d'intervention de l'assurance obligatoire, les prestations seront attestées sur le formulaire prévu.

II. d'accorder une intervention dans les frais de prothèses dentaires amovibles, qui ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance obligatoire

On entend par prothèse amovible un matériel destiné à remplacer des dents absentes, sans être fixé dans la bouche.

L'intervention consiste en un montant forfaitaire et unique de 150 EUR par prothèse inférieure ou supérieure octroyé au·à la bénéficiaire. L'intervention est renouvelable une fois tous les 7 ans par prothèse inférieure ou supérieure. Cette période prend cours à partir de la date d'acquisition de la prothèse amovible.

Les remboursements seront effectués sur base des pièces justificatives et/ou du formulaire de demande de remboursement prévu à cet effet.

Le montant de l'intervention sera limité aux frais réellement supportés par la·le bénéficiaire pour l'acquisition de sa prothèse amovible.

III. d'allouer, par bénéficiaire, une intervention dans le cadre des soins et traitements orthodontiques

A. Pour les traitements (de première intention et réguliers) commencés avant le 1er janvier 2024 :

L'intervention est accordée sous condition de disposer d'un dossier médical global (DMG) en cours de validité.

Cette intervention sera liquidée au fur et à mesure de l'exécution du traitement pour les soins orthodontiques et à concurrence de maximum 350 EUR pour les 4 forfaits précisés ci-après, pour autant qu'un montant ait été facturé à la.au bénéficiaire pour chacune de ces prestations, à concurrence du montant facturé.

Le DMG n'est pas obligatoire pour l'intervention forfaitaire de maximum 350 EUR octroyée dans le cadre des forfaits appareillages (305933-305955-305631-305675).

Les interventions prévues dans le présent article – III. A. ne sont payées qu'après notification·du.de la médecin-conseil octroyé à un·e bénéficiaire dont l'âge est inférieur à l'âge maximum prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire hormis les cas prévus par la nomenclature des prestations de santé à l'article 6 §6 4.4 Dérogation à la limite d'âge, sur présentation de l'attestation règlementaire permettant le remboursement des traitements orthodontiques dans le cadre de l'assurance obligatoire et/ou du formulaire ad hoc pour les forfaits précisés ci-avant.

En l'absence d'intervention de l'assurance obligatoire, les prestations seront attestées sur les formulaires prévus.

Pour les soins orthodontiques, l'intervention sera limitée au montant du ticket modérateur légal.

En l'absence d'intervention de l'assurance obligatoire, l'intervention est limitée à la différence entre le montant de l'honoraire officiel et le remboursement prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Les tickets modérateurs des prestations de la nomenclature 305550, 305572, 305830 et 305911 peuvent donner lieu à une intervention pour peu que l'âge du·de la bénéficiaire soit inférieur à l'âge maximum prévu pour l'octroi de la notification du·de la médecin-conseil dans le cadre de l'assurance obligatoire au moment de la prestation et ce, que la·le bénéficiaire ait obtenu ou non la notification du·de la médecin-conseil.

Pour les forfaits, l'intervention est limitée au montant à charge du·de la bénéficiaire duquel il sera déduit le montant du remboursement prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire, à concurrence de maximum 175 EUR pour les premiers forfaits (305631 - 305933) et avec un plafond de 350 EUR pour les quatre forfaits (305933 - 305955 - 305631 - 305675) qu'il y ait ou non intervention de l'assurance obligatoire.

En cas de traitement de première intention (305933 - 305955) indemnisé en application du paragraphe précédent, la Mutualité peut encore intervenir dans les frais réellement à charge du·de la bénéficiaire pour les forfaits appareils (305631 - 305675) à concurrence du montant légal du ticket modérateur qu'il y ait ou non intervention de l'assurance obligatoire et ce, au-delà du plafond de 350 EUR prévu pour les quatre forfaits.

En tous cas, l'intervention est plafonnée au nombre maximal de prestations autorisées par la nomenclature des prestations de santé.

B. Pour les traitements (de première intention et réguliers) commencés à partir du 1er janvier 2024 :

Les interventions seront liquidées au fur et à mesure de l'exécution du traitement, pour autant qu'un montant ait été facturé à la.au bénéficiaire pour chacune des prestations ci-après et à concurrence de :

- 150 € lors de l'attestation du code nomenclature 305933 ou 305631 ;
- 150 € lors de l'attestation du code nomenclature 305955 ou 305675 ;
- 150 € après l'attestation de 12 prestations « forfait de traitement régulier – 305616 – 305653 - 305734 » ;
- 150 € après l'attestation de 30 prestations « forfait de traitement régulier – 305616 – 305653 - 305734 ».

Lorsque le forfait de 150 € est octroyé à l'attestation des codes 305933 / 305955, il ne sera plus octroyé lors de l'attestation des codes 305631 / 305675.

Les interventions prévues dans le présent article – III. B. ne sont payées qu'après notification du·de la médecin-conseil octroyé à un·e bénéficiaire dont l'âge est inférieur à l'âge maximum prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire hormis les cas prévus par la nomenclature des prestations de santé à l'article 6 §6 4.4 Dérogation à la limite d'âge, sur présentation de l'attestation règlementaire permettant le remboursement des traitements orthodontiques dans le cadre de l'assurance obligatoire et/ou du formulaire ad hoc pour les forfaits précisés ci-avant.

C. Pour l'ensemble des traitements (de première intention et réguliers) repris aux points A. et B. :

Un forfait complémentaire de 400 EUR peut être également octroyé lorsque 24 prestations « forfait de traitement régulier » en cas d'affections particulières sont attestées, sur présentation du formulaire prévu à cet effet.

Les pathologies suivantes sont reconnues comme affection particulière :

1) Troubles de la croissance cranio-faciale avec des répercussions directes sur la position et la relation des dents, qui sont repris dans la liste ci-après:

- Dysplasie cranio-faciale (déformation des os du crâne au niveau facial) avec fente de la mâchoire supérieure ou inférieure ; avec absence osseuse complète ou partielle (dysostose) au niveau de la ligne médiane ou latéralement ; avec soudure osseuse anormale (synostose); avec absence osseuse complète ou partielle + soudure osseuse anormale (crouzon, apert, triphyllocéphalie)
- Dysplasie cranio-faciale avec synchondrose (avec trouble du développement du maxillaire); un trouble pathologique du développement cartilagineux résultant d'une croissance défectueuse et incurvée des os longs (achondroplasie).
- Dysplasie cranio-faciale d'autre origine : dysplasie osseuse (ostéopétrose, dysplasie crânio-tubulaire, dysplasie fibreuse); dysplasie cutanée (dysplasie ectodermique, neuro-ectodermique, neurofibromatose), dysplasie neuromusculaire (syndrome de Pierre Robin, de Moebius), dysplasie musculaire (fente linguale, aglossie, agénésie unilatérale de muscles faciaux (syndrome cardio-facial -Cayler), dysplasie vasculaire (hémangiome, lymphangiome, hémolymphangiome)

2) Agénésie congénitale d'au moins trois dents définitives à l'exception des dents de sagesse.

Article 83. Service lunetterie

La Mutualité intervient dans les frais de lunetterie (achat de monture de lunettes équipées de verres correcteurs, de verres correcteurs et de lentilles correctrices) fournie par un établissement reconnu par la Mutualité pour les bénéficiaires :

- âgé·e·s de moins de 18 ans, à concurrence d'un montant de maximum 75 EUR par année civile ;
- âgé·e·s de 18 ans et plus, à concurrence d'un montant de maximum 100 EUR par période de trois années civiles ;
- en cas d'intervention pendant l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint 18 ans, le total des interventions ne peut en aucun cas dépasser 100 euros pendant cette année.

Cette intervention est octroyée sur présentation d'une facture acquittée. Lorsque l'intervention complète celle de l'assurance obligatoire, l'attestation de délivrance aux opticien·ne·s (annexe 15) suffit pour autant que les éléments nécessaires y soient indiqués.

Les lunettes de natation ou de soleil non correctrices et les lentilles sans dioptrie ne font l'objet d'aucune intervention.

La Mutualité convient avec Optimut, qui est une entité liée à la Mutualité, d'une collaboration par laquelle Optimut (1) s'engage à imposer à ses opticiens partenaires le respect de l'effectivité de l'avantage, et (2) se porte fort du respect de l'effectivité de l'avantage par ses opticiens partenaires.

Optimut recherche les partenaires prêts à respecter les engagements précités. La décision de reconnaitre les opticiens dans le cadre du présent avantage qui s'engagent à respecter ces engagements appartient à l'assemblée générale de la Mutualité.

La liste des établissements reconnus par la Mutualité figure en annexe des statuts et fait partie intégrante de ceux-ci.

Article 84. Service contraception

La Mutualité alloue aux bénéficiaires une intervention :

- 1. de maximum 50 EUR par année civile dans les frais de méthodes contraceptives féminines réellement à charge de la bénéficiaire après intervention de l'assurance obligatoire sous quelque forme que ce soit,
- 2. de maximum 150 EUR pour une période de trois ans dans les frais de stérilet ou d'implant contraceptif réellement à charge de la bénéficiaire après intervention de l'assurance obligatoire,
- 3. de maximum 50 EUR par année civile dans les frais de méthodes contraceptives masculines (préservatifs) achetées en pharmacie ou en parapharmacie.

Pour bénéficier de l'intervention prévue aux points 1. et 2., la bénéficiaire doit être âgée de maximum 60 ans.

Au sens du présent article, il faut entendre par méthodes contraceptives féminines : la pilule contraceptive (hors la pilule abortive), la contraception d'urgence, la cape cervicale, le diaphragme, le préservatif féminin, l'anneau vaginal contraceptif, l'implant contraceptif, l'injection contraceptive, le patch contraceptif ou le stérilet, et par méthodes contraceptives masculines : les préservatifs.

L'intervention est octroyée sur présentation de l'attestation de fourniture ou un document équivalent dument complétée en faveur du·de la bénéficiaire par la·le pharmacien·ne, et/ou, en cas de placement d'un stérilet ou d'un implant contraceptif, d'une attestation du·de la médecin.

L'intervention relative au point 1 sera versée à la bénéficiaire à concurrence de la fraction du montant maximum pouvant lui être attribué selon le type de conditionnement délivré (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). Toutefois, en cas de combinaison de plusieurs conditionnements ou méthodes contraceptives différents au cours d'une même année civile, le remboursement pourra être majoré jusqu'au montant maximum annuel, à concurrence du montant réellement payé par la bénéficiaire.

En cas de placement d'un stérilet ou d'un implant contraceptif (point 2), l'intervention sera octroyée, en une fois, à concurrence de maximum 150,00 EUR. Une fois le montant maximum atteint, aucune autre intervention pour ce type de méthode contraceptive (stérilet ou implant) ne peut avoir lieu à dater de ce paiement et ce, jusqu'au 31 décembre de la seconde année civile suivant celle du paiement. Les interventions déjà octroyées au cours de l'année civile de la pose de l'implant ou du stérilet pour un autre type de méthode contraceptive avant ce paiement doivent être déduites des 150,00 EUR susmentionnés.

En cas d'achat de méthodes contraceptives masculines (préservatifs – point 3), le montant maximal de l'intervention est de 50 EUR par année civile ; toutefois, en cas d'achat par une personne de sexe féminin, le montant total de l'intervention, cumulé avec celle visée au point 1, ne peut dépasser 50 EUR par année civile et le montant total de l'intervention cumulé avec celle du point 2, ne peut pas dépasser 150 EUR sur une période de 3 ans.

L'intervention ne peut être octroyée qu'à un·e bénéficiaire utilisant une méthode contraceptive définie dans le présent article.

La date d'achat du médicament ou de la fourniture détermine la possibilité ou non d'intervention.

La liste des médicaments contraceptifs et des méthodes contraceptives pouvant faire l'objet d'un remboursement par le service figure en annexe des statuts.

Article 85. Service vaccination

La Mutualité alloue une intervention dans les frais de vaccination antiinfectieuse d'un montant de maximum 25 EUR par année civile et par bénéficiaire, sans limite d'âge.

La Mutualité intervient dans le cout du vaccin réellement à charge du·de la bénéficiaire.

L'intervention est octroyée sur présentation de l'attestation de fourniture ou un document équivalent dument complétée en faveur du·de la bénéficiaire par un·e pharmacien·ne.

Si un·e médecin ou un établissement hospitalier fournit le vaccin antiinfectieux, l'attestation fournie doit reprendre les mêmes informations que celles prévues sur l'attestation susmentionnée.

Par vaccin antiinfectieux, il faut entendre une « préparation antigénique permettant de réaliser la prévention de certaines infections microbiennes, virales ou parasitaires par vaccination ».

La date d'achat du vaccin détermine la possibilité ou non d'intervention.

La liste des vaccins antiinfectieux pouvant faire l'objet d'un remboursement par la Mutualité figure en annexe des statuts.

Article 86. Service homéopathie et médicaments homéopathiques

La Mutualité alloue une intervention dans la fourniture de médicaments homéopathiques.

Cette intervention est fixée à 25 % du prix d'achat avec un maximum de 150 EUR par année civile et par bénéficiaire, sans limite d'âge.

Les produits doivent figurer sur la liste des produits homéopathiques reconnus par la Mutualité figurant en annexe des statuts.

En tout cas, les médicaments homéopathiques destinés à la médecine vétérinaire, aux cures d'amaigrissement et à la thérapie de beauté ne font l'objet d'aucune intervention.

L'intervention est octroyée sur présentation de l'attestation de fourniture ou un document équivalent dument complétée en faveur du·de la bénéficiaire par la·le pharmacien·ne.

La date d'achat du médicament homéopathique détermine la possibilité ou non d'intervention

Article 87. Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie

La Mutualité alloue une intervention dans les soins d'ostéopathie, de médecine manuelle, d'acuponcture ou de chiropraxie. Cette intervention est octroyée à concurrence du montant réellement à charge du bénéficiaire sans pouvoir excéder 10 EUR par séance à raison de maximum 6 séances par année civile et par bénéficiaire, sans limite d'âge.

L'intervention est octroyée sur présentation d'une attestation de prestation délivrée par la·le prestataire de soins.

Le service autorise le recours aux quatre types de prestataires au cours de la même année civile ; toutefois, le nombre maximal de séances bénéficiant d'un remboursement par an pour l'ensemble de ces prestations est limité à 6.

Les séances d'ostéopathie, de médecine manuelle, d'acuponcture et de chiropraxie pour lesquelles un remboursement est prévu sont limitées à celles prodiguées par un(e) prestataire reconnu(e) par la mutualité et figurant sur la liste annexée aux statuts.

La date de prestation détermine la possibilité ou non d'intervention.

Les traitements doivent avoir été dispensés par des prestataires qui démontrent à la mutualité qu'ils remplissent les conditions suivantes :

- être titulaire d'un diplôme en ostéopathie (D.O.), en médecine manuelle, en acupuncture ou en chiropraxie ;
- avoir une assurance de responsabilité civile professionnelle pour les pratiques susmentionnées ;
- garantir la qualité des prestations, l'intégrité et le bien-être des patient.e.s, respecter les référentiels de la profession et notamment son champ de compétences, réorienter la.le patient.e vers un.e professionnel.le approprié.e si le cas le nécessite, ne pas entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens

dont elle.il dispose et s'interdire, dans les investigations et les interventions qu'elle.il pratique, comme dans la thérapeutique qu'elle.il assure, de faire courir à la.au patient.e des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

L'ostéopathe s'engage à ne pas facturer de prestation de kinésithérapie, pour laquelle une intervention de l'AMI est prévue dans le cadre de l'Assurance Obligatoire, et de prestation d'ostéopathie pour la.le même patient.e, le même jour.
L'acupuncteur doit disposer d'un numéro INAMI en tant que médecin.
En cas de non-respect de ce qui précède ou en cas de condamnation en lien direct ou indirect avec son activité professionnelle, le nom du prestataire sera automatiquement retiré de la liste annexée aux statuts.

Article 88. Service logopédie et éducation audio-vocale

La Mutualité alloue :

I. d'une part, une intervention dans les frais de rééducation logopédique des bénéficiaires âgé·e·s de moins de 18 ans

Ce service vise la couverture des cas qui, pour des raisons administratives ou médicales propres à l'assurance obligatoire, n'ont pu obtenir l'accord du·de la Médecin-Conseil dans le cadre d'une rééducation logopédique.

L'intervention de la Mutualité est de 5 EUR par séance de logopédie. Le nombre de séances indemnisables ne peut en aucun cas dépasser 208 par bénéficiaire.

Les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de l'intervention sont :

- la·le bénéficiaire doit être âgé·e de moins de 18 ans au jour de la prestation de rééducation logopédique ;
- la nécessité d'une rééducation logopédique est établie sur base des documents prévus dans le cadre de l'assurance obligatoire pour une demande de rééducation logopédique ;
- la demande ne doit pas correspondre aux critères médicaux et administratifs prévus pour bénéficier d'un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire ;
- La·le bénéficiaire doit disposer d'un dossier médical global (DMG) ouvert et en cours de validité au moment où la prestation faisant l'objet d'une demande d'intervention est effectuée.

Les prestations doivent être effectuées par un·e logopède agréé·e par l'I.N.A.M.I.

Aucun remboursement n'est accordé pour les séances données dans le cadre de l'enseignement spécial. Ce présent service ne devra intervenir que si aucun autre organisme n'intervient ou n'est intervenu.

II. d'autre part, une intervention dans les frais d'éducation audio-vocale des bénéficiaires âgé·e·s de moins de 18 ans

L'intervention de la Mutualité est de 5 EUR par séance pour les séances d'éducation audio-vocale avec un maximum de 100 séances par an par bénéficiaire.

Les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de l'intervention sont :

- la·le bénéficiaire doit être âgé·e de moins de 18 ans au jour de la prestation d'éducation audio-vocale ;
- la nécessité de séances d'éducation audio-vocale est établie sur base d'un bilan logopédique et d'une prescription par un·e oto-rhino-laryngologiste (ORL),
- la·le bénéficiaire doit disposer d'un dossier médical global (DMG) ouvert et en cours de validité au moment où la prestation faisant l'objet d'une demande d'intervention est effectuée.

Article 89. Service assistance à l'étranger

Le présent service fait l'objet d'un accord de collaboration entre la Mutualité et l'a.s.b.l. MUTAS (BCE 0442.621.094).

I. Les bénéficiaires

Bénéficient du service d'assistance à l'étranger : les membres et leurs personnes à charge en règle de cotisations à l'assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités.

Les interventions de cette prestation de services ne sont accordées :

- qu'aux bénéficiaires inscrit·e·s comme personne physique dans le registre national belge, c'est-à-dire en possession de leur domicile officiel en Belgique ;
- qu'aux travailleur·euse·s assujetti·e·s en Belgique habitant les régions frontalières (membres qui ont leur domicile officiel en Allemagne, en France, au Luxembourg ou aux Pays-Bas) et leurs personnes à charge, qui paient leurs cotisations sociales en Belgique, concernant leurs séjours récréatifs hors de Belgique et lorsque ces séjours récréatifs ont lieu dans leur pays de résidence à au moins 100 kms de leur domicile officiel.

La·le bénéficiaire qui fait appel à ce service, donne son consentement explicite et particulier, tant en son nom que pour le compte des personnes pour lesquelles il·elle intervient, à la mutualité et à l'organisation à laquelle le service est confié, en vue de collecter, de traiter et de transmettre à des tiers les informations médicales et autres renseignements sensibles, dans la mesure où cela est nécessaire au suivi des éléments suivants : la gestion de l'assistance, la gestion des frais et du règlement de l'assistance et la gestion d'éventuels litiges. Les dispositions de la loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient seront scrupuleusement respectées.

II. La prestation de service

La prestation de service en cas de maladie ou d'accident à l'étranger comprend :

1. Assistance via la centrale d'alarme en cas de maladie, d'accident ou de décès à l'étranger :
   - donner un avis et donner des informations sur le plan médical et administratif ;
   - donner des garanties de paiement en cas d'hospitalisation ;
   - organiser un rapatriement médical nécessaire du·de la malade ou du·de la blessé·e ;
   - organiser un rapatriement de la dépouille ;
   - envoyer des médicaments, prothèses et appareils ;
   - contacter la famille et les médecins.
2. Intervention financière supplémentaire pour :
   - frais de transport et/ou de séjour supplémentaires éventuellement diminués du montant du ticket retour non acheté lors du départ du·de la malade ou du.de la blessé·e, ainsi que d'un·e compagnon·ne de voyage ;
   - frais médicaux qui restent à charge du·de la bénéficiaire après l'application de la règlementation nationale ou internationale en matière d'assurance maladie;
   - frais de téléphone.

Le service détermine en toute autonomie la politique et l'exécution de la prestation de service susvisée.

Le service est résiduaire, ce qui signifie que les prestations prévues au présent article sont refusées lorsque la maladie ou l'accident à l'étranger donne lieu à une intervention en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère, d'un contrat ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu d'une législation, d'un contrat ou du droit commun sont inférieures aux prestations prévues au présent article, la·le bénéficiaire a la possibilité de bénéficier de la différence à charge du service ; en aucun cas l'intervention ne peut être telle que le cumul des interventions dépasse le préjudice subi.

Le service peut toutefois intervenir en attendant que survienne l'intervention en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère, d'un contrat ou du droit commun ; dans ce cas, la Mutualité est subrogée de plein droit au·à la bénéficiaire ; cette subrogation vaut, à concurrence de la valeur des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère, du contrat ou du droit commun et qui couvrent partiellement ou totalement les prestations prévues au présent article.

III. Les conditions

Afin de pouvoir bénéficier de la prestation de service, les conditions suivantes doivent être remplies :

1) Le sinistre doit avoir lieu dans un des pays suivant : un Etat-membre de l'Union Européenne (hors Belgique), le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège, la Suisse, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, la République de Macédoine du Nord, le Monténégro, le Kosovo, la Serbie, l'Algérie, l'Egypte, Israël, le Liban, la Libye, le Maroc, la Syrie, la Tunisie, la Turquie, Monaco, Andorre, Saint-Marin, le Vatican ainsi que les Iles Anglo-Normandes, Gibraltar, les Iles Féroé, les Açores, Madère, les Iles Canaries, les Iles Åland et l'Ile de Man.

Les territoires appartenant aux pays cités ci-dessus ne faisant pas partie de la zone géographique Europe et bassin méditerranéen ne sont pas couverts.

En cas de soins médicaux à bord d'un bateau de croisière, la couverture est garantie lorsque le point de départ et le point d'arrivée du bateau se situe dans les territoires couverts par le service.

La date du sinistre est, pour un accident, le moment de sa survenance, et, pour une maladie, le moment de la première prise en charge par un·e prestataire de soins (médecin, ambulance, hôpital, etc.).

2) Mutas doit être prévenue dans les 48 heures suivant l'hospitalisation ou les soins urgents en milieu hospitalier à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une affection.

3) La·le bénéficiaire s'engage à fournir, sur propre initiative ou à la demande du service, tout renseignements et documents utiles nécessaires au suivi de l'assistance, des frais, du décompte financier et des éventuels litiges. Si la·le bénéficiaire ne coopère pas suffisamment lors de la collecte des renseignements utiles, ou s'il s'avère qu'il·elle a fourni des informations incomplètes ou incorrectes, il est mis fin à l'assistance.

4) Le séjour temporaire à l'étranger doit avoir un caractère récréatif, sauf pour les étudiants effectuant leurs études et/ou un stage dans le cadre de leurs études à l'étranger dans un des pays suivants : un Etat-membre de l'Union Européenne, la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein, la Suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, et pouvant fournir une attestation scolaire et/ou une convention de stage émanant d'un établissement reconnu.

5) Il doit s'agir de soins médicaux urgents et non programmés. Toutefois, le service intervient pour la dialyse à concurrence de maximum 15 dialyses par bénéficiaire et par année civile.

6) Pour l'intervention complémentaire pour les frais en rapport avec des soins médicaux à l'étranger, les factures originales doivent être présentées.

7) La·le bénéficiaire a l'obligation de limiter le dommage.

Cela signifie que :

- La·le bénéficiaire doit prendre toutes les mesures raisonnables afin de limiter les conséquences de la maladie ou de l'accident et d'éviter une aggravation ;
- La·le bénéficiaire doit prendre toutes les mesures raisonnables afin de limiter les frais pour lesquels le service accorde une intervention.

8) Le service se réserve le droit de refuser l'assistance et l'intervention ou de la récupérer si le voyage, le séjour à l'étranger ou un éventuel comportement à risques au cours du séjour, entraine une aggravation de l'état de santé prévisible pour toute personne normalement prudente.

9) En cas de refus de l'assistance proposée par Mutas, qu'il s'agisse de soins ou d'un rapatriement, l'intervention du service prend fin pour le sinistre concerné et ses complications éventuelles.

10) En cas maladie ou d'accident ne répondant pas aux conditions de l'intervention ou exclu de l'intervention ou ayant fait l'objet d'un refus d'assistance, les suites de la maladie ou de l'accident, en ce compris les complications éventuelles, ne font pas non plus l'objet d'une intervention.

IV. Les interventions

1. La durée de couverture :

- Les frais sont couverts à partir du premier jour de soins.
- La couverture est de maximum 90 jours par année civile.

2. Les soins médicaux à l'étranger :

- En cas d'hospitalisation : la couverture des frais hospitaliers comprend : les frais médicaux résultant d'une hospitalisation ou d'un recours à un service hospitalier adéquat dans le cadre de l'aide médicale urgente pour les bénéficiaires qui y nécessitent une intervention médicale urgente.

- En cas de soins administrés par un·e prestataire de soins de santé : la couverture des frais médicaux hors hospitalisation comprend : les frais médicaux urgents en milieu hospitalier résultant du recours à un·e praticien·ne reconnu·e.
- En cas de fourniture d'une prothèse placée durant l'hospitalisation à concurrence de maximum 375 EUR par prothèse.
- En cas d'assistance psychosociale nécessaire pour un·e bénéficiaire de moins de 18 ans ou un·e bénéficiaire de 65 ans et plus sans cohabitant au moment de la survenance du risque : le remboursement des frais durant le séjour à concurrence de 5.000 EUR par cas.

3. Le rapatriement :

- Rapatriement médical : la couverture des frais résultant d'un rapatriement médicalement requis du·de la malade ou du·de la blessé·e jusqu'à son domicile ou sa résidence fixe ou l'hôpital le plus proche de ce domicile ou résidence fixe. Si le voyage aller par avion a eu lieu et qu'il n'y a pas de ticket retour, le Service n'intervient que dans les frais supplémentaires occasionnés par le rapatriement.
- Rapatriement de la dépouille : les frais de soins post mortem et de mise en bière, les frais de transport sur place de la dépouille mortelle, de rapatriement de la dépouille vers la Belgique et, à concurrence de 1.500 EUR, les frais de cercueil. En cas de rapatriement d'une dépouille à un aéroport belge, le service intervient dans les frais de mortuaire à l'aéroport à concurrence d'un montant de 300,00 EUR maximum par dossier.
- Remboursement de l'indemnité kilométrique : une indemnité kilométrique de 0,25 EUR/km, pour l'aller et le retour avec un maximum de 7.000 km au total, pour aller chercher la·le bénéficiaire à l'étranger en voiture privée depuis la Belgique, uniquement sur indication médicale et avec l'accord préalable de Mutas. Celle-ci s'accompagne d'une nuit d'hôtel à destination pour une personne sur la base d'une chambre avec petit-déjeuner dans un hôtel ou une chambre d'hôtes d'un montant maximal de 150 EUR afin de commencer le voyage de retour confortablement avec la·le bénéficiaire.
- Retour en étapes : sont également couverts, une ou plusieurs nuits d'hôtel pour la·le bénéficiaire et un.e compagnon.ne de voyage sur la base, pour chacun.e, d'une chambre avec petit-déjeuner dans un hôtel ou une chambre d'hôtes d'un montant maximal de 150 EUR par nuitée pour un retour en voiture, uniquement pour des raisons médicales et avec l'accord de Mutas, avec un nombre de nuits déterminé par un médecin désigné par Mutas compte-tenu de l'état de santé du bénéficiaire et un maximum de 4 nuitées.

  L'autorisation préalable de rapatriement en véhicule privé et l'autorisation délivrée pour un retour en étapes est prise par un médecin désigné par Mutas et il n'y a pas d'intervention dans le cas où le médecin désigné par Mutas considère que l'état de santé du membre ne justifie pas le rapatriement en véhicule privé ou le retour en étapes.

4. Les frais pour le transport de malades :

On entend par transport de malades toutes les formes de transport du patient du lieu de l'accident ou du lieu de résidence vers un hôpital, ainsi que le transport d'un hôpital vers un autre hôpital. Ces frais peuvent être pris en charge ou indemnisés.

5. Les frais de voyage ou de séjour supplémentaires :

Il s'agit de frais imprévus (frais d'hôtel et de transport de et vers l'hôpital) si la·le patient·e et/ou un·e compagnon·ne de voyage ne peut pas rentrer en Belgique à la date prévue ou si l'accompagnement du·de la patient·e est justifié pour des raisons médicales et humaines. S'il s'agit de frais d'hôtel, seul le prix de revient pour la chambre et le petit déjeuner est pris en charge.

Ces frais sont pris en charge ou indemnisés de la façon suivante :

- Pour la·le patient·e et/ou pour un·e seul·e compagnon·ne de voyage : jusqu'à maximum 1.100 EUR.

6. Les frais de téléphone :

Les frais de téléphone sont pris en charge à concurrence de 13 EUR.

V. Les exclusions

La prestation de service en matière d'assistance voyage et d'intervention complémentaire est exclue dans les situations suivantes :

- Si le séjour à l'étranger n'a pas un caractère purement récréatif. Ainsi, les voyages à l'étranger pour raisons professionnelles ou dans le but principal ou accessoire de se faire soigner sont exclus de toute intervention.
- La pratique d'activités sportives ou de loisirs qui impliquent une aggravation du risque. Il s'agit des activités suivantes : alpinisme, base-jump, escalade, bobsleigh, canyoning, deltaplane, plongée sous-marine, down-hill, saut à l'élastique, horse-ball, escalade sur glace, courses de voitures/motos/hors-bord, parapente, parasailing, rafting, luge sportive (sur piste spécifique), saut à ski, ski acrobatique, ski hors-piste, snowboard hors-piste, spéléologie, ULM, parachute, sports de combat, planeur, Cliffjumping, bouldering (escalade de bloc).
- Toute activité pour laquelle l'organisateur·rice fait signer au·à la participant·e un document avec décharge de responsabilité.
- L'exercice d'un sport rémunéré : la participation à une compétition ou démonstration pour laquelle l'organisateur·rice perçoit un prix d'entrée et pour laquelle les participant·e·s reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit.
- Les préparations et entrainements dans le cadre de ces compétitions ou démonstrations y sont assimilés.
- Si l'assurance maladie obligatoire en Belgique ou à l'étranger ne prévoit aucune intervention dans les soins médicaux administrés, comme par exemple en cas de cures de convalescence, cures thermales, traitements diététiques, traitements esthétiques, homéopathie, acuponcture et toutes les formes de médecine parallèle.
- Toute fourniture de verres de lunettes, lentilles de contact, prothèses optiques, tant la première fourniture qu'en cas de réparation ou de remplacement.
- Les médicaments et les pansements et bandages s'il n'est question d'aucune prescription étrangère de la part d'un·e prestataire de soins de santé habilité·e à prescrire ces médicaments / pansements et bandages.
- Les frais d'obsèques.
- La grossesse ou l'accouchement à compter de la 32ème semaine de la grossesse.
- Si la·le bénéficiaire n'a pas respecté les conseils de voyage de l'institut de la médecine tropicale.
- Les séjours dans un pays (ou une région) pour lequel, à la date du départ, le Ministère belge des Affaires étrangères donne un avis déconseillant les voyages non essentiels, sauf si cet avis est motivé par une crise sanitaire ;
- Les séjours dans un pays (ou une région) pour lequel, à la date du départ, il y a interdiction de voyager ou une interdiction d'entrer dans le pays de destination.
- Suite à l'abus d'alcool ou d'utilisation de stupéfiants, tels que visés à l'arrêté royal du 31 décembre 1930 règlementant les substances soporifiques et stupéfiantes, et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique.
- Suite à la participation volontaire à un délit ou un crime.

En cas d'autorisation de soins à l'étranger par le médecin-conseil, les frais relatifs aux soins visés par cette autorisation ne sont en aucun cas pris en charge ; toutefois, uniquement en cas de décès lors du séjour à l'étranger au cours duquel ces soins sont donnés, le remboursement des frais de rapatriement visés au point IV.3 est d'application.

Dans le cas d'une personne évadée d'un hôpital psychiatrique, seuls les frais du premier rapatriement seront remboursés.

VI. Dispositions diverses

Le service est autorisé à faire appel à des tiers pour l'exécution des prestations visées au point 2, dans le cadre d'un accord de collaboration qui définit un règlement d'indemnisation globale des frais, adapté périodiquement en fonction des charges.

Article 90. Service diététique

La Mutualité alloue :

- par bénéficiaire de moins de 18 ans, une intervention dans les frais d'un bilan diététique à concurrence de maximum 25,00 EUR et de 6 séances de suivi diététique à concurrence de 12,50 EUR par séance.
  Cette intervention ne peut être octroyée qu'à un·e bénéficiaire âgé·e de moins de 18 ans au moment de la prestation.
  L'intervention peut être renouvelée au terme de 12 mois à compter de la date du bilan diététique remboursé moyennant le respect des conditions mentionnées dans le présent article.
- par bénéficiaire de 18 ans et plus, une intervention à concurrence de 12,50 EUR par séance dans les frais de 3 séances de suivi diététique par an.
  Cette intervention ne peut être octroyée qu'à un·e bénéficiaire âgé·e de 18 ans ou plus au moment de la prestation.
  L'intervention peut être renouvelée au terme de 12 mois à compter de la date de la première consultation de suivi diététique remboursée moyennant le respect des conditions mentionnées dans le présent article.

L'intervention est subordonnée à une prescription médicale reprenant la nécessité d'un suivi diététique en raison d'un surpoids ou d'une obésité ou de troubles alimentaires.

L'intervention est octroyée sur présentation de l'attestation de prestation du·de la diététicien·ne.

Seules pourront être remboursées les prestations réalisées par un·e diététicien·ne reconnu·e par la Mutualité et figurant sur la liste annexée aux statuts.

Le cumul des montants des interventions pour les bénéficiaires de moins de 18 ans et pour ceux de 18 ans et plus n'est pas autorisé dans la même période de 12 mois. En cas d'intervention pendant l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint 18 ans, le total des interventions pour les séances de suivi diététique ne peut en aucun cas dépasser 75 EUR pendant cette année.

Article 91. Service naissance

La Mutualité octroie, à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption reconnue par la législation belge ou la mise au monde d'un·e enfant mort-né·e :

A. une prime de 400 EUR ;

La prime est accordée, en cas de naissance, d'adoption plénière reconnue par la législation belge ou de la mise au monde d'un·e enfant mort-né·e, au membre de la Mutualité dont l'enfant est personne à charge, ou à l'enfant qui est lui·elle-même membre de la Mutualité.

Cette prime est versée sur présentation de l'acte de naissance ou de décès délivré par l'administration communale, ou, en cas d'adoption, du certificat de transcription délivré par l'officier de l'état-civil ou de l'attestation d'enregistrement délivrée par le Service de l'Adoption Internationale du SPF Justice.

La prime ne peut être octroyée qu'une seule fois par enfant.

En cas de mutation, d'inscription ou de transfert vers la Mutualité en provenance du même organisme assureur ou non, d'un enfant en qualité de membre de la Mutualité lui-même ou d'un membre de la Mutualité dont l'enfant né·e, adopté·e ou mort-né·e est personne à charge, l'intervention n'est pas due si la date de naissance, de l'adoption ou du décès de l'enfant est antérieure à la date de mutation, d'inscription ou de transfert.

B. au profit de la (future) mère dans les conditions fixées ci-après une intervention dans certaines prestations ambulatoires de soins de santé. Cette intervention est limitée au maximum au ticket modérateur légal restant à charge après intervention de l'assurance obligatoire ou d'un autre service de l'Assurance Complémentaire :

- Intervention dans les frais de kinésithérapie périnatale telle que définie dans la nomenclature à l'article 7 § 1er 4°, ou dans les prestations de préparation à l'accouchement réalisées par une accoucheuse et reprises au chapitre IV, article 9 §2 c de la nomenclature.

L'intervention est accordée à la (future) mère, sur base des attestations de soins donnés fournies par les prestataires concerné·e·s, dans le cadre de l'assurance obligatoire. De plus, il sera exigé : soit une attestation médicale précisant l'état de grossesse et la date présumée de l'accouchement, soit un acte de naissance de l'enfant ou un acte de décès de l'enfant mort-né·e.

En cas de mutation, d'inscription ou de transfert vers la Mutualité en provenance du même organisme assureur ou non, d'une membre ou d'une personne à charge ayant accouché, adopté ou perdu un·e enfant mort-né·e, l'intervention n'est dues au plus tôt qu'à partir de la date de mutation, d'inscription ou de transfert.

C. au profit de l'enfant jusqu'à ses 3 mois, une intervention de maximum 10 EUR dans la quotepart à charge du·de la bénéficiaire pour le dépistage néonatal de la surdité réalisé dans les maternités ou par un·e oto-rhino-laryngologiste (ORL). Le montant de 10 EUR est indexé selon les modalités prévues par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française.

L'intervention est accordée au·à la membre de la Mutualité dont l'enfant est personne à charge ou à l'enfant lui·elle-même membre de la Mutualité sur base de la facture établie par l'hôpital ou par la·le prestataire.

En cas de mutation, d'inscription ou de transfert vers la Mutualité en provenance du même organisme assureur ou non, d'un·e enfant en qualité de membre de la Mutualité lui·elle-même ou d'un·e membre de la Mutualité dont l'enfant est personne à charge, l'intervention n'est due au plus tôt qu'à la date de mutation, d'inscription ou de transfert.

D. au profit de l'enfant une intervention annuelle de 50 EUR dans les frais de langes

Pour les enfants nés avant le 01/01/2024, une intervention annuelle de 75 EUR dans les frais de langes est octroyée lors de chacune des deux années subséquentes à l'année de la naissance.

L'intervention est accordée au·à la membre de la Mutualité dont l'enfant est personne à charge ou à l'enfant lui·elle-même membre de la Mutualité.

Conditions communes

Lorsque la (future) mère ne peut bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire ou en a bénéficié auprès d'un autre organisme assureur parce qu'elle est dans l'une des situations visée à l'article 8, § 1er, 2° des statuts, l'intervention peut lui être octroyée sur présentation des attestations de prestations spécifiques fournies par la Mutualité. De même, si la (future) mère bénéficie auprès des prestataires du système de tiers-payant, il convient de recourir aux attestations de prestations fournies par la Mutualité.

Il faut entendre par enfant mort-né·e, l'enfant né·e sans vie pour lequel l'administration communale a établi un acte de décès.

Article 92. Service convalescence

I. Définition du service convalescence urgente

La Mutualité octroie aux bénéficiaires une intervention de :

- 50,00 EUR par jour et par bénéficiaire dans le cout d'une cure de convalescence urgente d'une durée de minimum sept jours et de maximum soixante jours et par année civile dans établissement reconnu par la Mutualité ;
- 13,50 EUR par jour et par bénéficiaire dans le coût d'un cours séjour de convalescence urgente d'une durée minimum de 7 jours et de maximum 21 jours et par année civile dans une maison de repos pour personnes agées.

En cas de décès durant la convalescence l'intervention est due même si la durée est inférieure à 7 jours ou du court séjour.

II. Conditions d'intervention pour la convalescence

II.a. Cure de convalescence

- La nécessité de cette cure ainsi que sa durée sont établies sur base du rapport médical prévu à cet effet, complété par la·le médecin traitant·e de l'affilié·e et adressé par la mutualité au·à la médecin-référent·e.
- Le médecin-référent·e doit marquer son accord quant à la nécessité et à la durée de la cure de convalescence. A tout moment de la cure, la·le médecin-référent·e peut demander des informations complémentaires.

- Le centre de convalescence dans lequel se découle la cure de convalescence doit être reconnu par la Mutualité.

Les établissements reconnus par la Mutualité sont repris en annexe des présents statuts.

Une quotepart personnelle pour chaque journée de cure peut être réclamée par l'établissement au·à la bénéficiaire de la cure.

II.b. Court séjour de convalescence

- La maison de repos dans laquelle se déroule le court séjour de convalescence doit être reconnue par les autorités compétentes.
- La liste des maisons de repos agréées pour le court séjour par l'INAMI figure en annexe des statuts.

III. Critères d'acceptation de la convalescence

III.a. Cure de convalescence

- La cure de convalescence urgente s'adresse à un·e bénéficiaire souffrant d'une pathologie aigüe ou d'une poussée aigüe d'une affection chronique qui nécessite une convalescence immédiate.
- La convalescence doit suivre immédiatement la sortie de l'hôpital. Dans des cas justifiés, quelques jours entre la sortie de l'hôpital et l'entrée en cure sont toutefois autorisés et notamment :
    - si aucune disponibilité dans les centres de convalescence ne se présente au·à la bénéficiaire lors de sa sortie de l'hôpital ;
    - si la·le bénéficiaire ne peut obtenir une cure dans un établissement proche de la résidence de son entourage ;
    - si l'admission simultanée de l'accompagnant·e du·de la curiste est impossible.
- La cure de convalescence peut également s'adresser aux bénéficiaires repris·e·s au point III, premier tiret, qui ne sont pas hospitalisé·e·s et qui nécessitent soit un accompagnement de soins urgents, soit une rééducation urgente, soit un retrait temporaire du milieu de vie.
- Sans préjudice de ce qui précède, en cas de pathologies psychiatriques, la cure ne pourra être acceptée que si la demande émane d'un·e psychiatre et qu'elle confirme à la fois :
    - la nécessité d'un retrait temporaire du milieu de vie ;
    - la persistance de l'autonomie du·de la patient·e (absence de surveillance continue) ;
    - l'absence de risques de perturbations par le comportement du·de la patient·e, tant au niveau du centre de convalescence que des autres curistes.
- En début et en fin de cure, la·le curiste sera examiné par un·e médecin du Centre. A la fin de la cure, ce·tte médecin rédigera un rapport médical d'évolution destiné au·à la médecin traitant·e du·de la curiste. Lors de ces consultations, un ticket modérateur pourra être réclamé au·à la curiste.
- En aucun cas, la lourdeur du déficit fonctionnel n'est un critère d'acceptation de la cure en soi.

III.b. Court séjour de convalescence

Le court séjour de convalescence doit suivre immédiatement la sortie de l'hôpital. Dans des cas justifiés, quelques jours entre la sortie de l'hôpital et l'entrée en maison de repos sont toutefois autorisés et notamment :

- Si aucune disponibilité dans les maisons de repos ne se présente au.à la bénéficiaire lors de sa sortie de l'hôpital ;
- Si la.le bénéficiaire ne peut obtenir une maison de repos proche de la résidence de son entourage ;
- Si l'admission simultanée de l'accompagnant.e du.de la patient.e est impossible.

Article 93. Service allergies

La Mutualité alloue aux bénéficiaires :

I. Une intervention dans les frais de recherches d'allergènes.

L'intervention de la Mutualité est limitée au ticket modérateur légal prévu par l'assurance obligatoire. En l'absence de couverture par l'assurance obligatoire, l'intervention est limitée à la différence entre le montant de l'honoraire officiel et le remboursement prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire.

L'intervention est octroyée sur présentation des attestations de soins donnés reprenant les codes nomenclature suivants : 350055 – 532534 – 532571 - 532556 - 470750 – 470772 – 470794 – 470816 et 470831.

II. Une intervention dans les frais de désensibilisation.

En cas de traitement de désensibilisation temporaire ou définitive (réalisée sur plusieurs années selon le mode d'administration), une intervention est octroyée à concurrence de 30 EUR par année civile et par bénéficiaire.

Toutefois, en cas de désensibilisation annuelle et pluriannuelle réalisée pour la·le même bénéficiaire durant la même année civile, l'intervention peut être octroyée au maximum à concurrence de 30 EUR.

Par vaccin désensibilisant, il faut entendre une « préparation antigénique permettant de faire disparaitre les effets indésirables des allergies par vaccination ».

L'intervention est au maximum du cout réellement à charge du·de la bénéficiaire sur présentation de l'attestation de fourniture ou un document équivalent dument complétée en faveur du·de la bénéficiaire par un·e pharmacien·ne. La date d'achat du vaccin désensibilisant détermine la possibilité ou non d'intervention.

La liste des vaccins désensibilisants pouvant faire l'objet d'une intervention figure en annexe des statuts.

Article 94. Service Complémentaire Santé Ambulatoire

La Mutualité alloue aux bénéficiaires une intervention dans certaines prestations ambulatoires de soins de santé, à l'exclusion de celles dispensées dans le cadre d'une hospitalisation de jour ou chirurgicale de jour, et ce, selon les conditions fixées ci-après :

I. Consultation d'un·e médecin généraliste ou d'un·e gynécologue

Cette intervention est limitée au montant de l'intervention personnelle légale (ticket modérateur), à concurrence du montant effectivement supporté et sous condition de disposer d'un dossier médical global en cours de validité pour les prestations suivantes dont le code est repris en annexe des statuts de la mutualité.

Cette intervention :

- est limitée au montant de 4,00 EUR dans les frais de consultations réalisées par un·e médecin généraliste ;
- est limitée au montant de l'intervention personnelle légale (ticket modérateur) dans les frais de visite d'un·e médecin généraliste pour les bénéficiaires de l'intervention majorée âgé·e·s de 75 ans et plus qui résident à leur domicile familial à l'exclusion d'une maison de repos ou d'une structure d'accueil collectif pour personnes âgées ;
- est limitée au montant de 6,00 EUR dans les frais de consultations d'un·e gynécologue ;

II. Consultation d'un·e spécialiste

Ce service a pour but d'allouer aux bénéficiaires âgé·e·s de 18 ans et plus une intervention dans les frais de consultations ambulatoires effectivement supportés et réalisées par un·e spécialiste, à l'exclusion des consultations dispensées dans le cadre d'une hospitalisation de jour ou chirurgicale de jour et des consultations dispensées par un·e gynécologue et ce, selon les conditions fixées ci-après :

Cette intervention :

- est limitée au montant de 6,00 EUR ;
- est octroyée sous condition de disposer d'un dossier médical global (DMG) en cours de validité ;
- est octroyée sous condition que l'intervention concerne des consultations ambulatoires effectuées en milieu hospitalier ou dans une policlinique liée à un hôpital ou dans une policlinique liée à la Mutualité, dont la liste figure en annexe des présents statuts et facturées par cet établissement ;

- est octroyée pour les consultations ambulatoires codifiées dans la nomenclature mentionnées en annexe des présents statuts.

III. Bénéficiaires de moins de 18 ans.

Pour les bénéficiaires âgé·e·s de moins de 18 ans, cette intervention est limitée au montant de l'intervention personnelle légale (ticket modérateur) effectivement supportée par la·le bénéficiaire, sous condition de disposer d'un dossier médical global (DMG) en cours de validité pour les prestations suivantes :

- Intervention dans les frais des prestations attestées par un·e médecin telles que définies par la nomenclature.
- Intervention dans les frais des prestations attestées par un·e kinésithérapeute telles que définies par la nomenclature à l'article 7.
- Intervention dans les frais des prestations attestées par un·e praticien·ne de l'art infirmier telles que définies par la nomenclature à l'article 8
- Intervention dans les frais des prestations attestées par un·e logopède telles que définies par la nomenclature à l'article 36.
- Intervention dans les frais des médicaments génériques prescrits après intervention de l'assurance obligatoire et à concurrence d'un montant maximum de 100 EUR par année civile.

IV. Dispositions communes

Le dossier médical global (DMG) n'est pas obligatoire pour les enfants de moins de 3 ans.

L'intervention prévue au point I.2. sera octroyée au·à la bénéficiaire âgé·e de 75 ans et plus qui réside à son domicile familial après dépassement d'une franchise de 25 EUR par année civile.

Les interventions sont accordées sur base des originaux des attestations de soins donnés (ASD) délivrées par la·le prestataire concerné·e dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Les interventions visées au point III. sont accordées au·à la membre de la Mutualité dont l'enfant est personne à charge ou à l'enfant lui-même s'il·elle est membre de la Mutualité, sur base de l'attestation de soins donnés originale fournie par la·le prestataire concerné·e dans le cadre de l'assurance obligatoire. Pour les prestations de kinésithérapie et d'infirmier·ère·s, il sera exigé une prescription médicale lorsque la nomenclature l'impose.

Lorsque la·le bénéficiaire ne peut bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire ou en a bénéficié auprès d'un autre organisme assureur parce qu'elle est dans l'une des situations visée à l'article 8, § 1er, 2° des statuts, l'intervention peut lui être octroyée sur présentation des attestations de prestations spécifiques fournies par la Mutualité. De même, si la·le bénéficiaire bénéficie auprès des prestataires susvisé·e·s du système de tiers-payant, il convient de recourir aux attestations de prestations fournies par la Mutualité.

En cas de mutation, d'inscription ou de transfert vers la Mutualité en provenance du même organisme assureur ou non, d'un·e bénéficiaire en qualité de titulaire ou de personne à charge, l'intervention prévue n'est due au plus tôt qu'à la date de mutation, d'inscription ou de transfert du·de la bénéficiaire.

Cette intervention n'est pas cumulable avec l'intervention Médi'kids (article 81 des présents statuts) ou toute autre intervention similaire en vertu d'une loi ou du droit commun.

Article 95. Service Complémentaire Santé Hospitalisation pour les enfants et les adolescent·e·s

I. Objet du service:

La Mutualité organise un service Complémentaire Santé Hospitalisation qui a pour but d'accorder, dans les conditions définies ci-dessous, une intervention financière dans les frais résultant de l'hospitalisation d'un·e bénéficiaire âgé·e de moins de 18 ans dans un établissement hospitalier situé en Belgique et dont le cout est partiellement pris en charge par l'assurance obligatoire. La Complémentaire Santé Hospitalisation est désignée dans le présent article sous les termes « la CSH ».

II. Définitions

1. Maladie :

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé présentant des symptômes objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable.

2. Accident :

Un évènement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychique du·de la bénéficiaire par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

3. Intervention légale :

Tout remboursement perçu en vertu des législations belges relatives à l'assurance obligatoire, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

4. Frais de séjour :

Les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, sont les frais à charge du·de la bénéficiaire constitués par la quotepart légale fixée par l'assurance obligatoire à laquelle s'ajoutent les éventuels suppléments de séjour liés au type de chambre.

5. Chambre particulière

Une chambre à un lit dans laquelle la·le bénéficiaire choisit d'être hospitalisé·e pour raison de convenance personnelle.

6. Bénéficiaire

La·le bénéficiaire de la CSH doit être âgé·e de moins de 18 ans.

III. Prestations

En cas d'hospitalisation, sont pris en compte les frais qui ne sont pas couverts par une assurance obligatoire et notamment **:**

- l'assurance obligatoire ;
- les législations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- les règlements CEE n°883/04 et 987/09 ou une convention bilatérale de sécurité sociale ;
- le maximum à facturer (MàF) ;
- l'arrêté royal du 26 février 2001 organisant le fonds spécial de solidarité.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions.

IV. Etendue territoriale :

La couverture de la CSH est valable en Belgique. Toutefois, sont également prises en compte les hospitalisations d'un·e bénéficiaire ayant lieu en dehors du territoire national dans le cadre des projets de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé dont la liste figure en annexe des statuts.

V. Exclusions

V.1. Sont exclus l'accident ou la maladie ainsi que leurs suites résultant :

- d'un fait de guerre, de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ou à un crime ;
- de la pratique professionnelle de tout sport ;
- de réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes.

V.2. La CSH ne sort pas ses effets pour l'hospitalisation au cours de laquelle est effectuée l'une des prestations suivantes :

- les soins et traitements esthétiques sauf les prestations relevant de la spécialité en chirurgie plastique qui font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ;
- les soins et traitements qui ne tendent pas directement à faire disparaitre les affections (cure, produits cosmétiques, hygiéniques, alimentaires ou fortifiants, les boissons) ;
- les prothèses et implants dentaires ;
- les salles de plâtre et les forfaits pour dialyse.

V.3. La CSH ne sort pas ses effets pour les hospitalisations dans un des services psychiatriques ou neuropsychiatriques suivants :

35 – K1 - hospitalisation de jour en service K,

36 – K2 - hospitalisation de nuit en service K,

38 – A1 - hospitalisation de jour en service A,

39 – A2 - hospitalisation de nuit en service A,

41 – T - service psychiatrique jour et nuit,

42 – T1 - hospitalisation de jour en service T,

43 – T2 - hospitalisation de nuit en service T,

44 – Tf - placement familial Tf dans un hôpital, et

76 – journée forfaitaire en psychiatrie ;

V.4. Sont exclus les frais de transport liés à l'hospitalisation.

VI. Calcul du remboursement

1. Hospitalisation en chambre commune ou double :

La Mutualité intervient dans les frais réellement supportés par la·le bénéficiaire en cas d'hospitalisation de la manière suivante :

- remboursement des frais à charge du·de la patient·e hormis les frais divers (non médicaux) ;
- remboursement des frais de séjour à l'hôpital d'un·e parent·e auprès de la personne hospitalisée ; ces frais sont plafonnés à 15 EUR par jour.

Aucun remboursement n'est octroyé pour les suppléments d'honoraires.

2. Hospitalisation en chambre particulière :

En cas d'hospitalisation en chambre particulière, la Mutualité intervient de la même manière que celle décrite au point 1.

Aucun remboursement n'est octroyé pour les suppléments de chambre.

3. Hospitalisation dans un service neuropsychiatrique :

La Mutualité couvre les frais résultant de l'hospitalisation d'un·e bénéficiaire dans un établissement ou un service psychiatrique, pour lesquels l'assurance obligatoire est intervenue.

L'intervention est identique à celle décrite au point 1., mais elle n'est accordée qu'aux séjours en services A (service 37) et K (service 34). De plus, un plafond d'intervention de 370 EUR par année civile et par bénéficiaire est appliqué à ces remboursements.

VII. Procédure de remboursement

- Les remboursements seront effectués sur le compte financier désigné dans le formulaire « Demande d'intervention » dès réception des pièces justificatives originales (factures) des frais exposés et du formulaire « Demande d'intervention » dument complété et signé par la·le bénéficiaire ou son·sa représentant·e légal. En cas de décès, les prestations seront payées aux héritier·ère·s légaux·ales.
- La demande de remboursement doit obligatoirement être adressée à la Mutualité avant l'expiration d'un délai de deux ans prenant cours à la fin du mois du début de l'hospitalisation.
- En cas de concurrence d'intervention en vertu du droit commun ou d'une autre législation, l'intervention de la Mutualité est subsidiaire, moyennant le respect des conditions suivantes :
    - la·le bénéficiaire doit signaler au préalable sur la demande d'intervention l'existence d'une autre couverture ;
    - lorsque les sommes accordées par l'intervention concurrente sont inférieures aux remboursements possibles dans la CSH, la·le bénéficiaire a la possibilité de bénéficier du remboursement de la différence.
- Pour le calcul du remboursement, les frais exposés sont diminués successivement :
    - de toute intervention résultant de l'application d'une législation visée au point III et se rapportant aux prestations en question ;
    - de toute autre intervention destinée à rembourser les frais décrits au point I.

VIII. Cumul des couvertures

L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle. Dans ce cas, l'octroi du remboursement le sera à titre d'avance récupérable. Lorsque la·le bénéficiaire se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, la Mutualité récupèrera toute somme pouvant être couverte par ladite législation.

Cette récupération se fera soit par subrogation dans les droits du·de la bénéficiaire, soit, si cette subrogation n'est pas possible, contre la·le bénéficiaire.

IX. Résiliation – sanction – suspension

La Mutualité se réserve le droit de mettre fin immédiatement à l'intervention en faveur d'un·e bénéficiaire et de réclamer le remboursement des prestations octroyées indument en cas de fraude ou tentative de fraude.

X. Modifications des cotisations et de la couverture

Les cotisations au service CSH ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'index-santé, être augmentées que :

- lorsque la hausse réelle et significative des couts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ;
- ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

Article 96. Service consultations psychologiques

La Mutualité alloue aux bénéficiaires, sous condition de disposer d'un dossier médical global (DMG) en cours de validité, selon les conditions fixées ci-après, une intervention d'un montant de 20 EUR en cas de consultation d'un·e psychologue reconnu·e par la Mutualité. Le dossier médical global (DMG) n'est pas obligatoire pour les enfants de moins de 3 ans

L'intervention pourra être octroyée à concurrence d'un montant maximum total de 400 EUR par année civile et par bénéficiaire.

Les consultations de psychologie pour lesquelles un remboursement est prévu sont limitées à celles prodiguées par un·e prestataire, psychologue ou institution reconnu·e·s par la Mutualité, dont la liste figure en annexe des statuts.

Pour être reconnu.e par la Mutualité, le.la prestataire doit être titulaire d'un diplôme de master en psychologie ou d'une reconnaissance par la Commission des Psychologues.

L'intervention est octroyée sur présentation d'un formulaire spécifique délivré suite à la consultation. Ce document doit porter le cachet et la signature du·de la prestataire, ainsi que la date de prestation et le montant payé.

Article 97. Service prévention des accidents de la route

La Mutualité propose aux bénéficiaires une formation à la conduite automobile complémentaire à celle prévue dans le cadre de la filière d'apprentissage « libre » (avec guide) qui consiste à proposer une assistance professionnelle à la conduite axée sur la sensibilisation aux dangers de la conduite afin de diminuer le nombre d'accidents de la route et améliorer ainsi le bienêtre physique, psychique et social.

I. Formation théorique

La formation théorique en vue de l'obtention du permis de conduire théorique automobile comporte 20 heures de cours théoriques dont 16 heures consacrées à la matière relative à l'examen théorique automobile. Les 4 heures restantes sont consacrées à un module de responsabilisation et de sensibilisation à la conduite citoyenne dans lequel sont abordés les domaines suivants : conduite défensive, conduite sous influence (alcool, drogues, médicaments,…), environnement, automobile et endettement, automobile et consommation, etc. La formation théorique est une formation collective.

Une participation d'un montant de 45 EUR TVAC est demandée à chaque participant·e. Pour pouvoir assister à la formation théorique, la·le participant·e doit avoir honoré sa participation financière avant la formation.

II. Formation pratique

La formation pratique en vue de l'obtention du permis de conduire automobile est individuelle et se compose de cours pratiques d'une durée d'une heure trente. La formation pratique est conditionnée au suivi préalable par la·le participant·e du module de responsabilité et de sensibilisation à la conduite citoyenne susmentionné. De plus, lors du premier cours pratique, la présence du·de la guide (au sens de la législation relative au permis de conduire) du·de la participant·e est exigée. En l'absence du·de la guide au premier cours, ce dernier n'est pas effectué et aucun remboursement ne sera octroyé sauf en cas de force majeure.

Une participation d'un montant de 67,50 EUR TVAC (soit 45 EUR/h) est demandée au·à la participant·e pour chaque cours pratique. Cette participation inclut la mise à disposition d'un véhicule à double commande et l'accompagnement par un·e instructeur·rice breveté·e d'Etat (II).

Le recours aux formations à la conduite automobile susmentionnées n'est autorisé qu'aux bénéficiaires respectant les conditions prévues par la législation en matière d'obtention du permis de conduire automobile.

III. Accord de collaboration

Le présent service fait l'objet d'un accord de collaboration entre la Mutualité et l'a.s.b.l. Drive-Mut (BCE 0459.866.706).

L'a.s.b.l. Drive-Mut organise des activités et des formations visant à la prévention des accidents de la circulation et ce, notamment, à destination des membres des mutualités socialistes wallonnes et de leurs personnes à charge.

L'a.s.b.l. Drive-Mut n'est pas une école de conduite agréée, de sorte que les heures de conduite prestées auprès de cette a.s.b.l. ne peuvent être prises en compte lorsque la règlementation applicable au permis de conduire impose au·à la candidat·e de suivre un certain nombre d'heures de cours de conduite.

Article 98. Service télévigilance

La Mutualité intervient dans les frais relatifs à l'abonnement au service de télévigilance fourni par un·e opérateur·rice reconnu·e par la Mutualité figurant dans la liste annexée aux présents statuts.

L'intervention mensuelle est fixée comme suit :

- 10,50 EUR, sans pour autant dépasser le montant à charge du·de la bénéficiaire, pour les personnes disposant d'un statut social,
- 4,20 EUR, sans pour autant dépasser le montant à charge du·de la bénéficiaire, pour les autres bénéficiaires.

On entend par « télévigilance » les différentes technologies proposées aux bénéficiaires pour maintenir leur autonomie en disposant d'un smartphone, d'un émetteur ou de capteurs permettant d'entrer en contact avec un service qui prendra les mesures adéquates pour lui porter assistance en cas de chute, de malaise ou d'agression.

L'intervention est accordée sur présentation du relevé original des prestations établi par les opérateur·rice·s susmentionné·e·s, lequel mentionnera la période de prêt, le statut social, l'identification du·de la bénéficiaire et le montant payé, et, le cas échéant, d'une déclaration relative à l'éventuelle intervention accordée en vertu d'une autre règlementation, d'un contrat ou du droit commun.

L'intervention est résiduaire, ce qui signifie que les prestations prévues au présent article sont refusées lorsque ces prestations donnent lieu à une intervention en vertu d'une autre règlementation, d'un contrat ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu d'une autre règlementation, d'un contrat ou du droit commun sont inférieures aux prestations prévues au présent article, la·le bénéficiaire a la possibilité de bénéficier de la différence à charge de la Mutualité ; en aucun cas l'intervention de la Mutualité ne peut être telle que le cumul des interventions dépasse le préjudice subi.

D'autre part, la Mutualité collaborera pour agir en tant que permanence téléphonique disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec l'a.s.b.l. Centrale de Services à Domicile - Réseau Solidaris (BCE 0416.486.425), pour les appels des bénéficiaires des autres services partenaires (hormis le Centre régional de Mons-Borinage), et avec l'a.s.b.l. Centrale de Services à Domicile de Mons-Wallonie picarde (BCE 0441.432.845) pour les appels des bénéficiaires du territoire de Solidaris Mons-Wallonie picarde. La Mutualité versera à ces a.s.b.l. un montant de 2,5 EUR par mois par bénéficiaire abonné au service télévigilance relevant d'un des territoires concernés (pour l'a.s.b.l. Centrale de Services à Domicile - Réseau Solidaris : Solidaris Brabant Wallon, Solidaris Centre, Charleroi et Soignies, Solidaris Liège et

Solidaris Namur ; pour l'a.s.b.l. Centrale de Services à Domicile de Mons-Wallonie picarde : Solidaris Mons-Wallonie picarde).

Article 99. Service matériel médical

La Mutualité intervient dans les frais de location du matériel médical repris dans la liste annexée aux statuts, loué auprès d'un·e opérateur·rice reconnu·e par la Mutualité figurant dans la liste annexée aux statuts.

L'intervention consiste en la prise en charge des trois premières mensualités de chaque location distincte ; cette période prend cours à la date de prise d'effet de la location du matériel; il est considéré, pour l'application du présent article, que les locations successives séparées de moins d'un mois constituent une seule location.

L'intervention est accordée sur présentation des pièces justificatives originales démontrant que le·la bénéficiaire a supporté les frais de location du matériel.

Dans le cas où l'opérateur·rice reconnu·e par la Mutualité n'est pas en capacité de fournir le matériel demandé, l'intervention est octroyée pour du matériel fourni par un.e autre opérateur.rice sur base des conditions reprises au présent article et moyennant une attestation de non-fourniture de l'opérateur·rice reconnu·e par la Mutualité.

Article 100. Service pédicurie

La Mutualité alloue une intervention dans les soins de pédicurie.

Cette intervention est octroyée à concurrence du montant réellement à charge du·de la bénéficiaire sans pouvoir excéder 4,00 EUR par séance à raison de maximum 7 séances par année civile et par bénéficiaire âgé de 65 ans et plus et par bénéficiaire souffrant du diabète et sans limite d'âge.

L'intervention est accordée sur présentation d'un formulaire spécifique délivré suite à la consultation par la·le pédicure ou podologue reprenant l'identité du·de la bénéficiaire, la date de prestation et le montant réclamé, l'identification du·de la prestataire et son numéro d'assujettissement T.V.A. le cas échéant. Pour les prestations supplémentaires destinées aux diabétiques, un certificat médical leur sera demandé s'ils n'entrent pas encore dans un (pré-)trajet de soins diabétique ou ne disposent pas encore de convention d'autogestion du diabète.

Article 101. Service garde d'enfants malades

La Mutualité alloue aux bénéficiaires de moins de 13 ans certifiés malades, une intervention d'un montant de 8,00 EUR par heure dans les frais de garde-malade à domicile, à concurrence du montant réellement payé avec un maximum de 10 heures par jour et de 15 jours par année civile et par bénéficiaire. Par ailleurs, une intervention supplémentaire de 5,00 EUR par jour est octroyée pour le déplacement du·de la garde-malade.

Les prestations pour lesquelles un remboursement est prévu sont limitées à celles prodiguées par un·e opérateur·rice reconnu·e par la Mutualité, dont la liste figure en annexe des statuts.

L'intervention est accordée sur présentation du relevé original des prestations établi par l'opérateur·rice reconnu·e, lequel mentionnera la ou les dates de prestation, la durée, le montant payé, l'identification du·de la bénéficiaire et les frais de déplacement éventuels du·de la garde d'enfant malade, ainsi que, le cas échéant, d'une déclaration relative à l'éventuelle intervention accordée en vertu d'une autre règlementation, d'un contrat ou du droit commun.

Article 102. Service jeunes

La Mutualité octroie aux bénéficiaires âgé·e·s de moins de 18 ans les interventions suivantes :

- pour les frais d'école des devoirs, un montant de 1 EUR par jour, avec un maximum de 110 jours par année civile ;
- pour les classes de dépaysement en période scolaire (classes de mer, de neige, vertes, voyages scolaires) un montant de 10 EUR par nuitée, avec un maximum de 4 nuitées par année civile ;

- pour les séjours résidentiels hors période scolaire, un montant de 10 EUR par nuitée avec un maximum de 8 nuitées par année civile ; ce montant est porté à 35 EUR par nuitée pour les séjours dont l'organisation et/ou le logement est prise en charge par une structure reconnue par la Mutualité ;
- pour les plaines de jeux et stages hors période scolaire, un montant de 5 EUR par journée avec un maximum de 25 journées par année civile ; ce montant est porté à 6 EUR pour les plaines de jeux et stages dont l'organisation est prise en charge par une structure reconnue par la Mutualité.

Pour les prestations reprises aux points 2 et 3, l'intervention est octroyée pour les activités effectuées dans un Etat-membre de l'Union Européenne y compris la Belgique, ainsi que le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suisse.

Pour les bénéficiaires en situation de handicap :

- pour les séjours résidentiels hors période scolaire, un montant de 50 EUR par nuitée avec un maximum de 8 nuitées par année civile pour les séjours organisés par une structure reconnue par la Mutualité.
- pour l'accueil à la (demi-)journée, un montant de 5 EUR par demi-journée avec un maximum de 60 demi-journées par année civile pour les accueils organisés par une structure reconnue par la Mutualité.
- pour les plaines de jeux et stages hors période scolaire, un montant de 10 EUR par journée avec un maximum de 30 journées par année civile pour les plaines de jeux et stages organisés par une structure reconnue par la Mutualité.
- Le plafond annuel pour l'accueil à la (demi-)journée, les plaines de jeux et les stages s'élève à maximum 30 journées par année civile.

Cette intervention est octroyée sur présentation de la facture ou d'un document équivalent établi par le pouvoir organisateur.

Dans le présent article, on entend par « période scolaire », la période des cours, à l'exclusion des vacances et congés scolaires.

La date de début de la classe de dépaysement, du stage résidentiel, de la plaine de jeux détermine la possibilité ou non d'intervention. Cette date ne peut être postérieure au 18ème anniversaire du·de la bénéficiaire, ni antérieure à l'affiliation du·de la membre à la Mutualité.

La date de chaque journée d'école des devoirs facturée détermine la possibilité ou non d'intervention.

D'autre part, la mutualité octroie une intervention de 500 EUR par période de deux années de formation aux bénéficiaires inscrits à une formation d'animateur ou de coordinateur organisée par une structure reconnue par la Mutualité aux bénéficiaires ayant atteint l'âge requis par l'Arrêté du gouvernement de la Communauté française portant sur la prolongation de dérogation des articles 7,12 et 14 de l'arrêté du gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 relatif aux formations des animateurs et coordinateurs de centres de vacances, au moment de l'inscription. L'intervention est versée directement à l'organisateur de la formation, à la décharge du·de la bénéficiaire. La liste des structures reconnues par la Mutualité pour le présent service figure en annexe des statuts.

Article 103. Service sports

La Mutualité alloue une intervention à concurrence d'un montant :

- de 50 EUR maximum par année civile aux bénéficiaires âgé·e·s de moins de 18 ans,
- de 70 EUR maximum par année civile aux bénéficiaires âgé·e·s de moins de 18 ans en situation de handicap,
- de 40 EUR maximum par année civile aux bénéficiaires âgé·e·s de 18 ans et plus,
- de 60 EUR maximum par année civile aux bénéficiaires âgé·e·s de 18 ans et plus en situation de handicap,

dans le cout d'une affiliation annuelle ou d'une saison ou d'une durée minimale de 1 mois ou de 10 séances soit, soit aux activités physiques organisées par une structure reconnue par la Mutualité, soit à un club sportif ou association agréé par une fédération sportive belge reconnue, soit à une structure publique organisant une activité reconnue par l'A.D.E.P.S., mettant à disposition le matériel et l'encadrement nécessaires.

Ce service n'est octroyé que pour les sports pratiqués en catégorie amateur·rice ; il ne s'applique pas aux stages sportifs.

L'intervention est exclue pour les activités suivantes : les clubs animaliers, la colombophilie, les mouvements de jeunesse telles que le scoutisme, le guidisme et le patro, l'obtention du permis de pêche (sauf l'affiliation à une société de pêche) et de chasse (sauf l'affiliation à une société de chasse), les sports cérébraux, l'aéromodélisme, l'aérostation, l'aviation, le body styling, l'hydrothérapie, la physiothérapie, la sophrologie, infraligne et mindfullness meditation, tout type de relaxation et méditation ainsi que les programmes d'exercices personnalisés.

Cette intervention est octroyée sur présentation du document fourni par la Mutualité dument complété par l'organisateur·rice de l'activité ou sur tout autre document équivalent.

Si une affiliation couvre plusieurs années, l'intervention est accordée une seule fois pour une même affiliation et la date de début de l'affiliation détermine l'année civile d'intervention.
La liste des activités acceptées et des structures reconnues par la Mutualité pour le présent service figure en annexe des statuts.

Article 104. Service fécondation in vitro

La mutualité octroie une intervention financière de maximum 500 euros par an dans le coût des soins et traitements de fécondation in vitro pour lesquels un accord de l'assurance obligatoire a été octroyé.

Les soins doivent être facturés par un établissement hospitalier.

L'intervention est octroyée sous déduction des remboursement déjà accordés pour ces mêmes prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire ; dans tous les cas, le montant de l'intervention est limité aux frais réellement supportés par la·le bénéficiaire.

L'intervention est payée sur base des attestations de soins donnés (ASD) fournies par les prestataires concerné·e·s dans le cadre de l'assurance obligatoire, ou de la facture de l'établissement de soins.

Article 105. Service transport des malades

La mutualité octroie une intervention financière dans le cout des transports médicaux urgents et non urgents des bénéficiaires malades.

I. A. Définitions

Dans le présent article, on entend par :

Ambulance : véhicule spécialement adapté et aménagé pour permettre le transport couché ou semi-assis de personnes malades et répondant aux conditions fixées par la règlementation. Les sociétés de transport disposant de ce type de véhicule sont agréées par l'autorité compétente.

T.P.M.R. : véhicule spécialement adapté et aménagé pour le transport de personnes à mobilité réduite

V.S.L. : véhicule sanitaire léger, adapté ou non pour le transport de personnes à mobilité réduite, prévu pour des transports ne nécessitant pas de manutention particulière.

Assimilés aux taxis : déplacements en voiture effectués par les personnes morales et/ou associations de fait organisant le transport de patient·e·s sont assimilés aux transports en taxi.

Transport : le trajet aller et, le cas échéant, le retour.

Par cas digne d'intérêt au sens du présent article, il faut entendre toute personne qui n'entre pas dans les critères des points 1 à 4 du point III, 2e bullet-point et reconnue sur base d'un certificat complété par un médecin attestant de problèmes de mobilité, d'une déficience locomotrice, sensorielle ou intellectuelle, cette déficience ayant une incidence sur sa mobilité.

II. B. Etendue territoriale

L'intervention ne concerne que les transports effectués en Belgique. Toutefois, sont également pris en compte les déplacements d'un·e bénéficiaire ayant lieu en dehors du territoire national dans le cadre des projets de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé dont la liste figure en annexe des statuts.

III. C. L'intervention a lieu pour les transports :

- Urgents ; ne sont considérés comme urgents que les transports résultant d'un appel au 112 ;
- Non-urgents réalisés en vue :
    1. D'une hospitalisation classique ou d'une hospitalisation de jour ;
    2. D'une consultation chez un·e médecin spécialiste, d'un examen d'imagerie médicale, d'un électrocardiogramme, d'un encéphalogramme, d'une prise en charge en salle de plâtre, pour autant que ces prestations soient réalisées dans un établissement hospitalier ou dans une policlinique liée à cet établissement ou liée à la Mutualité dont la liste figure en annexe des statuts;
    3. De séances de revalidation cardiaque (codes nomenclature 771201 – 771212 – 771223), pulmonaire (codes nomenclature 777512-777523, – 777534-777545, – 777556-777560, – 777571-777582, 777593-777604) ou pluridisciplinaires (prestations du chapitre V de la nomenclature des soins de santé, section 10, article 22 ainsi que les prestations 776156 – 776160 – 776171 – 776182 – 776473 – 776484 – 776495 - 776506) ou locomotrice et neurologique (codes nomenclature 773651 – 773791 – 773614 – 773776 – 773732 – 773872 – 773754 – 773673 – 773813) à raison du nombre de déplacements fixés dans la nomenclature des soins de santé ;
    4. De séances d'un traitement de dialyse visés par l'Arrêté Ministériel du 30 mai 2024 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, traitements visés par l'Arrêté Ministériel du 30 mai 2024 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires suivant un traitement oncologique ;
    5. D'une consultation chez un·e dentiste ou un·e médecin spécialiste au cabinet privé, d'une séance de soins chez un dentiste ou un kinésithérapeute quel que soit le lieu de prestation, pour les personnes de plus de 65 ans, les malades chroniques (au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37 § 16bis de la loi du 14 juillet 1994) et les cas dignes d'intérêt, avec un maximum de 12 déplacements par année civile et par bénéficiaire ;
    6. Une vaccination Covid dans un centre de vaccination organisé par l'autorité publique (en ce compris les pharmacies).

IV. D. Kilométrage faisant l'objet d'une intervention

- Le kilométrage facturé pour les transports visés aux points C. 1, 2, 3 et 5 ;
- Le kilométrage entre le lieu de résidence du·de la patient·e et l'établissement hospitalier ou la consultation pour les transports réalisés au moyen d'un taxi ou assimilé.
- Le kilométrage prévu par les AM du 30 mai 2024 précités pour les transports visés au point C.4.

Le lieu de résidence du·de la patient·e peut être une maison de repos ou de convalescence lorsque le·la patient·e y séjourne temporairement ou définitivement.

V. E. Montant de l'intervention

- Pour les transports urgents :
    - 50 % du montant facturé au·à la patient·e.
    - Pour les transports réalisés en hélicoptère de réanimation, l'intervention est égale au montant facturé, avec un maximum de 775 EUR ; dans les cas où l'hélicoptère se déplace et que son personnel donne les premiers soins dans l'attente de l'arrivée de l'ambulance qui, ensuite, assure le transport du·de la patient·e vers un hôpital, l'intervention est limitée à 375 EUR.
- Pour les transports non-urgents en ambulance : le montant payé par le·la patient·e, avec les maximums suivants :
    - 25 EUR pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus ;
    - 1,00 EUR par kilomètre parcouru à partir du 11e kilomètre ; ce montant est porté à 1,30 EUR par kilomètre parcouru pour les transports en vue de séances de dialyse, traitements visés par l'Arrêté Ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, §11, de la loi

relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et spécifiques aux traitements oncologiques.

- Pour les transports non-urgents en T.P.M.R. ou en V.S.L. : le montant payé par le·la patient·e, avec les maximums suivants :
  - 15 EUR pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus ;
  - 0,70 EUR par kilomètre parcouru à partir du 11e kilomètre ; ce montant est porté à 0,77 EUR par kilomètre parcouru pour les transports en vue de séances de dialyse, traitements visés par l'Arrêté Ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, §11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et spécifiques aux traitements oncologiques.
- Pour les transports en taxis ou assimilés : le montant payé par le·la patient·e, avec les maximums suivants :
  - 0,50 EUR par kilomètre parcouru pour les dix premiers kilomètres ;
  - 0,25 EUR par kilomètre parcouru à partir du 11e kilomètre.

Lorsque le· la patient·e décède avant ou pendant la prise en charge, l'intervention est octroyée aux héritiers·ière·s ou ayants droit que le transport sollicité soit urgent ou non urgent.

VI. F. Conditions à remplir pour bénéficier de l'intervention :

Le·la bénéficiaire doit fournir :

- La facture du transporteur mentionnant le lieu de prise en charge, le lieu d'arrivée, le kilométrage parcouru et le prix payé ;
- Un certificat médical attestant que le·la patient·e ne sait pas se déplacer par ses propres moyens et n'est pas capable d'utiliser les transports en commun et la nécessité du recours à un transport organisé par une personne morale, une association de fait ou une société de transport et la raison médicale justifiant le transport. Ce certificat n'est pas requis pour les transports urgents.
- Le transporteur doit être agréé par l'autorité publique compétente en application de la législation en vigueur là où se trouve son siège social.

Pour les traitements visés aux points C. 3, un certificat médical est valable pour l'ensemble du traitement. Pour les traitements visés aux points C.1. et C.4., le certificat médical n'est pas requis.

Pour les personnes qui résident en maison de repos ou maison de repos et de soins ainsi qu'en résidence-services, pour les personnes en situation de handicap, le certificat médical n'est jamais requis.

Article 106. Service répit

La Mutualité organise un service ayant pour but d'intervenir dans le cadre du répit.

Le « Répit » se définit comme une prestation de garde à domicile permettant à la personne en situation de handicap et à sa famille de souffler, de se distancier du milieu de vie habituel, de prendre du recul par rapport au mode de vie quotidien. Il vise notamment à mettre à disposition des familles touchées par le handicap une formule de prise en charge à domicile dans le but de soulager les membres de la famille aidant la personne handicapée.

La personne en situation de handicap gardée à domicile doit avoir fait l'objet d'une prise en charge par une structure reconnue et subsidiée dans le cadre du « Répit » pour prétendre à l'intervention.

La Mutualité intervient à concurrence du montant réellement supporté pour la garde de la.du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 EUR par jour ou nuit, avec un maximum de 3 jours ou 3 nuits de prise en charge consécutifs par prise en charge à domicile. Le cumul des interventions accordées est limité à 720 EUR par an et par personne en situation de handicap gardée à domicile.

La Mutualité peut intervenir pour plusieurs prises en charge à domicile par année civile, dans la limite des plafonds visés à l'alinéa précédent.

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

Pour prétendre à l'avantage, la·le bénéficiaire doit fournir à la Mutualité une facture établie au nom du·de la bénéficiaire, délivrée par le service qui organise la prestation « Répit » et qui mentionne le nom de la personne en situation de handicap, le prix payé, le nombre d'heures ou de jours de garde.

Article 107. Service psychomotricité

La Mutualité organise un service ayant pour but d'intervenir dans le cout des séances de psychomotricité.

L'intervention est de 3,75 EUR par séance avec un maximum de 100 séances par an et par enfant. L'intervention est réservée aux enfants âgé·e·s de moins de 18 ans au moment de la prestation, qui recourent à la psychomotricité sur prescription médicale.

La·le bénéficiaire du service doit remettre à la Mutualité :

- une déclaration, dont le modèle est fixé par la Mutualité, délivrée par la·le psychomotricien·ne, attestant de la date de la prestation, reprenant les nom et prénom du·de la bénéficiaire et les cachet et signature du·de la prestataire,
- une prescription médicale précisant que une ou plusieurs séances de psychomotricité sont nécessaires.

A l'expiration d'un délai d'un an prenant cours à la date de la prescription médicale qui a donné lieu à intervention, une nouvelle prescription médicale sera demandée pour prolonger l'intervention pour une période d'un an.

Article 108. Service semelles orthopédiques

Ce service est accessible aux bénéficiaires disposant d'un dossier médical global (DMG).

La mutualité intervient dans le cout :

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

L'intervention est d'un montant maximum de 40 EUR :

- par an si la·le bénéficiaire est âgé·e de moins de 18 ans ;
- par période de deux ans si la·le bénéficiaire est âgé·e de 18 ans ou plus.

Pour prétendre à l'intervention de la Mutualité, la·le bénéficiaire devra fournir une facture ou une quittance délivrée par la·le prestataire et attestant des sommes déboursées par la·le bénéficiaire pour l'acquisition des semelles.

Article 109. Service prothèses capillaires

Le service a pour but d'allouer une intervention dans la fourniture d'une prothèse capillaire ou d'un accessoire destiné à couvrir la tête.

L'intervention est plafonnée à 90 EUR pour les prothèses capillaires ou à 60 EUR pour les accessoires destinés à couvrir la tête, et renouvelable tous les deux ans. Elle n'est due qu'en cas d'intervention de l'assurance obligatoire.

Elle est accordée sur base d'une facture originale.

Article 110. Service diabète

La Mutualité intervient dans les frais d'achat de matériel et médicament utilisé en diabétologie et d'affiliation à l'Association Belge du Diabète (A.B.D.).

Une intervention de maximum 100 EUR par année civile est octroyée dans le cout à charge du·de la bénéficiaire pour :

- L'achat de tigettes destinées à mesurer le taux de sucre dans le sang pour les personnes diabétiques ;
- L'achat des aiguilles de stylo injecteur ;

- L'achat des lancettes ;
- L'achat d'un glucomètre, une fois tous les 3 ans ;
- L'achat de capteurs pour la mesure de la glycémie ;
- L'achat de médicaments ;
- Le coût de la cotisation annuelle à l'Association Belge du Diabète (A.B.D.), à concurrence de maximum 35 euros.

Les médicaments reconnus par la Mutualité sont repris en annexe des présents statuts.

Le service est réservé aux bénéficiaires disposant d'un dossier médical global (DMG), qui bénéficient d'une reconnaissance I.N.A.M.I. dans le cadre d'une convention, d'un pré-trajet de soins ou d'un trajet de soins.

La·le bénéficiaire doit fournir un BVAC ou un document équivalent dument complété par la·le pharmacien·ne et attestant du montant des frais réellement supportés ou une facture d'achat datée mentionnant le nom du·de la bénéficiaire et le cout du matériel, ou une preuve de paiement de la cotisation annuelle à l'A.B.D.

Article 111. Fonds d'entraide

I. Bénéficiaires

Le fonds d'entraide (code de classification O.C.M. : 15) vise à octroyer une intervention financière aux bénéficiaires qui sont confronté·e·s à des frais exceptionnels et élevés, en conséquence de leur état de santé, d'un traitement médical ou de soins.

II. Conditions

Entrent en considération pour une intervention :

- des frais exceptionnels et élevés en conséquence de l'état de santé, d'un traitement médical ou de soins :
    - qui ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention dans le cadre du maximum à facturer ou de la zorgverzekering ;
    - après déduction de l'intervention payée ou encore à payer par l'assurance obligatoire, l'assurance accidents du travail, le fonds des maladies professionnelles et de toute autre indemnité sur la base d'une affiliation légalement obligatoire auprès d'une assurance, caisse, fonds, organisme ou institution ;
    - qui ont été encourus durant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention ;

Les frais pour traitement médical ou soins non repris dans la nomenclature des soins de santé entrent uniquement en considération à condition que la nécessité médicale du traitement ou des soins puisse être démontrée au moyen d'une attestation du·de la médecin spécialiste traitant·e.

En cas d'hospitalisation, les suppléments qui sont dus en raison du choix pour un séjour dans une chambre à un lit n'entrent pas en ligne de compte.

L'intervention financière du fonds d'entraide a toujours un caractère résiduaire, notamment par rapport aux interventions du Fonds de solidarité, du CPAS ou des assurances privées.

III. Intervention

L'intervention prévue dans ce service est limitée à un maximum de 500 EUR par année civile et par bénéficiaire, et ne pourra jamais excéder les frais réellement exposés.

L'intervention est toujours versée sur un compte bancaire, soit au·à la bénéficiaire, soit à un tiers (hôpital, prestataires, etc.).

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

En cas de concours entre l'intervention du Fonds d'entraide et celle due dans le cadre d'un contrat d'assurance facultatif, la première est octroyée intégralement sauf si le contrat d'assurance facultatif prévoit qu'il intervient avant l'intervention de la mutualité ou si l'intervention prévue dans le contrat d'assurance facultatif revêt un caractère forfaitaire.

IV. Pièces justificatives

L'intervention est octroyée sur présentation :

- d'une demande par la·le bénéficiaire ;
- de l'enquête sociale motivée réalisée par le service social de la Mutualité ;
- de factures, notes de frais qui attestent des frais exceptionnels et élevés à charge du·de la membre.

Article 111bis. Service aide au sevrage tabagique

La Mutualité alloue une intervention dans les frais d'achat de médicaments et substituts nicotiniques en faveur des bénéficiaires qui souhaitent arrêter de fumer.

L'intervention est fixée, sous condition d'une première consultation chez un tabacologue à partir du 01/01/2026 :

1) à 75 % du prix payé, effectivement supporté par le bénéficiaire, avec un maximum de 50 € pour une période de 24 mois à dater de la consultation au cours de laquelle un des codes nomenclature suivants est attesté : 160019 - 160023 pour la région wallonne ou 421016 - 421027 pour la région de Bruxelles-capitale ;
2) à 100 % du prix payé, effectivement supporté par le bénéficiaire, avec un maximum de 400 € pour les femmes enceintes pour une période de 24 mois à dater de la consultation au cours de laquelle un des codes nomenclature suivants est attesté : 160056 - 160067 pour la région wallonne ou 421053 - 421064 pour la région de Bruxelles-capitale.

Le cumul des interventions est autorisé avec un maximum de 2 interventions par bénéficiaire au cours de sa vie :
- soit 2 fois l'intervention décrite au point un ci-dessus ;
- soit 2 fois l'intervention décrite au point deux ci-dessus ;
- soit 1 fois l'intervention décrite au point un ci-dessus et 1 fois l'intervention décrite au point deux ci-dessus.

L'intervention n'est accordée que pour les médicaments et substituts nicotiniques achetés en pharmacie et en cas d'achat via une pharmacie en ligne.

Aucune intervention n'est accordée pour la cigarette électronique.

L'intervention est octroyée sur base d'un BVAC ou d'une facture émise par le pharmacien.

Les produits doivent figurer sur la liste des produits d'aide au sevrage tabagique reconnus par la Mutualité figurant en annexe des statuts.

Chapitre 2. Les services qui ne sont ni des opérations ni des assurances

Section 1. Dispositions communes

Article 112. Dispositions communes aux services qui ne sont ni des opérations ni des assurances

Aux termes de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010, constituent des service qui ne sont pas des opérations et qui n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se produit un évènement incertain et futur :

1° le service visant à informer les membres quant aux avantages offerts ;

2° le service qui ne fait qu'exécuter l'assurance soins, dont les avantages et les cotisations à payer sont fixées par un décret d'une Communauté, et ce, au nom et pour le compte de la Communauté concernée, à savoir sans supporter le risque couvert. Par assurance soins, il faut d'entendre la prise en charge de frais encourus, par des membres affectés par une autonomie réduite prolongée, pour la prestation d'aides et de services non médicaux ;

3° le service qui a pour objet la perception des cotisations pour le fonds spécial de réserve légal « responsabilité financière » prévu à l'article 199 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

4° le service qui vise la perception des cotisations destinées à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce, dans la mesure des cotisations perçues ;

5° sans préjudice des dispositions de l'article 3, alinéa 1er, c), de la loi du 6 aout 1990, les services ayant pour objet le financement d'actions collectives ou le subventionnement de structures socio-sanitaires dans la mesure où ces services n'ouvrent pas de droit individuel à une intervention répondant à un évènement incertain et futur.

Le financement d'actions collectives vise à financer, dans la limite des ressources disponibles, les initiatives d'institutions, associations ou organismes qui contribuent à l'éducation à la santé et les initiatives en matière de santé qui contribuent à la promotion du bienêtre psychologique, social ou physique des participant·e·s. Elles doivent avoir un lien clair avec la notion de santé telle que définie à l'article 2, § 1er, de la loi du 6 aout 1990.

D'autre part, la Mutualité finance, dans la limite des ressources disponibles, des structures socio-sanitaires en leur versant des subventions destinées à être affectée d'une manière générale à la réalisation de leur objet social et non à une action spécifique. Les structures socio-sanitaires subventionnées doivent avoir un objet social conforme à la notion de santé telle que définie à l'article 2, § 1er, de la loi du 6 aout 1990.

Section 2. Service d'information

Article 113. Service d'information aux membres

Le service d'information aux membres (code ce classification O.C.M. : 37) a pour but la diffusion d'informations quant aux avantages offerts par la Mutualité et quant aux droits et obligations dans le cadre de l'assurance obligatoire et de participer à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé, en donnant des conseils collectifs ou individuels.

Dans le cadre de ce service, la Mutualité peut réaliser et diffuser des informations par tout moyen et sur tout support et organiser des actions d'information et de sensibilisation.

Des accords de collaboration peuvent être conclus dans le cadre de ce service.

Section 3. Fonds spécial de responsabilité financière

Article 114. Fonds spécial de responsabilité financière

Ce service a pour objet la perception des cotisations pour le fonds spécial de réserve légal « responsabilité financière » prévu à l'article 199 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Section 4. Services administratifs

Article 115. Centre administratif

Le centre administratif (code de classification O.C.M. : 98/1), distinct de la caisse administrative 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 obligatoire soins de santé et indemnités 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 présentera un résultat égal à zéro.

Article 116. Caisse administrative

La caisse administrative (code de classification O.C.M. : 98/2), distincte du centre administratif mentionné à l'article précédent, 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 du 14 juillet 1994, et ce au moyen, notamment, de 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.

Sont également imputés à ce service les produits et charges déterminés par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Section 5. Subventionnement de structures socio-sanitaires

Article 117. Subventionnement de la Fédération des Centres de Services à Domicile

La Mutualité subventionne directement et a conclu un contrat de collaboration avec la structure socio-sanitaire suivante :

A.s.b.l. Fédération des Centres de Services à Domicile (BCE 0448.378.342)

Le but de l'association est de constituer pour ses membres un centre qui coordonne et leur fournit un ensemble de services leur permettant de gérer leurs activités et de répondre aux besoins des bénéficiaires qui souhaitent être accompagnées dans leur vie quotidienne et être soignées.

Dans ce but, elle a pour objet :

a) la réunion et la promotion de l'action des centrales de services à domicile organisées ou agréées par une mutualité affiliée à l'Union nationale des mutualités socialistes (U.N.M.S.) et/ou l'a.s.b.l. SORALIA et de celles des services associés faisant partie de l'association ;

b) la représentation des membres auprès des pouvoirs publics en vue de défendre leurs intérêts et l'intérêt du secteur de l'aide et des soins à domicile ;

c) l'organisation d'achats groupés ;

d) l'information, l'accompagnement et la formation continue des responsables et des travailleurs des différents services ;

e) la réalisation d'études, de publications, de guides et d'outils à destination des responsables et des travailleurs des services-membres ;

f) l'accompagnement dans le développement et l'implémentation de programmes, d'applications et de logiciels informatiques à destination des services-membres en vue de leur permettre d'exercer leurs activités d'aide et de soins aux personnes.

La Fédération des CSD pourra participer par tous les moyens à toute organisation relevant en tout ou en partie des objets énumérés ci-dessus.

Aux fins de réaliser son but social, l'association peut recevoir tous subsides, subventions, donations entre vifs ou legs qui lui seraient accordés par des autorités publiques, des personnes physiques, des personnes morales ou des organisations quelconques sous réserve d'approbation par son conseil d'administration.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette structure durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

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

- La décision du Conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités. par lettre recommandée ;
- Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- Cette décision soit reprise dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale, avec effet rétroactif.

Article 117bis. Subventionnement de la Centrale de Services à Domicile de Mons-Wallonie picarde

La Mutualité subventionne directement et a conclu un contrat de collaboration avec la structure socio-sanitaire suivante :

A.s.b.l. CSD Centrale de Services à Domicile de Mons-Wallonie picarde (BCE 0441.432.845)

L'association a pour but :

1) de développer et de dispenser des soins et services coordonnés à domicile en faveur de toute personne qui en fait la demande et notamment des personnes malades ou convalescentes, des personnes ayant besoin d'aide sociale, familiale, morale et des personnes handicapés, afin de leur permettre d'éviter de recourir à une hospitalisation, de raccourcir celle-ci ou d'éviter un placement prématuré en maison de repos et/ou de soins

2) d'assurer la prise en charge du suivi infirmier après une hospitalisation de jour et l'administration de soins spécialisés à certaines pathologies ;

3) de créer, de participer, de subventionner, de s'intéresser de quelque façon que ce soit à des œuvres, sociétés, associations jouissant ou non de la personnalité civile qui, par leur action dans le domaine social ou de la santé contribuent à la réalisation, sous n'importe quelle forme, d'un des buts poursuivis par la Mutualité Solidaris Mons-Wallonie picarde.

L'association exercera son activité à domicile ou dans les dispensaires qu'elle possédera, tiendra en location ou desservira. Activité qui portera sur les points suivants :

- Dispenser des soins infirmiers ;
- L'aide familiale et aux aînés ;
- L'hygiène individuelle et familiale ;
- L'hygiène de l'habitation ;
- L'hygiène de la femme enceinte et de l'accouchée ;
- La coordination des services proposés en vue du maintien à domicile ;
- Le transport de malades et des personnes à mobilité réduite.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant indirectement ou directement à son but. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son but.

Aux fins de réaliser son but social, elle pourra recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs ou legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques ou des organismes quelconques sous réserve d'approbation par son conseil d'administration et conformément à l'article 16 de la loi du 27 juin 1921 sur les associations sans but lucratif, les associations internationales sans but lucratif et les fondations.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette structure durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

Article 117ter. Subventionnement de la Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris

La Mutualité subventionne directement et a conclu un contrat de collaboration avec la structure socio-sanitaire suivante :

A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile - Réseau Solidaris (BCE 0416.486.425)

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

Elle se propose d'atteindre ce but en réalisant les activités suivantes, constituant son objet, soit en:

- mettant temporairement à la disposition des bénéficiaires définis à l'alinéa 1 des aides familiales, des aides seniors, des infirmières, d'autres personnes ou des services tels que repas à domicile pour les assister ou les remplacer dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou domestiques et ce, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses;
- organisant la formation continuée des aides familiales et des aides seniors, des conférences, éditer des publications et, en général user de tous les moyens d'information et

d'éducation susceptibles de promouvoir la formation et le développement de l'aide 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.

L'association pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à ses buts sociaux. Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

L'association peut devenir membre ou administrateur de personnes morales ayant un but social compatible avec le sien.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette structure durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

Section 6. Collaboration pour le financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires

Article 118. Collaboration avec les tiers - généralités

La Mutualité a conclu des contrats de collaboration avec des a.s.b.l. faitières, qui ont pour objet le financement d'actions collectives et le subventionnement de structures socio-sanitaires qui ont pour but le bienêtre physique, psychologique et social. Ces contrats n'ouvrent pas de droit individuel à une intervention répondant à un évènement incertain et futur. En aucun cas l'entité qui organise l'action collective financée ou la structure subventionnée n'accorderont aux membres de la Mutualité des avantages particuliers qu'elles n'accorderaient pas aussi aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité qui organise l'action collective ou à la structure subventionnée.

Chaque membre de la Mutualité peut recevoir, sur simple demande, toute information sur l'application des collaborations qui ont été conclues dans le cadre du subventionnement des structures socio-sanitaires ou du financement d'actions collectives, les budgets et les comptes annuels, ainsi que le rapport du·de la réviseur·e chargé·e du contrôle des a.s.b.l. faitières.

L'Assemblée générale détermine quel est le montant maximal qu'il est prévu de transférer annuellement à chaque a.s.b.l. faitière. Ces montants, ainsi que les montants effectivement versés pour chaque action collective financée et à chaque structure subventionnée lors de l'année précédente, sont mentionnés dans une annexe aux statuts.

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

- La décision du Conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités. par lettre recommandée ;
- Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de la décision ;
- Cette décision soit reprise dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale, avec effet rétroactif.

Comme prévu par l'article 58, les Comités spécialisés territoriaux se sont vus déléguer la partie de la cotisation relative aux services « ni-ni » territoriaux, ainsi que la négociations des contrats de collaboration et des contrats relatifs au subventionnement de structures socio-sanitaires et au financement des actions collectives avec l'entité « Réseau Solidaris territorial ».

Le Conseil d'administration de la mutualité fait, au moins une fois par an, rapport à l'Assemblée générale sur la collaboration avec les tiers, quelle que soit sa forme. Le cas échéant, le Conseil d'administration fait également rapport sur la manière dont ont été utilisés les moyens financiers qui ont été apportés pour la collaboration par la Mutualité.

Article 119. Services patrimoniaux de la Mutualité

La Mutualité a conclu des contrats de collaboration pour la gestion de son patrimoine mobilier et immobilier avec les entités suivantes :

- a.s.b.l. Réseau Solidaris Wallonie, BCE n°0778.845.167;
- a.s.b.l. Actions Arthur Guyaux – Réseau Solidaris (BCE 0420.462.237) ;
- a.s.b.l. Maison de la Solidarité de Mons- Wallonie picarde (B.C.E. 410.188.749) ;
- a.s.b.l. Repos, Joie, Santé et Solidarité (B.C.E. 410.568.138) ;
- fondation privée Solidaris Immo (B.C.E. 0860.501.450) ;
- a.s.b.l. Solidaris Santé de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0409.073.645) ;

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à ces associations durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

Article 120. Collaboration avec l'entité Réseau Solidaris Brabant wallon

La Mutualité a conclu un contrat de collaboration visé à l'article 118 avec l'a.s.b.l. faitière Réseau des Solidarités du Brabant wallon (0739.763.075), pour les services et activités énumérés ci-dessous.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette a.s.b.l. holding durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

I. <u>Le subventionnement de structures socio-sanitaires</u>

Les structures socio-sanitaires financées sont les suivantes :

A.s.b.l. Actions Sociales du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0446.455.564)

L'association a pour but de constituer et de gérer un fonds permettant de créer, de participer, de subventionner, s'intéresser à des œuvres, sociétés, associations qui par leur action dans le domaine social, culturel ou autre, contribuent à la réalisation d'un des buts poursuivis par Solidaris Mutualité – Brabant wallon.

Elle a pour but :

- d'assurer l'exécution de certains avantages sociaux souscrits par Solidaris Mutualité Brabant wallon, à l'égard des membres de son personnel ou des membres du personnel de ses œuvres annexes.

- d'intervenir dans les cas dignes d'intérêt

- de créer des services qui ont pour mission d'accompagner, d'informer, de protéger, d'éduquer les personnes qui rencontrent des difficultés financières,

- d'organiser des actions de préventives afin de permettre aux personnes fragilisées d'adapter leur comportement à leur santé tant physique, psychique que sociale.

Aux fins de réaliser son objet social, elle pourra recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs et legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques ou des organisations quelconques sous réserve d'approbation par son Conseil d'Administration.

Elle pourra acquérir, vendre, exploiter, prêter, concéder, louer ou donner en location tout bien meuble ou immeuble nécessaire à la réalisation de son objet.

A.s.b.l. Association Socialiste de la Personne Handicapée – Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0443.437.478)

I. L'association a pour but de constituer et de gérer un fonds permettant :

1. de promouvoir le bienêtre du handicapé par son intégration optimale dans la société et ce, tant sur le plan individuel que collectif ;

de déployer dans le secteur médicosocial des activités et créer ou faire créer, gérer ou faire gérer des institutions ou services utiles à cette intégration ;

2. d'encourager les activités socioculturelles en faveur des handicapés en vue de leur développement humain :

- par la présentation de programmes de formation ;
- par la publication de documentation formative et éducative en vue d'aider à la valorisation des adhérents
- par l'organisation de cours en vue de former le personnel nécessaire à la réalisation de ces objectifs socioculturels ; par l'aide aux initiatives locales dans le cadre de la promotion sociale.

3. de créer, de participer, de subventionner, de s'intéresser de quelque façon que ce soit 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 à la réalisation sous n'importe quelle forme, d'un des buts poursuivis par Solidaris Mutualité Brabant wallon.

4. de contribuer à la formation intellectuelle, artistique, morale, sociale, philosophique et physique des affiliés et, à cet effet, de mettre tout en œuvre par tous les moyens pour contribuer à la réalisation de ces objectifs.

5. de créer, de participer, de s'intéresser et ou améliorer tant en Belgique qu'à l'étranger

- des vacances pour adultes handicapé(e)s, en ce compris les pensionné(e)s et veuves handicapé(e)s, les invalides et leurs familles
- toutes autres activités éducatives, culturelles et sportives ;
- des loisirs et des divertissements divers.

6. l'achat, la vente, la construction, la location de biens meubles et immeubles destinés à permettre à l'association d'exercer les activités visés aux paragraphes précités ou dans la participation à l'achat, la vente et la construction d'immeubles par des sociétés mutualistes poursuivant la réalisation des buts précités ci-avant.

II.- Aux fins de réaliser son objet social, l'association pourra :

1. posséder, soit en jouissance, soit en propriété, une propriété ou usufruit, usage ou habitation, emphytéose, superficie, tous biens meubles et immeubles ;

2. recevoir toutes libéralités, telles que donations, legs, subsides, qui lui seront consentis par des personnes physiques ou morales et acceptées par le Conseil d'Administration, conformément aux dispositions de l'article 16 de la loi du vingt-sept juin mil neuf cent vingt et un, accordant la personnalité civile aux associations sans but lucratif et aux établissements d'utilité publique, modifiée par la loi du seize mars mil neuf cent soixante-deux ;

3. conclure des contrats collectifs avec des firmes ou organisations afin d'en faire bénéficier ses membres en règle avec toutes les dispositions légales existantes ou futures, d'ordre social et de droit civil ;

4. créer des services en vue d'aider ses membres à remplir leurs obligations en matière de législation sociale ou fiscale et la défense de leurs intérêts sociaux et fiscaux ;

5. en vue de bénéficier du régime de faveur en matière de taxe sur les divertissements public, conformément aux dispositions de l'article 2 de la loi du 28 février 1920 et de l'arrêté royal du 4 janvier 1922, l'association s'engage à utiliser intégralement le produit des recettes afférentes aux spectacles, fêtes et activités diverses organisés sous son patronage, sous seule déduction des frais normaux et d'une subvention indispensable à l'existence des œuvres et sociétés qui prêteront leur concours, à réaliser le but social repris à l'article 3.

A.s.b.l. Latitude Jeunes – Régionale du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0443.128.068)

L'association a pour but de contribuer à la promotion et à l'éducation du bienêtre physique et social des jeunes en rapport à leur cadre de vie et à leur environnement.

De favoriser chez ces derniers la construction d'une citoyenneté responsable, active, critique et solidaire par la prise de connaissance et de conscience des réalités de la société et par le développement d'attitudes responsables et participatives.

Pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée, l'association assure les services administratifs, pédagogiques et de représentation nécessaires au bon fonctionnement et met en place toute initiative qu'elle juge utile.

Elle poursuit la réalisation de ce but envers son public (jeunes jusqu'à 25 ans accomplis) par tous moyens et notamment, sans que cette énumération soit limitative, par l'organisation de séjours de vacances, d'activités culturelles, de loisirs, de sécurité routière, de formations d'animateurs et de coordinateurs, de soutien à l'apprentissage scolaire, d'animations liées à la lutte contre la fracture numérique, ..

A.s.b.l. Femmes Prévoyantes Socialistes du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0435.445.569)

L'association a pour but la promotion de la femme et de la famille, leur bien- être physique et moral, social et familial. Dans cette optique, l'association organisera ou encouragera toutes activités sociales, socioculturelles, éducatives et politiques pouvant contribuer à la réalisation de ces objectifs ; toutes actions, animations et formations d'éducation permanente.

L'association a également pour but :

- la propagande pour le développement du mouvement mutualiste féminin ;
- l'étude et la création d'avantages et services mutualistes ;
- le développement d'une politique, d'activités, d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle peut effectuer tous actes se rapportant directement ou indirectement à son but social, notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire.

A.s.b.l. Vakantiecentrum - La Rose des Sables - Solidaris-netwerk (BCE 0406.650.328), appelée historiquement « Centre Henri Delor »

L'association a pour but désintéressé de permettre l'accès à tous à des séjours de vacances à tarif accessible.

L'association a également pour but de favoriser l'organisation de séjours (vacances individuelles et collectives, vacances enfantines, classes de mer, séjours sportifs, séjours culturels, séjours professionnels, etc. la liste étant non exhaustive), de tisser des liens intergénérationnels et solidaires, de faciliter l'accès aux séjours aux personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap.

Afin de réaliser ce but désintéressé, l'association a pour objet la gestion ou la création d'établissement destiné à héberger prioritairement pendant les vacances, à la mer, les enfants et adolescents de condition modeste.

L'association peut également héberger d'autres publics tels que des :

- Personnes et/ou groupes de personnes ;
- Séminaires d'entreprises ;
- Collectivités tant publiques que privées.

Outre l'hébergement décrit ci-dessus, l'association a également pour objet :

- La restauration, tant de personnes hébergées que de clients extérieurs, sur place ou à emporter (service traiteur);
- La location de salles de réunions et/ou l'organisation d'évènements ;
- La mise à disposition de la plaine de jeux à des groupes ou associations, en lien ou non avec Solidaris.

Afin de réaliser son but social, l'association peut recourir aux méthodes commerciales usuelles du secteur hôtelier telles que le recours à la publicité, aux plateformes de réservation en ligne, au ciblage de la clientèle, à une adaptation de ses tarifs, etc. Cette liste est exemplative et non exhaustive.

L'association a le droit de posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tous immeubles et terrains nécessaires à la réalisation de son but social.

Dans le cadre de son but social, l'association pourra recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs et legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques ou des organismes quelconques, sous réserve d'approbation de son conseil d'administration.

Au surplus, l'association a la faculté de prêter tous concours et de s'intéresser de toutes manières à toutes sociétés ayant un objet identique ou analogue au sien, notamment en mettant des locaux à leur disposition.

La société pourra également devenir membre d'une autre association.

A.s.b.l. La Centrale de Services à Domicile du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0445.335.908)

L'association a pour buts :

A. de créer un service d'aide aux familles et aux ainés et de mettre temporairement et sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des aides familiales et des aides ménagères à la disposition des familles et des personnes isolées qui en font la demande pour les assister ou les remplacer dans l'accomplissement de leurs tâches familiales et dans les travaux ménagers.

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

C. de créer des services permettant à des enfants ou à des adultes porteurs de handicap de bénéficier d'une présence spécifique et professionnelle à domicile pouvant ainsi offrir aux aidants proches la possibilité de se ressourcer en toute quiétude.

D. de promouvoir une politique d'intégration sociale au travers de l'insertion socio-professionnelle.

E. de déployer dans le secteur socio-sanitaire des activités et créer ou faire créer, gérer ou faire gérer des institutions ou services utiles au maintien à domicile des personnes qui le souhaitent.

Pour ce faire, l'A.S.B.L. organise notamment :

- un service d'aides familiales et d'aides ménagères
- un service, gratuit, de coordination
- un service de gardes à domicile qui organise des prises en charge 24h/24, ainsi que du répit
- un service de location et de vente de matériel médical et sanitaire disponible en magasin ou en livraison à domicile
- des services de soins à domicile (infirmier, kinésithérapie, pédicurie, etc)
- un service de gardes d'enfant (de parent) malade
- un service de petits travaux d'entretien, de réparation et d'aménagement de l'habitat et d'entretien des espaces verts
- un service de télévigilance
- un service de transport social

Cette liste est non exhaustive et peut évoluer en fonction de l'adéquation entre l'offre et les besoins de la population.

Pour réaliser ses objectifs, l'association peut recevoir toute aide ou contribution matérielle ou financière, d'institutions et personnes publiques ou privées. Les fonds et matériels ainsi récoltés doivent servir exclusivement aux objectifs non lucratifs de l'association.

Elle peut posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tout bien meuble ou immeuble nécessaire à la réalisation de son objet, lequel sera réalisé notamment :

- En mettant en place les structures adéquates pour coordonner et optimaliser les prestations des divers intervenants auprès des personnes susvisées ;

- En concluant toute convention utile avec des services, associations ou personnes susceptibles d'apporter leur concours à la réalisation de son objet ;
- En organisant l'information des utilisateurs potentiels sur les possibilités du centre ;
- En favorisant les contact et les échanges entre partenaires à la santé au sens large ;
- En créant ou en suscitant la mise en place de tout service pouvant parfaire les possibilités de maintien à domicile des personnes susvisées.

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

A.s.b.l. Centre de Planning Familial Rosa Guilmot – Réseau Solidaris (BCE 0451.830.255)

L'association a pour but de centrer ses moyens d'action sur le développement de la contraception, la maternité consciente, l'épanouissement de la vie sexuelle et affective et la parenté responsable, par tous les moyens utiles, dont l'information, la réflexion approfondie et l'action.

Elle a également pour but de mettre en œuvre dans les domaines repris ci-dessus une politique progressiste et généralement toutes actions permettant entre autres l'accueil des femmes en difficulté.

L'association suscitera et pourra assurer son concours à toute initiative similaire aux buts qu'elle poursuit. Elle pourra aussi participer par tous moyens à toute organisation poursuivant les buts qu'elle poursuit ou s'y rattachant directement ou indirectement.

Elle peut poser tous actes se rapportant directement ou indirectement à son but : prêter son concours et s'intéresser à toutes activités similaires, posséder en propriétés ou autrement tout immeuble, faire toute opération financière ou autre, ceci sans préjudice de l'article 15 de la loi du 27 juin 1921.

Un règlement d'ordre intérieur pourra préciser, si nécessaire, les moyens pour atteindre les buts ci-dessus décrits.

A.s.b.l. Mobilité en Brabant wallon (BCE 0867.868.007)

L'association a pour but d'organiser la mise en œuvre et la réalisation de tous projets facilitant le déplacement des personnes à mobilité réduite ou en perte d'autonomie dans l'ensemble de la province du Brabant wallon, ainsi que la sensibilisation de l'opinion publique de ce problème.

De manière générale, l'association peut utiliser tous les moyens qui contribuent directement ou indirectement, à la réalisation de l'objet.

En exécution de ce qui est stipulé ci-dessus, l'association peut, notamment acquérir, louer ou donner en location toutes propriétés ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son objet.

Dans le cadre de la réalisation de son objet, l'association peut même poser des actes commerciaux.

Article 121. Collaboration avec l'a.s.b.l. Réseau Solidaris Mons-Wallonie picarde

La Mutualité a conclu un contrat de collaboration visé à l'article 118 avec l'a.s.b.l. faitière Réseau Solidaris de Mons-Wallonie picarde, BCE n° 0764.720.977, pour les services et activités énumérés ci-dessous.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette a.s.b.l. holding durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

I. <u>Le subventionnement de structures socio-sanitaires</u>

Les structures socio-sanitaires financées sont les suivantes :

A.s.b.l. Solsoc (B.C.E. 432.624.255)

L'association a pour buts de :

a) réfléchir et agir en vue de construire des alternatives solidaires, politiques, sociales et économiques, viables et durables à la mondialisation du modèle de compétition économique, en renforçant les mouvements sociaux, en partenariat avec les organisations qui représentent et font entendre les voix des populations les plus vulnérables, privées de leurs droits au Sud et au Nord ;

b) mettre en œuvre des interventions (actions, projets et programmes) en faveur du respect des droits humains, de la paix entre les peuples, et de la réduction des inégalités sociales, économiques, environnementales et de genre.

c) mettre en œuvre avec des organisations sociales locales partenaires dans les pays d'intervention, des programmes et projets de coopération au développement qui luttent contre les exclusions, améliorent l'accès aux services sociaux de base et au travail décent (cf. définition de l'OIT) et plus largement aux droits humains dans toutes leurs dimensions.

d) interpeler en Belgique, les décideur·euse·s politiques, sensibiliser et mobiliser la base sociale de l'action commune socialiste et plus largement l'opinion publique de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française) autour des enjeux liés aux programmes, projets et interventions.

A.s.b.l. Centres de Planning Familial Soralia Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 442.852.708)

L'association a pour but (d') :

- assurer l'éducation et l'information des adultes et des jeunes dans le domaine de la vie relationnelle, affective et de la parenté responsable ;
- organiser des consultations sociales, médicales, psychologiques et juridiques afin d'aider les personnes en questionnement ou en difficulté dans leur vie relationnelle, affective et sexuelle ;
- assurer l'accompagnement de l'exercice du droit aux relations personnelles dans des situations où celui-ci est interrompu, difficile ou conflictuel afin de contribuer à créer ou à restaurer la relation entre l'enfant et le parent avec lequel il ne vit pas.

A.s.b.l. Latitude Jeunes de Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 446.632.342)

L'association a pour but l'organisation d'activités éducatives, culturelles et de loisirs pour jeunes et enfants, développées dans le cadre de l'organisation de jeunesse Latitude Jeunes. Elle contribue par ses actions à la promotion du bienêtre psychique, physique et social des enfants et des jeunes et au développement de leur autonomie, de leur sens critique, de la solidarité et des responsabilités, en rapport avec leur cadre de vie et leur environnement, ainsi qu'à la prévention des accidents.

A.s.b.l. Enfance Solidaris (B.C.E. 460.419.903)

L'association a pour but l'organisation d'activités d'accueil et de garde de l'enfant de 0 à 12 ans et plus. Elle contribue par ses actions à la promotion du bienêtre psychique, physique et social des enfants et des adolescents, en rapport avec l'environnement dans lequel ils évoluent, et au développement de relations égalitaires.

A.s.b.l. Soralia Wallonie picarde (B.C.E. 446.632.441)

L'association développe son action dans le cadre du mouvement Soralia , une organisation féministe de gauche, laïque et progressiste, active dans le domaine de la santé, regroupant des femmes et des hommes soucieux de participer à l'évolution de la société vers plus d'égalité, qui mène des actions et milite pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité…

L'association a pour but :

1° de susciter chez l'adulte la prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie de la « cité », des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation, notamment dans le sens du Décret du 17/07/2003 portant sur le soutien à l'action associative dans le champ de l'éducation permanente ;

2° la promotion de la santé, tant physique que psychique, morale et sociale de la femme et de la famille en s'inscrivant dans un processus de changement de société.

Pour réaliser ce qui précède, l'association développe des actions d'animation socioculturelle, de formation, d'information, d'éducation et de prévention.

A.s.b.l. Soralia Mons-Borinage (B.C.E. 445.141.017)

L'association développe son action dans le cadre du mouvement Soralia, une organisation féministe de gauche, laïque et progressiste, active dans le domaine de la santé, regroupant des femmes et des hommes soucieux de participer à l'évolution de la société vers plus d'égalité, qui mène des actions et milite pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité.

L'association a pour but de :

1° Susciter chez l'adulte la prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie de la « cité », des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation, notamment dans le sens du Décret du 17/07/2003 portant sur le soutien à l'action associative dans le champ de l'éducation permanente.

2° La promotion de la santé, tant physique que psychique, morale et sociale de la femme et de la famille en s'inscrivant dans un processus de changement de société.

Pour réaliser ce qui précède, l'association développe des actions d'animation socioculturelle, de formation, d'information, d'éducation et de prévention.

A.s.b.l. Le Lys Rouge (B.C.E. 401.144.092).

L'association a pour but la gestion du centre dénommé « Le Lys Rouge », rue des Parnassiens à Coxyde, en vue d'organiser des vacances sociales pour les enfants et les jeunes, les personnes du troisième âge, les personnes handicapées et les familles, membres ou bénéficiaires de la Mutualité Solidaris -Wallonie. Elle contribue par ses actions à la promotion du bien-être psychique, physique et social.

Toutefois, aucun avantage n'est octroyé aux membres de la mutualité Solidaris pour l'A.S.B.L. Le Lys Rouge en contrepartie du subventionnement octroyé. Les conditions de logement et de restauration sont identiques pour tous les clients du Lys Rouge. Toute personne peut s'adresser à cette association (membre et non membre) et bénéficie des mêmes conditions et tarifs. Aucune distinction ou avantage pour des clients particuliers, notamment des membres de la mutualité Solidaris.

A.s.b.l. ESENCA Mons-Wallonie picarde (872.795.112)

L'association a pour but de favoriser et de développer auprès des personnes :handicapées, atteintes de maladies graves ou chroniques considérées comme handicapantes ou invalidantes, invalides, quels que soient leur handicap, leur maladie et leur âge ainsi qu'auprès de leurs parents, leurs proches et, bénévoles et/ou professionnels qui les entourent :

- une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société ;
- des attitudes de responsabilité, de citoyenneté, d'émancipation, de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique ;
- des capacités d'analyse, de réflexion, de choix d'action et d'évaluation ;
- la promotion du bien-être par leur intégration optimale dans la société et ce tant sur le plan collectif qu'individuel.

L'association a également comme but de promouvoir auprès de ce public des actions d'information, d'éducation et de prévention tant dans le domaine du handicap, de la santé que des droits relatifs aux personnes handicapées ou atteintes de maladies graves ou chroniques.

Par ses actions, l'association contribue à la promotion du bien-être psychique, physique et social des participants qu'elle rencontre.

L'association s'inscrit également dans une démarche de défense des Droits de l'Homme et plus particulièrement des droits relatifs spécifiquement aux Personnes Handicapées ainsi que de lutte contre la discrimination lorsque les personnes handicapées ou atteintes de maladies graves ou chroniques sont directement ou indirectement concernées.

A.s.b.l. Liages Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 416.934.704)

L'association a pour but de :

1° Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors. Favoriser, promouvoir et développer auprès des seniors et des personnes âgées ainsi qu'auprès de leur famille, de leurs proches, des volontaires et/ou des professionnels qui les entourent :
   - une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société ;
   - des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique ;
   - des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation.

2° Stimuler les initiatives collectives et démocratiques, créer, participer, s'intéresser à des projets, sociétés, associations qui, par leur action dans le domaine social, culturel ou autre, par leur but, leurs activités socio-culturelles en vue du développement personnel et social des seniors.

3° Promouvoir la participation active et l'intégration sociale des seniors par l'éducation permanente.

4° Favoriser le développement des activités socioculturelles par :
   - la présentation de programmes de formation ;
   - la publication de documentation formative et éducative en vue contribuer à la valorisation des adhérents ;
   - l'organisation de cours en vue de former le personnel nécessaire à la réalisation de ces objectifs socio-culturels ;

5° Promouvoir le volontariat, dans des fonctions qui ne sont pas remplies autrement, par information, la formation et l'encadrement.

Par ses actions, l'association contribue à la promotion du bien-être psychique, physique et social des personnes qu'elle rencontre.

A.s.b.l. Les Jours Paisibles (B.C.E. 429.751.768).

L'association a pour but l'hébergement de personnes âgées, semi-valides ou invalides afin de leur procurer tous les soins indispensables pour leur donner une qualité de vie agréable.

Il sera assuré à tout pensionnaire :

a) Le gite et le chauffage ;

b) La nourriture ;

c) L'entretien des locaux, du linge et de la lingerie ;

d) Les soins médicaux et pharmaceutiques ;

e) Les soins d'hygiène et de santé ;

f) Les animations particulières.

Peuvent également être hébergées, toutes personnes adultes pour lesquelles il est établi médicalement qu'elles doivent être, malgré leur âge, considérées au même titre que des personnes âgées, mais ce, en dehors de toute affection contagieuse ou nécessitant une hospitalisation dans un établissement spécialisé.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant indirectement ou directement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

A.s.b.l. Centrale de services à domicile de Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 441.432.845)

L'association a pour but :

1) de développer et de dispenser des soins et services coordonnés à domicile en faveur de toute personne qui en fait la demande et notamment des personnes malades ou convalescentes, des personnes ayant besoin d'aide sociale, familiale, morale et des personnes handicapés, afin de leur permettre d'éviter de recourir à une hospitalisation, de raccourcir celle-ci ou d'éviter un placement prématuré en maison de repos et/ou de soins

2) d'assurer la prise en charge du suivi infirmier après une hospitalisation de jour et l'administration de soins spécialisés à certaines pathologies ;

3) de créer, de participer, de subventionner, de s'intéresser de quelque façon que ce soit à des œuvres, sociétés, associations jouissant ou non de la personnalité civile qui, par leur action dans le domaine social ou de la santé contribuent à la réalisation, sous n'importe quelle forme, d'un des buts poursuivis par la Mutualité Solidaris Mons-Wallonie picarde.

L'association exercera son activité à domicile ou dans les dispensaires qu'elle possèdera, tiendra en location ou desservira. Activité qui portera sur les points suivants :

- Dispenser des soins infirmiers ;
- L'aide familiale et aux ainés ;
- L'hygiène individuelle et familiale ;
- L'hygiène infantile ;
- L'hygiène de l'habitation ;
- L'hygiène de la femme enceinte et de l'accouchée ;
- La coordination des services proposés en vue du maintien à domicile ;
- Le transport des malades et des personnes à mobilité réduite.

A.s.b.l. Déclic Emploi – Centre d'insertion socio-professionnelle Soralia de Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 0449.489.090)

L'association a pour but de promouvoir et de développer des projets ayant pour objet des activités durables d'insertion socio-professionnelle. Elle contribue par ses actions à la promotion du bien-être psychique, physique et social des participants qu'elle rencontre

Prioritairement, l'association se consacre :

- à l'aide à l'insertion socio-professionnelle par l'alphabétisation ;
- à l'accueil et à la réadaptation professionnelle de demandeurs d'emploi insuffisamment formés ;
- à l'information sur les formations et l'emploi ;
- à la formation continuée des formateurs en vue des actions visées dans les présents statuts.

A.s.b.l. Service d'Aide aux Familles et Seniors du Borinage (B.C.E. 0410.482.917)

L'association a pour but désintéressé le maintien à domicile et la formation.
Afin de réaliser ce but désintéressé, l'association a pour objet les activités qui suivent, tant en Belgique qu'à l'étranger, pour compte propre ou compte de ses membres :

En ce qui concerne son département « SAFA – Service d'Aide aux Familles et aux Aînés » :
- Favoriser et prôner, dans les limites de sécurité, le maintien à domicile des publics fragilisés, en perte d'autonomie ou en difficulté de vie.
- Organiser un service d'aide pour les familles, les personnes âgées, porteuses d'un handicap ou malades…

Elle se propose d'atteindre ce but en :
- Mettant temporairement à la disposition des bénficaires, définis à l'allinéa 2, des professionnels de l'aide à domicile (aide familiale, aide-ménagère sociale, garde à domicile…)
- Proposant d'autres services tels que les repas à domicile, la télévigilance, le prêt de matériel médicalisé, l'ergothérapie ou toute autre activité qui a pour objectif le maintien à domicile.
- Organisant la formation continue des professionnels de l'aide à domicile.
- Assurant l'encadrement des équipes de terrain.
- Editant des publications.

En ce qui concerne son département de formation :
- Contribuer à l'épanouissement, l'autonomie et l'intégration sociale et/ou professionnelle de personnes adultes faiblement scolarisées, demandeuses d'emploi, étrangères ou d'origine étrangère, en besoin d'orientation, de guidance, de formation, de développement des compétences…

- Œuvrer en synergie avec les différents opérateurs de la formation ou de l'emploi.

Elle se propose d'atteindre ce but en :

- Délivrant des formations (principalement de groupe) qui mettent en œuvre une pédagogie destinée aux adultes et s'appuyant sur différentes méthodologies telles que l'apprentissage en spirale, le développement des compétences transversales, la co-constitution de savoirs…
- Développant et validant des pédagogies, des outils adaptés aux publics et aux nouvelles technologies.
- Orientant vers une formation qualifiante et/ou aidant à la recherche d'emploi les personnes en reconversion professionnelle.
- Répondant à tout appel à projet permettant la mise en place et le suivi d'action qui facilitent le parcours formatif et/ou professionnel de son public.
- Organisant et animant des formations en entreprise notamment en matière d'attitudes au travail, de résolution de conflits, de communication.

Article 122. Collaboration avec l'entité Réseau Solidaris Centre, Charleroi et Soignies

La Mutualité a conclu un contrat de collaboration visé à l'article 118 avec l'a.s.b.l. faitière Réseau Solidaris Centre, Charleroi et Soignies, BCE n° 414.083.102, pour les services et activités énumérées ci-dessous.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette a.s.b.l. holding durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

I. Le subventionnement de structures socio-sanitaires

Les structures socio-sanitaires financées sont les suivantes :

A.s.b.l. SOLSOC (B.C.E. 432.624.255)

L'association a pour but de:

- Réfléchir et agir en vue de construire des alternatives solidaires, politiques, sociales et économiques viables et durables à la mondialisation du modèle de compétition économique, en renforçant les mouvements sociaux, en partenariat avec les organisations qui représentent et font entendre les voix des populations les plus vulnérables, privées de leurs droits au Sud et au Nord.
- Mettre en œuvre des interventions (actions projets et programmes) en faveur du respect des droits humains, de la paix entre les peuples et de la réduction des inégalités sociales, économiques, environnementales et de genre.
- Mettre en œuvre avec des organisations sociales locales partenaires dans les pays d'intervention, des programmes et projets de coopération au développement qui luttent contre les exclusions, améliorent l'accès aux services sociaux de base et au travail décent (cf. définition de l'OIT) et plus largement aux droits humains dans toutes leurs dimensions.

Interpeler en Belgique les décideurs politiques, sensibiliser et mobiliser la base sociale de l'action commune socialiste et plus largement l'opinion publique de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française) autour des enjeux liés aux programmes, projets et interventions.

A.s.b.l. Soralia Charleroi (B.C.E 421.911.792)

L'association a pour but désintéressé de développer son action dans le cadre du mouvement Soralia, une organisation féministe de gauche, laïque et progressiste, active dans le domaine de la santé, regroupant des femmes et des hommes soucieux de participer à l'évolution de la société vers plus d'égalité, qui mène des actions et milite pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité.

L'association a pour but :

- de susciter chez l'adulte la prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie de la « cité », des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation, notamment dans le sens du Décret du 17/07/2003 portant sur le soutien à l'action associative dans le champ de l'éducation permanente ;
- la promotion de la santé, tant physique que psychique, morale et sociale de la femme et de la famille en s'inscrivant dans un processus de changement de société.

L'association aura notamment pour objet de développer des actions d'animation socioculturelle, de formation, d'information, d'éducation et de prévention.

Cette Asbl subventionne, dans les mêmes conditions que celles décrites à l'article 118, les structures socio-sanitaires suivantes :

- *A.s.b.l. Centre de planning familial Soralia Centre, Charleroi et Soignies (BCE 415.359.047)*

§ 1. L'association a pour but désintéressé de contribuer à l'optimisation de la santé et à l'épanouissement social en abordant les aspects de la vie affective, relationnelle et sexuelle dans une approche pluridisciplinaire.

§ 2. L'association aura notamment pour objet :

Elle se propose d'atteindre ses buts en réalisant les activités principales suivantes :
- l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle ;
- la promotion de la contraception et l'amélioration de son accessibilité ;
- la prévention des grossesses non souhaitées et l'accès à l'avortement visé par la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;
- la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles ;
- l'aide et l'accompagnement des personnes en lien avec leur vie affective, relationnelle et sexuelle ;
- la prévention des violences exercées au sein de couples et, le cas échéant, leur prise en charge sans préjudice des compétences des organismes intervenant en la matière;
- l'information au public sur les notions de droit familial ;
- l'organisation des animations liées aux missions définies ci-avant ;
- l'information et la sensibilisation des professionnels en lien avec la vie affective, relationnelle et sexuelle ;
- la prise en charge psycho-médico-sociale des interruptions volontaires de grossesse ;
- la prise en charge de toute situation de harcèlement des jeunes (scolaire ou autre) ;
- le soutien psychothérapeutique proposé aux enfants et parents concernés par le harcèlement ;
- l'accompagnement des écoles : formation, supervision et pratique encadrée ;
- la formation des professionnels.

- *A.s.b.l. Soralia Centre et Soignies (BCE 435 109 831)*

L'association a pour but désintéressé de développer son action dans le cadre du mouvement Soralia, une organisation féministe de gauche, laïque et progressiste, active dans le domaine de la santé, regroupant des femmes et des hommes soucieux de participer à l'évolution de la société vers plus d'égalité, qui mène des actions et milite pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité.

L'association a pour but de :
- susciter chez l'adulte la prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie de la « cité », des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation, notamment dans le sens du Décret du 17/07/2003 portant sur le soutien à l'action associative dans le champ de l'éducation permanente ;
- la promotion de la santé, tant physique que psychique, morale et sociale de la femme et de la famille en s'inscrivant dans un processus de changement de société.

L'association aura notamment pour objet de développer des actions d'animation socioculturelle, de formation, d'information, d'éducation et de prévention.

- *A.s.b.l. Latitudes jeunes Centre Charleroi et Soignies (BCE 450.441.472)*

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

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

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

- *Asbl Ecole Soralia Charleroi (BCE 463.508.857)*

  L'association a pour but la création et l'organisation d'enseignements laïques de promotion sociale et de formation continuée.

  Elle reconnaît l'autorité des organes du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles organisant l'enseignement de promotion sociale du réseau libre non confessionnel.

  L'association aura notamment pour objet de dispenser principalement des cours visant à :
  - concourir à l'épanouissement individuel en promouvant une meilleure insertion professionnelle, sociale, culturelle et scolaire ;
  - répondre aux besoins et demandes émanant des entreprises, des administrations, de l'enseignement et d'une manière générale des milieux socio-économiques et culturels.

- *Asbl Animation Culture Jeunesse, Maison de Jeunes de Charleroi et environs – La Broc (BCE 416.392.690)*

  L'association a pour but de créer, à partir de lieux de rencontres principalement ouverts aux jeunes, une animation de culture populaire dans la ville et sa région, de fournir à la jeunesse en vue de sa formation, des activités éducatives, culturelles, sociales et sportives, ainsi que de susciter la création de formes de vie collective.

- *Asbl Liages Centre, Charleroi et Soignies (BCE 434.347.786)*

  L'association a pour but désintéressé de :
  - contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors. Favoriser, promouvoir et développer auprès des seniors et des personnes âgées ainsi qu'auprès de leur famille, de leurs proches, des volontaires et/ou des professionnels qui les entourent :
    - Une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société ;
    - Des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique ;
    - Des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation.
  - stimuler les initiatives collectives et démocratiques, créer, participer, s'intéresser à des projets, sociétés, associations qui, par leur action dans le domaine social, culturel ou autre, par leur but, leurs activités socio-culturelles en vue du développement personnel et social des seniors ;
  - promouvoir la participation active et l'intégration sociale des seniors par l'éducation permanente ;
  - favoriser le développement des activités socioculturelles ;

- favoriser le bien-être, l'épanouissement et la santé des seniors et combattre ses discriminations dont ils peuvent être l'objet.

Par ses actions, l'association contribue à la promotion du bien-être psychique, physique et social des personnes qu'elle rencontre.

Elle se propose d'atteindre ses buts en réalisant les activités principales suivantes :
- l'organisation d'animations, de voyages, d'excursions, d'activités de délassement et de loisirs ;
- l'organisation d'activités favorisant un passage harmonieux entre la vie active et la retraite ;
- la publication de documentation formative et éducative ;
- l'organisation d'actions de développement ;
- l'organisation d'activités physique et de bien-être.

- *Asbl Esenca Centre, Charleroi et Soignies (BCE 434.346.402)*

§ 1er. L'association a pour but désintéressé de favoriser et de développer auprès des personnes handicapées, atteintes de maladies graves ou chroniques considérées comme handicapantes ou invalidantes, invalides quel que soit leur handicap, leur maladie et leur âge ainsi qu'auprès de leurs parents, leurs proches et des bénévoles et/ou professionnels qui les entourent :
- une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société ;
- des attitudes de responsabilité, de citoyenneté, d'émancipation, de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique ;
- des capacités d'analyse, de réflexion, de choix d'action et d'évaluation ;
- la promotion du bien-être par leur intégration optimale dans la société et ce, tant sur le plan collectif qu'individuel.

L'association a également comme but de promouvoir auprès de ce public des actions d'information, d'éducation et de prévention tant dans le domaine du handicap, de la santé que des droits relatifs aux personnes handicapées ou atteintes de maladies graves ou chroniques.

Par ses actions, l'association contribue à la promotion du bien-être psychique, physique et social des participants qu'elle rencontre.

L'association s'inscrit également dans une démarche de défense des Droits de l'Homme et plus particulièrement des droits relatifs spécifiquement aux Personnes Handicapées ainsi que de lutte contre la discrimination lorsque les personnes handicapées ou atteintes de maladies graves ou chroniques sont directement ou indirectement concernées.

§ 2. L'association aura notamment pour objet de développer une politique d'actions, d'animation socio-culturelle et de formation ainsi que la promotion socio-culturelle des personnes handicapées ou atteintes de maladies graves ou chroniques quel que soit leur handicap, leur maladie et leur âge, de leurs parents, de leurs proches et des volontaires et/ou des professionnels qui les entourent, dans le sens le plus large du terme.

Elle se propose d'atteindre ses buts en réalisant les activités principales suivantes :
- l'organisation d'animations, de voyages, d'excursions, d'activités de délassement et de loisir ;
- La publication de documentation formative et d'éducation ;
- L'organisation d'activités physiques et de bien-être ;
- L'aide des initiatives locales.

- *Asbl Maison des Jeunes de Roux (BCE 716.932.641)*

L'association a pour but :
- de créer et de gérer une Maison des Jeunes;
- de favoriser le développement d'une citoyenneté critique, active et responsable, principalement chez les jeunes de 12 à 26 ans 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;

- de contribuer à la promotion du bien-être physique, psychique et social des jeunes.
- d'organiser avec et pour les jeunes des activités culturelles, sportives et de loisirs.

- *A.s.b.l Centre de référence et d'intervention harcèlement (BCE 1015 .090.944)*

L'association a pour but désintéressé de garantir l'épanouissement culturel, social et familial en luttant contre le harcèlement et toutes les formes de difficulté relationnelles qui peuvent être cause de souffrance pour des enfants et/ou leur entourage (famille, amis, etc).

L'association a notamment pour objet :
- d'intervenir dans toute situation de difficulté relationnelle majeure à la demande d'un jeune, d'un parent, d'un établissement scolaire ou d'un service tiers.
- de proposer à tout parent, adolescent, enfant ou professionnel une aide psycho-socio-juridique adaptée à la situation dans laquelle il/elle est impliqué.
- d'accompagner les écoles dans la mise en place de processus visant à mieux prévenir, détecter et gérer les situations de difficultés relationnelle (harcèlement, conflit, etc).
- d'assurer des actions de sensibilisation autour des questions de difficulté relationnelles.
- de former et soutenir les professionnels qui sont mis en difficulté par des situations de souffrance relationnelle chez les mineurs.

A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile du Centre et de Soignies (B.C.E. 442.146.190)

L'association a pour but de permettre le maintien à domicile et d'améliorer la qualité de vie des bénéficiaires. Pour atteindre ce but, l'association a pour objet :

1) de favoriser les contacts et les échanges entre partenaires de la santé au sens large;

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

- de coordonner les soins et services à domicile ;
- de produire des prestations sociales et sanitaires à caractère préventif, curatif ou palliatif à domicile pour une meilleure qualité de vie ;
- d'organiser et d'assurer des services et des soins à domicile permettant une prise en charge multidisciplinaire, globale, continue et coordonnée du patient/bénéficiaire adaptée à ses besoins physiques, psychologiques et sociaux mais également ceux de son entourage ;
- de coordonner et organiser autour des personnes, avec leur accord ou celui de leur représentant et en collaboration avec le médecin traitant, l'ensemble des soins et des services nécessaires et permettre une prise en charge continue et une surveillance 24h/24 ;
- d'assurer la gestion de l'interface hôpital/domicile ;
- d'éviter ou de raccourcir le temps d'hébergement en institution des personnes en perte d'autonomie nécessitant des soins et des services ;
- d'organiser l'information des utilisateurs potentiels sur les possibilités de l'association ;
- d'organiser un Service d'Aide aux Familles et aux Personnes Âgées et de mettre des aides familiales, des aides séniors ou des gardes à domicile à la disposition des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité sans faire de distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses ;
- de créer et organiser des services d'aide et d'accompagnement à domicile aux personnes âgées, malades, handicapées et/ou dépendantes ;
- de coordonner des soins et des services à domicile, dispenser aux personnes que la maladie, le handicap, l'âge, l'isolement ou la dépendance privent momentanément ou définitivement de l'autonomie nécessaire pour maintenir ou restaurer leur état de santé ou leurs contacts sociaux dans le cadre de leur domicile ;
- de mettre en place les structures adéquates pour coordonner et optimaliser les prestations des divers intervenants auprès des personnes susvisées ;
- de créer ou de susciter la mise en place de tout service pouvant parfaire les possibilités de maintien à domicile des personnes susvisées ;
- d'organiser l'information des utilisateurs potentiels sur les possibilités de l'association ;
- de favoriser les contacts et les échanges entre partenaires de la santé au sens large ;

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

Cette Asbl subventionne, dans les mêmes conditions que celles décrites à l'article 118, les structures socio-sanitaires suivantes :

A.s.b.l. Mobilité en Hainaut (B.C.E. 479.410.919)

L'association a pour but :

- L'organisation d'un ou plusieurs services de proximité, et notamment la mise en œuvre et la réalisation de tous les projets facilitant le déplacement de personnes à mobilité réduite, principalement dans la province du Hainaut.
- La sensibilisation de l'opinion publique.
- La mise au travail de personnes en rupture d'intégration sociale en leur assurant une formation qualifiante.

Pour atteindre ce but, l'association a pour objet d'organiser le transport adapté des personnes à mobilité réduite ou atteintes d'un handicap qui ne leur permet pas d'utiliser les transports en commun. Sont concernées, les personnes affiliées ou non à Solidaris et qui remplissent une des conditions suivantes de façon temporaire ou permanente :
- ne pas savoir parcourir une distance de 30 m ou monter une marche de 30 cm sans aide humaine ou matérielle ;
- se déplacer à l'aide d'un fauteuil roulant manuel ou électrique ;
- être mal ou non-voyant ;
- être confus et ne pas savoir se repérer dans l'espace.

Asbl CSD du Bassin de Charleroi (BCE 836.262.239)

L'association a pour but de permettre le maintien à domicile et d'améliorer la qualité de vie des bénéficiaires.

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

1) d'organiser un service d'aide aux familles et aux personnes âgées et de mettre temporairement et sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des aides familiales et des aides seniors à la disposition des familles et des personnes isolées qui en font la demande pour les assister ou les remplacer dans l'accomplissement de leurs tâches familiales et dans les travaux ménagers;
2) de créer et organiser des services d'aide et d'accompagnement à domicile aux personnes âgées, malades, handicapées et/ou dépendantes;
3) de coordonner des soins et des services à domicile, dispenser aux personnes que la maladie, le handicap, l'âge, l'isolement ou la dépendance privent momentanément ou définitivement de l'autonomie nécessaire pour maintenir ou restaurer leur état de santé ou leurs contacts sociaux dans le cadre de leur domicile;
4) de mettre en place les structures adéquates pour coordonner et optimaliser les prestations des divers intervenants auprès des personnes susvisées;
5) de créer ou de susciter la mise en place de tout service pouvant parfaire les possibilités de maintien à domicile des personnes susvisées;
6) d'organiser l'information des utilisateurs potentiels sur les possibilités de Charleroi;
7) de favoriser les contacts et les échanges entre partenaires de la santé au sens large;
8) de conclure toute convention utile avec des services, associations ou personnes susceptibles d'apporter leur concours à la réalisation de son projet.

Article 123. Collaboration avec l'entité Réseau territorial Solidaris – Province de Liège

La Mutualité a conclu un contrat de collaboration visé à l'article 118 avec l'a.s.b.l. faitière Réseau territorial Solidaris – Province de Liège, BCE n°768.598.603 pour les services et activités énumérés ci-dessous.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette a.s.b.l. holding durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

I. Le financement d'actions collectives

Les actions collectives financées sont les suivantes :

Fondation privée Réseau Solidaris (B.C.E. 0872.930.120)

Les actions collectives financées par la mutualité et coordonnées par la fondation Réseau Solidaris sont :

1) L'évènement 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 évènement 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.

2) 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.

3) 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, boite 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.

II. Le subventionnement de structures socio-sanitaires

Les structures socio-sanitaires financées sont les suivantes :

ASBL Soralia – Territoire de Liège – Réseau Solidaris (BCE 0430.578.941)

L'association a pour but 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 Solidaris Wallonie dont principalement celle de l'éducation à la santé de ses membres.

Soralia Territoire de Liège promeuvent un féminisme de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Elles regroupent des femmes et hommes qui souhaitent participer à l'évolution de la société vers plus d'égalité. Elles mènent des actions et elles militent pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité…

Elle se propose d'atteindre ce but en constituant et gérant un fonds permettant la réalisation des activités suivantes, constituant son objet :

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 présent articles ou à leurs œuvres annexes.

2) créer, participer, subventionner, 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 :

- A.s.b.l. « ASBL Soralia Mouvement – régionale de Verviers - Réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « ASBL Latitude Jeunes – Province de Liège– réseau Solidaris» ;
- A.s.b.l. « ASBL Vacances Soralia – Territoire de Liège – réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « ASBL Centres de Planning familial SORALIA de Liège et Spa – Réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « ASBL Soralia Mouvement – régionale de Liège – réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « ASBL Retravailler – Centre d'insertion socio-professionnelle de Soralia des Liège – réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « Ecoles de Promotion sociale Soralia de la Province de Liège – réseau Solidaris» ;
- ASBL « Amicale des Ecoles de Promotion sociale Soralia Liège – réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « Ecole de Promotion sociale Soralia de Verviers – réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « Ecole de Promotion sociale de Waremme – réseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « Amicale de l'Ecole de Promotion sociale Soralia Waremme – Rréseau Solidaris » ;
- A.s.b.l. « Esenca - Liège »

L'association pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but social.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

L'association pourra posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tout bien meuble ou immeuble nécessaire à la réalisation de son objet.

Aux fins de réaliser son but social, elle pourra recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs ou legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques ou des organismes quelconques, sous réserve d'approbation par son conseil d'administration et conformément à la législation en la matière.

Cette a.s.b.l. subventionne, dans les mêmes conditions que celles décrites à l'article 118, les structures socio-sanitaires suivantes :

A.*s.b.l. Centres de Planning Familial Soralia de Liège et Spa – Réseau Solidaris (BCE 0412.686.401)*

L'association a pour but d'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 le cadre de ce but social, l'association 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.

Elle peut développer des activités dans des domaines spécialisé notamment dans la pratique de l'interruption volontaire de grossesse et dans le cadre de la consultation conjugale et de la médiation familiale. Elle organise des animations liées aux missions énoncées ci-avant.

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

L'intervention de l'association fait l'objet, en son sein, d'une concertation pluridisciplinaire régulière.

L'association peut également développer des actions visant la promotion du bienêtre physique, psychique, moral et social.

L'association organisera encouragera toutes actions, activités, formations pouvant contribuer à la réalisation de ces buts.

L'association pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

A.s.b.l. « FAM » – Réseau Solidaris - Mouvement de promotion socioculturelle des Femmes Prévoyantes Socialistes de Liège-Huy-Waremme (BCE 0430.541.725)

A.s.b.l. *Soralia Mouvement - régionale de Liège - réseau de Liège* (BCE 0430.541.725)

L'association a pour but la promotion de l'égalité entre homme(s) et femmes(e), le soutien aux familles, leur bienêtre physique, moral, social, psychique et familial.

Elle se propose d'atteindre ce but par la réalisation des actions suivantes, constituant son objet :

8) le développement d'activités et d'actions de promotion, de prévention et d'éducation de et à la santé ;

9) 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 ;

10) la mise en place d'activités et d'actions auprès des enfants visant le développement de leurs qualités morales, physiques, culturelles et sociales ;

11) 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 ;

12) l'information et l'éducation des seniors, ainsi que le développement d'activités visant leur action citoyenne, en assurant le relais de l'asbl Liages Solidaris réseau en Province de Liège

13) la réalisation ou la participation de ou à des formations de cadre.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

Elle peut notamment participer, subventionner, soutenir, s'intéresser à toute activité similaire à celui-ci.

L'association développe ses activités sur tout le territoire de la Communauté Française.

A.s.b.l. Soralia Mouvement-régionale de Verviers réseau solidaris (BCE 0410.181.722)

L'association a pour but 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 Solidaris Wallonie dont principalement celle de l'éducation à la santé de ses membres.

Soralia promeuvent un féminisme de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Elles regroupent des femmes et hommes qui souhaitent participer à l'évolution de la société vers plus d'égalité. Elles mènent des actions et elles militent pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité…

L'association a également pour but le bien-être physique, moral, social, psychique et familial de la femme.

L'association se propose d'atteindre ces buts par la réalisation des activités suivantes, constituant son objet :

14) le développement d'activités et d'actions de promotion, de prévention et d'éducation de et à la santé ;

15) 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 ;

16) la mise en place d'activités et d'actions auprès des enfants visant le développement de leurs qualités morales, physiques, culturelles et sociales ;

17) 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 ;

18) la réalisation ou la participation de ou à des formations de cadre.

Elle se propose également d'atteindre ces buts en constituant et gérant un fonds permettant de créer, participer, 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,

Elle pourra posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tout bien meuble ou immeuble nécessaire à la réalisation de son objet.

Aux fins de réaliser son but social, elle pourra recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs ou legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques ou des organismes quelconques, sous réserve d'approbation par son conseil d'administration et conformément à la réglementation applicable en la matière.

L'association pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but social.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

A.s.b.l. Retravailler - Centre d'Insertion Socioprofessionnelle de Soralia Liège - réseau Solidaris (BCE 0449.807.212)

L'association a pour but de promouvoir et développer des projets et des actions durables d'insertion socioprofessionnelle.

Prioritairement, l'association se consacre :

1) À l'accueil, l'information, et la formation de personnes en recherche d'emploi ;

2) A la formation de formateurs en vue de ces actions visées dans les présents statuts et notamment la formation à la méthode "Retravailler" dont Soralia sont dépositaires pour la partie francophone du pays.

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

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

A.s.b.l. Latitude Jeunes – Province de Liège– réseau Solidaris *(BCE 0459.755.353)*

L'association a pour but de :

1) contribuer à la promotion du bienêtre physique, psychique et social de l'enfant et du jeune, 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 ;

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

Pour atteindre les buts qu'elle s'est fixés, l'association se donne les moyens et met en place toute initiative qu'elle juge utile.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

A.s.b.l. Vacances Soralia - Territoire de Liège - réseau *Solidaris (BCE 0404.248.785)*

Dans un but éducatif ou de promotion du bienêtre physique, psychique, moral et social, l'association a pour objet l'organisation de vacances enfantines et familiales.

Dans cette optique, l'association organisera ou encouragera toutes actions et activités pouvant contribuer à la réalisation de ces objectifs.

Elle pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

L'association pourra prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

A.s.b.l. Esenca - Province de Liège - réseau Solidaris (BCE 0435.137.446)

L'association a pour but :

- De promouvoir le bien-être des personnes en situation de handicap (déficience sensorielle, motrice et/ou intellectuelle, invalidité, maladie grave et/ou chronique créant une situation de handicap), celui de leur famille, de leurs proches et des volontaires ou professionnels qui les entourent,
- De favoriser leur inclusion optimale dans la société, tant sur le plan individuel que collectif, particulièrement en les consultant et en leur donnant des possibilités d'action dans toutes les matières qui les concernent au premier chef,

Pour atteindre ce but, l'association déploie des activités et des services utiles à cette inclusion, particulièrement dans le secteur médico-social et dans celui de la citoyenneté, y compris la sensibilisation d'un plus large public,

Elle peut également s'intéresser et soutenir, de quelque façon que ce soit, d'autres associations, jouissant ou non de la personnalité civile, qui poursuivent la réalisation des buts précités et de ceux des entités du réseau de la Solidaris Wallonie (pour le Comité spécialise territorial de Liège),

Dans cette optique, l'association organisera ou encouragera toutes actions et activités pouvant contribuer à la réalisation de ces objectifs.

Elle pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet.

L'association pourra également acheter, vendre et construire des immeubles destinés à l'exercice des activités visées au présent article ou participer à l'achat, la vente et la construction d'immeubles par les entités immobilières liées à la mutualité Solidaris Wallonie (pour le Comité spécialisé territorial de Liège) qui poursuit la réalisation des buts précités.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

A.s.b.l. Aide et Solidarité de Waremme - Solidaris (B.C.E. 0446.839.903)

L'association a pour objet social de constituer et de gérer un fonds permettant :

3) l'achat et la vente de terrains, d'immeubles, l'étude et la 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. Elle peut également donner en location tout ou partie des immeubles à des organisations apparentées au mouvement socialiste ;

4) de créer, de participer, de subventionner, de s'intéresser de quelconque façon que ce soit notamment par le biais de prises de participation à des œuvres, sociétés, associations jouissant ou non de la personnalité civile, qui, par leur action dans leur domaine social, culturel ou autre, leur objet social, leur propagande ou leur publications contribuent à la réalisation sous n'importe quelle forme, d'un des objets sociaux poursuivis par la Fédération des Mutualités socialistes et syndicales de la Province de Liège et notamment de l'a.s.b.l. (Œuvres Médicosociales de Waremme et CSD Hesbaye). Elle pourra posséder, soit en jouissance, soit en propriété, tout bien meuble ou immeuble nécessaire à la réalisation de son objet. Aux fins de réaliser son objet social, elle pourra recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs ou legs qui lui seraient accordés par des personnes physiques ou des organismes quelconques, sous réserve d'approbation par son conseil d'administration et conformément à l'article 16 de la loi du 27 juin 1921 relative aux a.s.b.l.

Sont concernés par ces activités le centre de jour « La Cigale » pour l'accueil journalier de personnes âgées de plus de 65 ans et la maison de repos « les heures paisibles-Intersenior », situées Avenue de la Résistance, 4 à 4300 Waremme.

A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris (B.C.E. 0416.486.425)

L'association a pour but de créer et de 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.

Elle se propose d'atteindre ce but en réalisant les activités suivantes, constituant son objet, soit en :

- mettant temporairement à la disposition des bénéficiaires définis à l'alinéa 1er des aides familiales, des aides séniors, des infirmières, d'autres personnes ou des services tels que repas à domicile pour les assister ou les remplacer dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou domestiques et ce, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses ;
- organisant la formation continuée des aides familiales et aides séniors, des conférences, éditer des publications et, en général user de tous les moyens d'information et d'éducation susceptibles de promouvoir la formation et le développement de l'aide 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'a.s.b.l. développera ce service dans le respect des conditions d'agrément ou de toute autre condition qui serait requise par un décret ou par la règlementations applicable.

L'association pourra accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à ses buts sociaux.

Dans tous les cas, l'association ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé de l'association.

Elle peut devenir membre ou administrateur de personnes morales ayant un but social compatible avec le sien.

A.s.b.l. Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise - SAFPA (B.C.E. 0410.661.277)

L'association a pour but d'organiser :

1) l'aide aux familles en cas de maladie, de décès, accouchement, absence prolongée d'un parent, en cas de surmenage au sein de famille nombreuse et/ou monoparentale, et dans tous les cas prévus par les lois et les arrêtés royaux ;
2) la coordination de soins et d'aide à domicile ;
3) un service de gardes à domicile à l'intention des personnes âgées, malades, handicapées ou en perte d'autonomie ;
4) d'un service d'aides ménagères sociales;
5) Un service d'ouvriers polyvalents avec un agrément en tant que service I.D.E.S.S. ;
6) Fournir l'aide nécessaire au domicile de l'usager lui permettant ainsi de rester aussi longtemps que possible dans son environnement et l'activité s'étend à toute la Communauté germanophone ;
7) Des cycles de formation familiale, comportant des cours et des stages dans les familles.

A.s.b.l. SOLSOC (B.C.E. 432.624.255)

L'association a pour buts de :

a) réfléchir et agir en vue de construire des alternatives solidaires, politiques, sociales et économiques, viables et durables à la mondialisation du modèle de compétition économique, en renforçant les mouvements sociaux, en partenariat avec les organisations qui représentent et font entendre les voix des populations les plus vulnérables, privées de leurs droits au Sud et au Nord ;

b) mettre en œuvre des interventions (actions, projets et programmes) en faveur du respect des droits humains, de la paix entre les peuples, et de la réduction des inégalités sociales, économiques, environnementales et de genre.

c) mettre en œuvre avec des organisations sociales locales partenaires dans les pays d'intervention, des programmes et projets de coopération au développement qui luttent contre les exclusions, améliorent l'accès aux services sociaux de base et au travail décent (cf. définition de l'OIT) et plus largement aux droits humains dans toutes leurs dimensions.

d) interpeler en Belgique, les décideur·euse·s politiques, sensibiliser et mobiliser la base sociale de l'action commune socialiste et plus largement l'opinion publique de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française) autour des enjeux liés aux programmes, projets et interventions.

Article 124. Collaboration avec l'a.s.b.l. Réseau Solidaris Namur

La Mutualité a conclu un contrat de collaboration visé à l'article 118 avec l'a.s.b.l. faitière Réseau Solidaris Namur, BCE n° 0770.900.174, pour les services et activités décrits ci-dessous.

Le montant annuel effectivement octroyé au cours de l'année précédente, ainsi que le montant qu'il est prévu d'octroyer à cette a.s.b.l. holding durant l'année en cours, sont repris dans une annexe aux présents statuts.

I. Le subventionnement de structures socio-sanitaires

Les structures socio-sanitaires financées sont les suivantes :

A.s.b.l. Latitude Jeunes de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0451.890.930)

L'association a pour but **:**

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

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

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

L'association peut accomplir toute opération civile, mobilière ou immobilière et accorder son aide, sa collaboration et sa participation, par tout moyen, à des entreprises ou organismes ou lors d'évènements ou projets, poursuivant les mêmes buts ou dont l'activité contribuerait ou pourrait contribuer à la réalisation de ceux-ci.

A.s.b.l. Centre de Santé du Namurois - Réseau Solidaris (BCE 0460.733.865)

L'association a pour but de constituer et de gérer un fonds permettant :

- l'organisation de services destinés à améliorer la santé de la population notamment par la création de cabinets médicaux ou para-médicaux destinés autant à prévenir qu'à guérir la maladie dans ses composants physiques, psychiques et socio-économiques ;
- de participer, de s'intéresser, de quelque façon que ce soit à des œuvres, sociétés, organisations, qui par leur action, contribuent à la réalisation sous n'importe quelle forme, des buts qu'elle poursuit.

L'association peut accomplir toute opération civile, mobilière ou immobilière et accorder son aide, sa collaboration et participation, par tout moyen, à des entreprises ou organismes ou lors d'évènements ou projets, poursuivant les mêmes buts ou dont l'activité contribuerait ou pourrait contribuer à la réalisation de ceux-ci.

A.s.b.l. SORALIA de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0433.676.013)

§1er. L'association a pour but désintéressé de :

- promouvoir le bien-être physique, psychique, culturel, moral, social et familial de ses membres et, à cette fin, de leur accorder une aide de quelque nature que ce soit. ;
- de susciter une prise de conscience et une vision critique des réalités de la société, des attitudes de responsabilité, de participation active à la vie sociale, économique, politique et culturelle ;
- de promouvoir des actions d'information, d'éducation et de prévention dans le domaine de la santé et de la citoyenneté ;

§2. Aux fins de réaliser son but désintéressé, l'association a pour objet les activités suivantes :

- Organiser et d'encourager toutes actions et activités dans le domaine social, culturel et de la santé ;
- Organiser, participer, subventionner et/ou s'intéresser de quelque manière que ce soit à des projets, collaborations, événements, œuvres, sociétés ou associations poursuivant un but similaire au but de l'association et/ou des activités similaires à son objet ;

- Dans le cadre de ses activités d'éducation permanente, l'association inscrit la programmation, la réalisation, l'évaluation et la justification de ces activités en conformité avec les programmes pluriannuels définis par l'association nationale FAM (Formation action Militantisme), laquelle intervient en qualité d'amiable compositeur en cas de désaccord sur la programmation, la réalisation, l'évaluation et la justification des activités d'éducation permanente.

§3. L'association peut réaliser toute activité lui permettant, directement ou indirectement, de réaliser son but, à savoir :

- acquérir, à titre gratuit ou onéreux, vendre, échanger, exploiter, louer et prendre en location, y compris l'emphytéose, tous biens meubles ou immeubles ;
- s'associer ou collaborer avec toutes personnes physiques ou morales de droit public ou privé ;
- recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs et legs qui lui seraient accordés par des autorités publiques, des personnes physiques, des personnes morales ou des organisations quelconques sous réserve d'approbation par son organe d'administration ;
- élaborer et exécuter des programmes d'animation et d'éducation, de cours de formation, organiser des journées d'études, de séminaires, de groupe de réflexion, de discussions, des colloques, des activités de diffusion, émettre des publications, organiser des manifestations.

§4. L'association ne peut réaliser d'activités commerciales ou industrielles qu'à titre subsidiaire. Elle ne peut en aucun cas distribuer son bénéfice.

A.s.b.l. Centre de Planning Familial de la Province de Namur – Réseau Solidaris (BCE 0411.570.703)

L'association a pour but de :

- Contribuer et d'organiser des services destinés à l'éducation et à la promotion du bienêtre physique, psychique, culturel, moral, social et familial des personnes et de leur accorder une aide de quelque nature que ce soit ;
- Proposer et organiser des consultations accessibles à tous de manière pluraliste ;
- Assurer l'éducation et l'information des jeunes et des adultes dans le domaine de la vie affective, relationnelle, sexuelle et de la parenté responsable ;
- Informer les personnes et les groupements sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse, les MST et tout aspect de la vie sexuelle et affective ;
- Porter à la connaissance du public les notions de droit familial ;
- Développer des activités dans des domaines spécifiques en vue de promouvoir l'émancipation des femmes ainsi que l'égalité des sexes.

L'association peut accomplir toute opération civile, mobilière ou immobilière et accorder son aide, sa collaboration et participation, par tout moyen, à des entreprises ou organismes ou lors d'évènements ou projets, poursuivant les mêmes buts ou dont l'activité contribuerait ou pourrait contribuer à la réalisation de ceux-ci.

A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0443.258.524)

L'association a pour but **:**

- De promouvoir le développement de soins coordonnés à domicile ou de toute forme d'organisation visant au maintien à domicile des personnes malades, handicapées ou âgées.
- En outre, l'association met en œuvre ou coordonne des services de soins à domicile permettant aux patients d'éviter de recourir à une hospitalisation, de raccourcir celle-ci ou d'éviter un déplacement prématuré en home.

Les objectifs sont réalisés par la création, entre autres, de services en interne ou par voie de convention de collaboration avec des services/prestataires externes non organisés par le pouvoir organisateur. Ces services étant indispensables afin de couvrir les besoins du bénéficiaire dans le cadre de son maintien à domicile, ils se constituent d'équipes de professionnels avec des compétences spécifiques au domaine socio-sanitaire (coordination, aides familiales, infirmiers, repas, prêt de matériel, service social, kiné, aménagement du lieu de vie,...).

L'association se conformera aux directives prévues par le décret wallon du 06/12/2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées, son Arrêté d'application du 30/04/2009 et le décret wallon du 30/04/2009 relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions et son Arrêté d'application du 17 décembre 2009.

Elle peut accomplir tous les actes se rapportant indirectement ou directement à son objet.

Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à son objet.

L'association crée en son sein une section « sui generis » qui s'occupe spécifiquement du développement de services de proximité dans le cadre des titres-services. L'association dispose d'un agrément pour cette section.

A.s.b.l. ESENCA – LIAGES de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0419.189.359)

§1er. L'association a pour but désintéressé de **:**

- de promouvoir le bien-être de la personne handicapée ou atteinte de maladie grave ou chronique par son intégration totale dans la société, tant sur le plan individuel que collectif ;
- de favoriser et de développer auprès de ces personnes : une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société ; des attitudes de responsabilité, de citoyenneté et de participation à la vie sociale, culturelle, économique et politique ; des capacités d'analyse, de réflexion, de choix d'action et d'évaluation ;
- d'intégrer socialement les personnes présentant un ou des handicaps différents au moyen d'une diversité de pratiques sportives multidisciplinaires et multihandicaps et de garantir à ces personnes l'accès à des activités sportives selon leurs potentialités ;
- de garantir la représentation, l'organisation et la promotion de l'ensemble des pratiques sportives adaptées à la nature des handicaps ;
- d'étudier, de protéger, de défendre et de promouvoir les intérêts sociaux, culturels, récréatifs et sportifs de ses membres et des membres des organisations associées ;
- s'inscrire dans une politique dynamique de sensibilisation et d'interpellation de tous les organes de pouvoirs ou décisionnels concernés par les législations relatives aux personnes handicapées et aux personnes prépensionnées, pensionnées ou veuves ou les législations qui ont un intérêt direct ou indirect avec ces domaines. L'association s'inscrit également dans une démarche de défense des droits de l'Homme et plus particulièrement des droits relatifs spécifiques aux Personnes Handicapées et aux personnes prépensionnées, pensionnées ou veuves ainsi que de lutte contre la discrimination lorsque ces personnes sont directement ou indirectement concernées.

§2. Aux fins de réaliser son but désintéressé, l'association a pour objet les activités suivantes :

- d'organiser ou d'encourager tout activité ou toute action permettant d'améliorer la santé ou le bienêtre des personnes prépensionnées, pensionnées ou veuves ainsi que toute initiative visant leur intégration optimale dans la société tant sur un plan individuel que collectif, en Belgique comme à l'étranger.
- promouvoir et développer des actions d'information, d'éducation et de prévention tant dans le domaine du handicap, du vieillissement, de la santé que des droits relatifs aux personnes handicapées ou atteintes de maladie grave ou chronique ou des personnes prépensionnées, pensionnées ou veuves.
- d'affilier ou créer des cercles sportifs et de faire partie intégrante de la fédération Multisports adaptés (FEMA) Asbl ;
- développer une politique d'action, d'animation socioculturelle, d'éducation permanente et de formation ainsi que de promotion socioculturelle envers les personnes présentant un handicap ou atteintes de maladie grave ou chronique, quels que soient ceux-ci sans distinction d'âge ainsi que envers leurs parents, leurs proches et les professionnels qui les entourent, ceci dans le sens le plus large.

- déployer l'activité la plus étendue, notamment par l'élaboration et le développement de programmes d'animation et d'éducation, le développement de modules, la production d'analyses, de recherches et d'études critiques sur des thèmes de société, de formation par l'organisation de journées d'études et/ou de réflexions ou encore de séminaires et de colloques, par la mise en place de groupes de parole, par l'édition de publications, par la mise en place de services d'information et/ou de défense, par l'organisation de manifestations, d'activités sportives, etc…, l'énumération de ce qui précède étant exemplative et non limitative.

§3. L'association peut réaliser toute activité lui permettant, directement ou indirectement, de réaliser son but, à savoir :

- acquérir, à titre gratuit ou onéreux, vendre, échanger, exploiter, louer et prendre en location, y compris l'emphytéose, tous biens meubles ou immeubles ;
- s'associer ou collaborer avec toutes personnes physiques ou morales de droit public ou privé ;
- recevoir tous dons manuels, subsides, donations entre vifs et legs qui lui seraient accordés par des autorités publiques, des personnes physiques, des personnes morales ou des organisations quelconques sous réserve d'approbation par son organe d'administration ;
- élaborer et exécuter des programmes d'animation et d'éducation, de cours de formation, organiser des journées d'études, de séminaires, de groupe de réflexion, de discussions, des colloques, des activités de diffusion, émettre des publications, organiser des manifestations.

§4. L'association ne peut réaliser d'activités commerciales ou industrielles qu'à titre subsidiaire. Elle ne peut en aucun cas distribuer son bénéfice.

A.s.b.l. La Maison d'Enfants Solidaris (BCE 0420.805.992)

L'association a pour but l'organisation et la gestion d'une structure d'accueil destinée aux enfants, âgés de 0 à 3 ans, des membres du personnel et des prestataires du groupe consolidé de la mutualité Solidaris Wallonie - territoire de Namur et de leur famille.
L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut accorder son aide, sa collaboration et sa participation, par tout moyen, à des entreprises ou organismes ou lors d'évènements ou projets, poursuivant les mêmes buts ou dont l'activité contribuerait ou pourrait contribuer à la réalisation de ceux-ci.

Chapitre 3. Service social

Article 125. Service social

Le service social (code de classification O.C.M. : 37) 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.

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

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

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

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

Les textes règlementaires suivants sont 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 I, partie 2 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, Partie décrétale,

- le Titre V, Livre II, partie 2 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, Partie réglementaire,
- 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.

Titre IV. Dispositions comptables et financières

Article 126. Cotisations

Le montant de la cotisation due par ménage mutualiste au sens de l'arrêté royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéas 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010 pour l'assurance complémentaire est repris dans le tableau des cotisations figurant en annexe des statuts.

Ce montant peut varier en fonction du statut des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire visés au § 19 de l'article 37 de la loi du 14 juillet 1994, ou de la composition du ménage mutualiste au sens de l'arrêté royal précité.

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 9 des statuts.

Article 127. Application dans le temps du changement de statut B.I.M. / B.O.

§ 1er. Lorsque la·le membre bénéficiaire ordinaire de l'assurance obligatoire se voit reconnaitre le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée, ou lorsque, à l'inverse, la·le membre bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire se voit reconnaitre le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée, 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 six mois avant la connaissance, par la mutualité, de ce changement,
- ou lorsque le changement de statut a pour effet de créer un indu ou un complément de droits en assurance complémentaire de plus de 100 EUR,

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

Article 128. Modalités de paiement

Toutes les prestations et interventions dues par la Mutualité sont payées exclusivement par virement sur le compte bancaire indiqué par le membre titulaire.

Article 129. Prescription

Les actions relatives à l'assurance complémentaire, définie à l'article 79 des présents statuts, se prescrivent conformément aux dispositions de l'article 48bis de la loi du 6 aout 1990 :

§ 1er. L'action en paiement des interventions se prescrit par deux ans à compter du moment où l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

L'action en paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement d'interventions financières et indemnités qui a été accordé se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué.

§ 2. L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indument octroyées 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 applicable lorsque l'octroi indu d'interventions financières et indemnités a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui·elle 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.

§ 3. L'action en paiement des cotisations se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

§ 4. L'action en remboursement des cotisations payées indument se prescrit par cinq ans à compter du jour où le paiement des cotisations indues a été effectué.

§ 5. Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

§ 6. La prescription est suspendue pour cause de force majeure.

§ 7. Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions prévues au § 1er.

Les délais de prescription prévus aux §§ 2, 3 et 4 ne peuvent être abrégés, que ce soit par convention ou dans les statuts.

Article 130. Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article 40 de la loi du 6 aout 1990, la Mutualité qui, dans le cadre de l'assurance complémentaire, a accordé des indemnités ou des interventions, est subrogée dans tous les droits que les bénéficiaires peuvent faire valoir à l'égard des tiers.

Cette subrogation vaut, à concurrence de la valeur des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère, du contrat ou du droit commun et qui couvrent partiellement ou totalement les prestations de la Mutualité.

En conséquence, la·le bénéficiaire ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de la Mutualité. Il·elle s'engage, en outre, à renouveler cette subrogation à la demande de la Mutualité. Dans tous les cas, la Mutualité dispose de la faculté de juger de l'opportunité d'intenter une action en justice pour l'exercice de son action subrogatoire et sur les suites qu'il convient d'y réserver.

Article 131. Budgets et comptes

La Mutualité tient une comptabilité établie conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi du 6 aout 1990 et de ses arrêtés d'exécution. La Mutualité tient donc une comptabilité distincte pour chaque service, tant en recettes qu'en dépenses.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

- les cotisations d'assurance complémentaire ;
- les subsides des pouvoirs publics,
- les dons et legs,
- les intérêts des fonds placés ainsi que le bénéfice sur titres réalisés afférents à chacun d'eux,
- les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux ;

Chaque service doit supporter entièrement ses frais de fonctionnement, ses charges financières et ses dépenses résultant de l'application des statuts.

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

Les fonds sont placés conformément aux dispositions de l'article 29, paragraphe 4 de la loi du 6 aout 1990 et ses arrêtés d'exécution.

Article 132. Nomination des réviseurs d'entreprises

La Mutualité est soumise aux articles 32 à 37 de la loi du 6 aout 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités.

Le contrôle de la situation financière, des comptes annuels et de la régularité au regard des lois et des dispositions administratives régissant la Mutualité, tant pour l'assurance obligatoire que pour l'assurance complémentaire, et au regard des présents statuts, des comptabilisations à constater dans les comptes annuels, est confié à un·e ou plusieurs réviseur·euse·s, nommé·e·s par l'Assemblée générale de la Mutualité parmi les membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises, sur proposition de l'Union nationale et avec l'accord préalable de l'Office de Contrôle des Mutualités.

Les émoluments du·de la ou des réviseur·euse·s sont fixés par l'Assemblée générale de la Mutualité à l'occasion de leur nomination.

Le mandat du·de la ou des réviseur·euse·s est fixé pour une période renouvelable de 3 ans ; les réviseur·euse·s sortant·e·s sont rééligibles.

La·le ou les réviseur·euse·s font rapport à l'Assemblée générale annuelle qui a, à son ordre jour, l'approbation des comptes annuels de l'exercice déterminé à l'ordre du jour.

La·le ou les réviseur·euse·s assistent à l'Assemblée générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il·elle·s ont rédigé. La·le ou les réviseur·euse·s ont le droit de prendre la parole à l'Assemblée générale concernant les points se rapportant à leurs tâches.

Titre V. Dispositions diverses

Article 133. Modification des statuts

La compétence de modifier les statuts appartient à l'Assemblée générale. qui reste dès lors toujours libre de décider d'adapter les statuts.

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée générale qui réunit au moins la moitié des membres, présent·e·s ou représenté·e·s, et dont les décisions doivent, pour être valables, réunir les suffrages des deux tiers des votes exprimés.

Article 134. Dissolution

La Mutualité peut être dissoute sur décision de l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet. Les dispositions des articles 10, 11 et 12, §1er, alinéa 3 de la loi du 6 aout 1990 sont d'application dans ce cas.

En cas de dissolution, la liquidation et le partage des éventuels actifs résiduels doivent être opérés conformément aux dispositions des articles 46, 46bis, 47 et 48 § 2 de la loi du 6 aout 1990.

Article 135. Cessation d'un ou de plusieurs services

Pendant la durée de la Mutualité, tout partage des fonds est interdit. Toutefois, l'Assemblée générale peut, en cas de cessation d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 aout 1990 et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010, décider de l'affectation des actifs résiduel de des services conformément aux dispositions de l'articles 48 § 1er de la loi du 6 aout 1990.

Article 135Bis. Responsabilité extracontractuelle

§1. Aucune action en responsabilité extracontractuelle ne peut être engagée par les Membres et leurs Personnes à Charge à l'encontre des auxiliaires de la mutualité à l'exclusion des actions pour la réparation des dommages résultant de la faute qui porte atteinte à la vie ou à l'intégrité physique d'une personne ou résultant de la faute intentionnelle.

§2. Par auxiliaire, on entend une personne physique ou morale qui contribue à l'exécution des obligations contractuelles de la mutualité.

Titre VI. Dispositions transitoires

Article 136. Composition de l'assemblée générale

Jusqu'à l'issue des prochaines élections mutualistes, l'Assemblée générale de la Mutualité sera composée des personnes qui, au 31 décembre 2021, étaient membres de l'Assemblée générale d'une des mutualités ayant fusionné pour créer la Mutualité Solidaris Wallonie.

Article 137. Elections mutualistes 2022

Pour les élections mutualistes qui auront lieu en 2022 :

- les membres des mutualités absorbées sont considéré·e·s comme étant membres de la mutualité absorbante au 30 juin de l'année qui précède cette année, pour la détermination du nombre de représentant·e·s au sein de l'Assemblée générale,
- Les affilié·e·s des mutualités absorbées sont considérés comme étant affilié·e·s de la mutualité absorbante pour l'application des conditions d'éligibilité prévues par les présents statuts,
- les membres du personnel des mutualités absorbées sont considéré·e·s comme étant membres du personnel de la mutualité absorbante pour l'application des conditions d'éligibilité prévues par les présents statuts,
- les élections sont organisées en tenant compte des circonscriptions électorales déterminées par les présents statuts,
- les candidatures à un mandat de représentant·e devront être adressées au·à la Président·e de la société mutualiste MUTUALIS, 32-38, rue Saint-Jean à 1000 Bruxelles,
- les fonctions dévolues au·à la Président·e de la mutualité par l'article 19 des présents statuts seront exercées par la·le Président·e de la société mutualiste MUTUALIS.

Article 138. Délégué·e·s

A dater du 1er janvier 2022, et jusqu'à l'issue des prochaines élections mutualistes, les délégué·e·s de la Mutualité à l'Assemblée générale de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, à l'Assemblée générale de :

- la Société mutualiste régionale des Mutualités socialistes – Solidaris pour la Région Wallonne,
- la Société mutualiste régionale des Mutualités socialistes pour la Région de Bruxelles-Capitale,
- la Société mutualiste régionale « Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten » et
- la Société mutualiste d'assurances « Solidaris Assurances »

seront les personnes qui, au 31 décembre 2021, avaient la qualité de délégué·e d'une des mutualités ayant fusionné pour créer la Mutualité Solidaris Wallonie.

Article 139. Conseil d'administration

A dater du 1er janvier 2022 et jusqu'à l'installation du nouveau Conseil d'administration issu des prochaines élections mutualistes, le Conseil d'administration de la Mutualité sera composé des

personnes qui, au 31 décembre 2021, avaient la qualité de membre du Conseil d'administration d'une des mutualités ayant fusionné pour créer la Mutualité Solidaris Wallonie. L'application du présent article peut entrainer, durant la période transitoire, un dépassement du nombre maximal de membres visé à l'article 42 des présents statuts.

Pendant la même période, par dérogation aux dispositions de l'article 56 des présents statuts, chaque Comité spécialisé territorial sera composé des membres du Conseil d'administration de la mutualité fusionnée qui avait son siège dans le territoire concerné.

Le Conseil d'administration désigne, parmi ses administrateur·rice·s, ceux·celles qui sont considéré·e·s comme représentant l'ensemble du territoire au sens de l'article 42 des présents statuts.

Article 140. Entrée en vigueur

Les présents statuts entrent en vigueur le 1er janvier 2022, à l'exception des dispositions transitoires visées aux articles 12 à 20 et 137 qui entrent en vigueur dès l'approbation des statuts par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Les modifications ultérieures aux présents statuts entreront en vigueur à la date fixée par l'Assemblée générale, après approbation par l'Office de Contrôle des mutualités.

Annexe A. Articles 35bis, 53 et 54. Caractère gratuit du mandat de membre de l'Assemblée générale et d'administrateur·rice, et rémunération des personnes indépendantes et des expert·e·s

	Montant du jeton de présence en cas de présence effective aux réunions	**Montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle brute**	**Remboursement de frais liés à l'assistance effective à ces réunions**	**Indexation (oui/non) du montant du jeton de présence ou de l'indemnité forfaitaire**	**Montant annuel maximum définit par l'Office de contrôle**
Membres de l'Assemblée générale *et* conseiller·ère·s, **Assemblée générale** **(art. 35bis)**	Montant déterminé en référence aux maximums journalier et annuel des défraiements forfaitaires prévus par l'article 10, aliéna 1er de la loi du 03/07/2005 relative aux droits des volontaire. Soit en 2023 : 40,67€ par séance et maximum 500,00€ par an	Aucun	- Remboursement de l'indemnité forfaitaire au kilomètre prévue dans le barème officiel que l'Etat applique à ses fonctionnaires en cas d'utilisation d'un véhicule personnel Remboursement de frais de déplacement réellement engagés, sur base de décomptes et de pièces justificatives	Oui, annuellement en janvier	Maximum 500,00€ par an
Administrateur·rice·s et conseiller·ère·s, **Conseil d'administration,** **Comités Spécialisés Territoriaux,** **Comité de gouvernance,** **Comité de rémunération et de nomination** **(art. 53)**	Idem Soit en 2023 : 40,67€ par séance, avec un maxima de 12 séances par an et de 24 pour les administrateur·rice·s qui siègent dans un Comité	Aucun	Idem	Oui, annuellement en janvier	Maximum 12 séances par an et 24 séances pour les administrateur·rice·s qui siègent dans un Comité

Membres du Comité d'audit (art. 53)	329,90 EUR	Aucun	Idem	Oui, à chaque fois le 1er janvier, sur base de l'indice-santé de décembre (mois n-1) avec comme référence l'indice de santé applicable le 8 avril 2023	329,90 EUR par séance
Membres des Conseils de surveillance des entités liées (art. 53)	329,90 EUR	Aucun	Idem	Idem	329,90 EUR par séance
Président·e du Conseil d'administration (art. 53)	Aucun	1.200,00 EUR	Idem	Idem	1.200,00 EUR par mois et/ou 14.000,00 EUR par an
Vice-président·e·s du Conseil d'administration (art. 53)	Aucun	1.200,00 EUR	Idem	Idem	1.200,00 EUR par mois et/ou 14.000,00 EUR par an
Personnes indépendantes et expert·e·s dans les comités (art. 54)	329,90 EUR	Aucun	Idem	Idem	329,90 EUR par séance

Les montants exprimés sont des montants brut.
Un jeton de présence et/ou une intervention dans des frais ne peut pas être octroyée dans les cas non visés par la présente annexe.

Les jetons de présence octroyés et les frais remboursés doivent avoir un lien avec la fonction exercée et ne sont octroyés qu'en cas de participation effective. Les frais de déplacement ne sont remboursés que lorsque les réunions se tiennent en présentiel.

Tout membre, conseiller·ère ou administrateur·rice peut renoncer à l'octroi d'un jeton de présence, d'une indemnité ou au remboursement de ses frais de déplacement.

Les jetons de présence ne sont pas octroyés et les frais ne sont pas remboursés aux administrateur·rice·s qui sont membres du personnel de la Mutualité, de l'Union nationale, d'une société mutualiste, d'une société mutualiste d'assurance ou d'une société mutualiste régionale.

Le·la membre, conseill·ère ou administrateur·rice qui assiste le même jour à plusieurs réunions d'instances de la mutualité peut bénéficier des jetons de présence correspondants et du remboursement de ses frais de déplacement réellement engagés pour se rendre aux-dites réunions lorsque celles-ci se tiennent en des adresses différentes. Les mêmes règles prévalent lorsqu'il s'agit de réunions d'entités mutualistes différentes. Les membres s'engagent sur l'honneur à respecter ces règles lors de leur demande de remboursement de frais de déplacement.

Titre VII. Annexes aux statuts

Pour les annexes aux articles 83 à 105, voyez la partie Annexes publiée séparément

Article 82 – Soins dentaires préventifs - Liste des codes nomenclature

Article 83 – Service lunetterie – Liste des établissements reconnus

Article 84 – Service contraception – Liste des médicaments contraceptifs et des méthodes contraceptives pouvant faire l'objet d'un remboursement

Article 85 – Service vaccination – Liste des vaccins antiinfectieux reconnus

Article 86 – Service homéopathie et médicaments homéopathiques –Liste des produits homéopathiques reconnus

Article 87 – Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie – Liste des acuponcteur·rice·s reconnu·e·s

Article 87 – Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie – Liste des chiropracteur·rice·s reconnu·e·s

Article 87 – Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie – Liste des médecins pratiquant la médecine manuelle reconnu·e·s

Article 87 – Service ostéopathie, médecine manuelle, acuponcture et chiropraxie – Liste des ostéopathes reconnu·e·s

Article 90 – Service diététique – Liste des diététicien·ne·s reconnu·e·s

Article 92 – Centres de Convalescence - Maisons de repos agréées par l'INAMI pour le court séjour

Article 93 – Service allergies – Liste des vaccins désensibilisants reconnus

Article 94 – Service Complémentaire Santé Ambulatoire – Liste des codes nomenclature de consultations de médecine générale et gynécologie

Article 94 – Service Complémentaire Santé Ambulatoire – Liste des consultations de spécialistes couvertes

Article 94 – Service Complémentaire Santé Ambulatoire – Liste des polycliniques liées à la Mutualité

Article 95 – Service Complémentaire Santé Hospitalisation pour les enfants et les adolescent·e·s – Conventions interhospitalières et Zones organisées d'accès aux soins (Zoast)

Article 96 – Service consultations psychologiques – Liste des psychologues reconnu·e·s

Article 98 – Service télévigilance – Liste des opérateur·rice·s reconnu·e·s

Article 99 – Service matériel médical – Liste du matériel médical pouvant faire l'objet d'un remboursement

Article 99 – Service matériel médical – Liste des opérateur·rice·s reconnu·e·s

Article 101 – Service garde d'enfants malades – Liste des opérateur·rice·s reconnu·e·s

Article 102 – Service jeunes – Listes des structures reconnues

Article 103 – Service sports – Listes des structures reconnues et liste des activités acceptées

Article 105 – Service transport des malades – Liste des projets de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé visés au point II « Étendue territoriale » (renvoi à l'annexe à l'article 95).

Article 110 – Service diabète

Articles 117 à 117ter – Subventionnement de structures socio-sanitaires

Articles 118 à 124 – Collaboration avec les tiers

Article 126 – Cotisations – Tableau des cotisations

ANNEXE - Articles 117 à 117ter – Subventionnement de structures socio-sanitaires

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
A.s.b.l. Fédération des Centres de Services à Domicile (BCE 0448.378.342)	1.750.000,00 EUR	574.193,16 EUR
A.s.b.l. CSD Centrale de Services à Domicile de Mons-Wallonie picarde (BCE 0441.432.845)	160.000,00 EUR	112.140,00 EUR
A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile - Réseau Solidaris (BCE 0416.486.425)	320.000 EUR	240.742,50 EUR

ANNEXE - Article 118 à 124 – Collaboration avec les tiers

Article 119. Services patrimoniaux de la Mutualité

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
A.s.b.l. Réseau Solidaris Wallonie, BCE n°0778.845.167	2.850.000,00 EUR	2.436.924 EUR
A.s.b.l. Actions Arthur Guyaux – Réseau Solidaris (BCE 0420.462.237)	1.400.000,00 EUR	929.892 EUR
A.s.b.l. Maison de la Solidarité de Mons- Wallonie picarde (B.C.E. 410.188.749)	3.050.000,00 EUR	2.628.900 EUR
A.s.b.l. Repos, Joie, Santé et Solidarité (B.C.E. 410.568.138)	3.000.000,00 EUR	2.300.292 EUR
Fondation privée Solidaris Immo (B.C.E. 0860.501.450)	1.450.000,00 EUR	1.208.472 EUR
A.s.b.l. Solidaris Santé de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0409.073.645)	2.300.000,00 EUR	1.972.176 EUR

Article 120. Collaboration avec l'entité Réseau Solidaris Brabant wallon

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
A.s.b.l. Réseau des Solidarités du Brabant wallon (B.C.E. 0739.763.075)	2.700.000,00 EUR	1.394.844 EUR
Pour les services et activités énumérés ci-dessous :		
A.s.b.l. Actions Sociales du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0446.455.564)		298.000 EUR
A.s.b.l. Esenca-Liages – Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0443.437.478)		40.000 EUR
A.s.b.l. Latitude Jeunes – Régionale du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0443.128.068)		41.000 EUR
A.s.b.l. Soralia du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0435.445.569)		270.000 EUR
A.s.b.l. Vakantiecentrum - La Rose des Sables - Solidaris-netwerk (BCE 0406.650.328)		NEANT
A.s.b.l. La Centrale de Services à Domicile du Brabant Wallon – Réseau Solidaris (BCE 0445.335.908)		500.000 EUR
A.s.b.l. Centre de Planning Familial Rosa Guilmot – Réseau Solidaris (BCE 0451.830.255)		160.000 EUR
A.s.b.l. Mobilité en Brabant wallon (BCE 0867.868.007)		58.000 EUR

Article 121. Collaboration avec l'a.s.b.l. Réseau Solidaris Mons-Wallonie picarde

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
A.s.b.l. Réseau Solidaris de Mons-Wallonie picarde (BCE 0764.720.977)	3.550.000,00 EUR	3.052.872 EUR
Pour les services et activités énumérés ci-dessous :		
A.s.b.l. SOLSOC (B.C.E. 432.624.255)		12.500 EUR
A.s.b.l. Centres de Planning Familial Soralia Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 442.852.708)		25.000 EUR
A.s.b.l. Latitude Jeunes de Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 446.632.342)		230.000 EUR
A.s.b.l. Solea (B.C.E. 460.419.903)		235.000 EUR
A.s.b.l. Soralia Wallonie picarde (B.C.E. 446.632.441)		240.000 EUR
A.s.b.l. Soralia Mons-Borinage (B.C.E. 445.141.017)		240.000 EUR
A.s.b.l. Le Lys Rouge (B.C.E. 401.144.092).		180.000 EUR
A.s.b.l. ESENCA Mons-Wallonie picarde (872.795.112)		120.000 EUR
A.s.b.l. Liages Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 416.934.704)		100.000 EUR
A.s.b.l. Les Jours Paisibles (B.C.E. 429.751.768).		400.000 EUR
A.s.b.l. Centrale de services à domicile de Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 441.432.845)		800.000 EUR
A.s.b.l. Déclic Emploi – Centre d'insertion socio-professionnelle Soralia de Mons-Wallonie picarde (B.C.E. 0449.489.090)		10.000 EUR
A.s.b.l. Service d'Aide aux Familles et Seniors du Borinage (B.C.E. 0410.482.917)		60.000 EUR

Article 122. Collaboration avec l'entité Réseau Solidaris, Centre, Charleroi et Soignies

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
A.s.b.l. Réseau Solidaris Centre, Charleroi et Soignies (BCE 414.083.102)	4.750.000,00 EUR	3.281.448 EUR
Pour les services et activités énumérés ci-dessous :		
A.s.b.l. SOLSOC (B.C.E. 432.624.255)		25.000 EUR
A.s.b.l. Soralia Charleroi (B.C.E 421.911.792)		1.034.000 EUR
- A.s.b.l. CENTRE DE PLANNING FAMILIAL SORALIA CENTRE, CHARLEROI ET SOIGNIES (B.C.E. 415.359.047)		150.000 EUR
- A.s.b.l. SORALIA CENTRE ET SOIGNIES (B.C.E. 435 109 831)		366.000 EUR
- A.s.b.l. Latitude Jeunes du Centre, Charleroi et Soignies (BCE 450.441.472)		255.000 EUR
- A.s.b.l. Ecole Soralia Charleroi (BCE 463.508.857)		29.500 EUR
- A.s.b.l. Animation Culture Jeunesse, Maison de Jeunes de Charleroi et environs – La Broc (BCE 416.392.690)		71.500 EUR
- A.s.b.l. Liages Centre, Charleroi et Soignies (BCE 434.347.786)		143.000 EUR
- A.s.b.l. Esenca Centre, Charleroi et Soignies (BCE 434.346.402)		87.500 EUR
- A.s.b.l. Maison des Jeunes de Roux (BCE 716.932.641)		12.500 EUR
- A.s.b.l Centre de Référence et d'intervention Harcelement (BCE 1015 .090.944)		
A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile du Centre et de Soignies (B.C.E. 442.146.190)		1.470.000 EUR
- A.s.b.l. Mobilité en Hainaut (B.C.E. 479.410.919)		200.000 EUR
- A.s.b.l. CSD du Bassin de Charleroi (BCE 836.262.239)		465.000 EUR

Article 123. Collaboration avec l'entité Réseau territorial Solidaris – Province de Liège

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
Asbl Réseau territorial Solidaris – Province de Liège (BCE 768.598.603)	6.850.000,00 EUR - Financement d'actions collectives : 3.100.000,00 EUR - Subventionnement de structures socio-sanitaires : 3.750.000,00 EUR	5.921.868 EUR - Financement d'actions collectives : 1.311.120,00 EUR - Subventionnement de structures socio-sanitaires : 4.610.748,00 EUR
Pour les services et activités énumérés ci-dessous :		
Fondation privée Réseau Solidaris (B.C.E. 0872.930.120)		1.311.120,00 EUR
ASBL Soralia – Territoire de Liège – Réseau Solidaris (BCE 0430.578.941)		2.664.588,00 EUR
A.s.b.l. Centres de Planning Familial Soralia de Liège et Spa – Réseau Solidaris (BCE 0412.686.401)		80.225,94 EUR
A.s.b.l. Soralia Mouvement-régionale de Liège-réseau de Liège (BCE 0430.541.725)		829.806,28 EUR
A.s.b.l. Soralia Mouvement-régionale Verviers réseau solidaris (BCE 0410.181.722)		0,00 EUR
A.s.b.l. Retravailler - Centre d'Insertion Socioprofessionnelle de Soralia Liège - réseau Solidaris (BCE 0449.807.212)		322.370,08 EUR
A.s.b.l. Latitude Jeunes – Réseau Solidaris – Province de Liège (BCE 0459.755.353)		731.706,06 EUR
A.s.b.l. Vacances Soralia - Territoire de Liège - Réseau Solidaris (BCE 0404.248.785)		0,00 EUR
A.s.b.l. Esenca - Province de Liège - Réseau Solidaris (BCE 0435.137.446)		0,00 EUR
A.s.b.l. Aide et Solidarité de Waremme - Solidaris (B.C.E. 0446.839.903)		31.848,00 EUR
A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile – Réseau Solidaris (B.C.E. 0416.486.425)		1.497.288,00 EUR
A.s.b.l. Service d'aide aux familles et aux personnes âgées de la région verviétoise - SAFPA (B.C.E. 0410.661.277)		95.544,00 EUR
A.s.b.l. SOLSOC (B.C.E. 432.624.255)		31.848,00 EUR

Article 124. Collaboration avec l'a.s.b.l. Réseau Solidaris Namur

	Montant maximum de subvention à octroyer aux différentes structures socio-sanitaires au cours de l'année 2026	**Montant définitifs de subventionnement effectivement octroyés aux différentes structures socio-sanitaires en 2025**
Asbl Réseau Solidaris Namur (B.C.E. 0770.900.174)	2.750.000,00 EUR	2.366.604 EUR
Pour les services et activités énumérés ci-dessous :		
A.s.b.l. Latitude Jeunes de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0451.890.930)		122.000 EUR
A.s.b.l. Centre de Santé du Namurois - Réseau Solidaris (BCE 0460.733.865)		225.000 EUR
A.s.b.l. SORALIA de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0433.676.013)		311.000 EUR
A.s.b.l. Centre de Planning Familial de la Province de Namur – Réseau Solidaris (BCE 0411.570.703)		270.000 EUR
A.s.b.l. Centrale de Services à Domicile de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0443.258.524)		1.000.000 EUR
A.s.b.l. ENSENCA - LIAGES de la Province de Namur - Réseau Solidaris (BCE 0419.189.359)		210.000 EUR
A.s.b.l. La Maison d'Enfants Solidaris (BCE 0420.805.992)		206.000 EUR

ANNEXE - Article 126 – Tableau des cotisations

Tableau de cotisations de l'entité : 319 - Solidaris Wallonie

Version: 2026/1
Date d'approbation: 06/12/2025
Date d'application: 01/01/2026
Statut: A0 – créé, pas contrôlé

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge	
Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge	**Références (articles des statuts)**
Cat.3: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et sans personnes à charge	126
Cat.4: Ménage mutualiste avec cotisations réduites et avec personnes à charge	126

A. Cotisations propres

Services		Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
			Cotisations normales		Cotisations réduites	
Code	Nom		Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
14	Hospitalisation	95	1,56	1,56	0,84	0,84
15	Autres opérations	de 81 à 111	138,36	138,36	109,08	109,08
37	Information aux membres sur les avantages offerts	113	1,92	1,92	1,92	1,92
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	98-117 à 124	1,08	1,08	1,08	1,08
93	Patrimoine	119	15,24	15,24	15,24	15,24
95	Accords de collaboration non ventilés	de 120 à 124	22,56	22,56	22,56	22,56
98/01	Centre administratif : centre de répartition	115	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	116	2,16	2,16	2,16	2,16
		Total	**182,88**	**182,88**	**152,88**	**152,88**

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

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2
300	Solidaris - Union Nationale des Mutualités Socialistes	2025/1	01/01/2025	7,92	7,92
			Total	**7,92**	**7,92**

Total A + B

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
319	Mutualité Solidaris Wallonie	2026/1	01/01/2026	182,88	182,88	152,88	152,88
300	Solidaris - Union Nationale des Mutualités Socialistes	2025/1	01/01/2025	7,92	7,92	7,92	7,92
			Total	**190,80**	**190,80**	**160,80**	**160,80**

Précisions

taux UNMS au 01/01/2026 = 9,12 €

Total (cat 1-2) = 192 € et (cat 3-4) 162 €

– Fin du document –