

STATUTS

Version coordonnée en vigueur au 01/01/2020

Après délibération de l'Assemblée Générale, réunie le 22 juin 2020

MUTUALITE :

MUTUALITE CHRETIENNE DE LA PROVINCE DE LUXEMBOURG

Etablie à ARLON
7-9 RUE DE LA MOSELLE

Reconnue par L'ARRETE ROYAL DU 10.05.1901
(Moniteur belge du 02.07.1901)

Affiliée

- à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, dont les statuts sont publiés sur le site www.mc.be
- à la Société Mutualiste Solimut, dont les statuts sont publiés sur le site www.mc.be
- à la Société Mutualiste d'Assurance MC Assure
- à la Société Mutualiste MC Wallonie
- à la Société Mutualiste MC Bruxelles
- à la Société Mutualiste CM-Zorgkas Vlaanderen

Version approuvée par le Conseil de l'Office de Contrôle des Mutualités le 07 septembre 2020.

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Après délibération, l'Assemblée Générale, réunie le 22 juin 2020 , a décidé, aux quorums de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la mutualité comme suit :

DÉFINITIONS

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

Alliance :

l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Mutualité :

la Mutualité Chrétienne de la Province de Luxembourg.

Assurance complémentaire :

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

Membre :

toute personne affiliée comme titulaire à la Mutualité

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

Titulaire :

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

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

- toute personne affiliée aux services et opérations et qui
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) ;

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

- pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer;
- a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une

ambassade ou d'un consulat établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 ; ;

- n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;
- Se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1° de la loi du 6 août 1990 et est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- Est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Personne à charge :

- toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit aux remboursements des prestations de soins de santé en raison d'une affiliation en tant que personne à charge d'un titulaire, tel que visé à l'article 32, alinéa premier, 17°, 18°, 19° ou 23° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

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

- ainsi que la personne qui bénéficie ou peut bénéficier d'un droit dérivé au remboursement des prestations de soins de santé à charge d'un membre qui
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).

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

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

- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Bénéficiaire :

tout membre, ainsi que les personnes qui sont à sa charge, affiliées à la Mutualité pour les services et opérations offerts et qui a droit aux avantages offerts par ces services et opérations ;

Ménage mutualiste :

le ménage mutualiste tel que défini à l'article 2 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 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;

Assurance obligatoire :

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

Services et opérations :

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

Services et opérations offerts :

les services et opérations qui sont organisés par :

- la Mutualité ;
- la société mutualiste SM Solimut à laquelle la Mutualité est affiliée ;
- l'Alliance à laquelle la Mutualité est affiliée ;

Intervention majorée :

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

Avantages :

les avantages, prestations ou interventions faisant l'objet des services et opérations offerts ;

Droit aux avantages :

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

CHAPITRE I

CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS - SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION DE LA MUTUALITE

ARTICLE 1

Une mutualité a été établie à ARLON le 27.11.1900 sous la dénomination :

MUTUALITE CHRETIENNE DE LA PROVINCE DE LUXEMBOURG,

jadis, reconnue par l'Arrêté royal du 10.05.1901 pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes.

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

Avec les autres organisations du Mouvement Ouvrier Chrétien, dont elle partage les options fondamentales, la Mutualité veut défendre et promouvoir la dignité de la personne humaine. Elle fonde son éthique sur les exigences du message évangélique.

ARTICLE 2

La Mutualité a pour mission de promouvoir le bien-être physique, psychique et social de ses membres dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité.

Dans cette perspective, la Mutualité poursuit les objectifs suivants :

- a. Dans le cadre de l'article 3 alinéa premier a) et c) de la loi du 6 août 1990 :
 - la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pour laquelle une autorisation a été donnée à l'union nationale (l'Alliance) à laquelle elle est affiliée ;
 - l'octroi d'aide, d'informations, d'accompagnement et d'assistance dans l'exécution de cette mission.

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

- b. Dans le cadre de l'article 3, alinéa premier, b) et c) de la loi du 6 août 1990 et de l'article 67, 5^e alinéa de la loi du 26 avril 2010 :
 - l'intervention financière dans les frais découlant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ;
 - l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou quand se présente une situation où le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé;
 - l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance dans l'accomplissement de cette mission ;
 - le financement d'actions collectives ;
 - le subventionnement de structures socio-sanitaires telles que visées à l'article 1^{er}, 5^o de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6 de la loi du 26 avril 2010.

A cet effet, la Mutualité organise les services et opérations suivants :

- soins médicaux et paramédicaux
- soins à domicile
- transport et frais de déplacement
- indemnités uniques
- indemnités et interventions diverses
- promotion du bien-être
- information aux membres

- centre administratif
- Subventionnement de structures socio-sanitaires

1. Soins médicaux et paramédicaux

- Vaccinations
- Service dépistage

2. Soins à domicile

- Ticket Modérateur des soins infirmiers
- Indemnité de maintien à domicile
- Aides ménagères à caractère social
- Aide aux familles et personnes âgées
- Biotélévigilance

3. Transport et frais de déplacement

4. Indemnités uniques

- Naissance et adoption

5. Financement d'actions collectives

- Coopération internationale

6. Promotion du Bien-être

- Camps, plaines et stages
- Classes de dépaysement
- Avantage sport et diététique
- Aide aux malades

7. Information aux membres

- Assistance juridique
- Information périodique des membres
- Service social

8. Centre administratif (code 98/2)

9. Service patrimonial (ASBL Progrès et solidarité)

10. Subventionnement de structures socio-sanitaires

- Altéo
- Jeunesse et Santé
- Éneo
- Eglantine
- ASBL Intégration et Travail (IST)
- Éneo sport
- Solival (ASBL)
- Aide et Soins à Domicile
- Baby-Service
- ASBL Forum de la Mobilité

Pour atteindre cet objectif, la Mutualité est affiliée à :

- L'Alliance sise à Bruxelles ;
- La société mutualiste Solimut, sise à Bruxelles ;
- la société mutualiste MC Wallonie ;
- la société mutualiste MC Bruxelles ;
- la société mutualiste CM-Zorgkas Vlaanderen.

L'affiliation aux services et opérations offerts est obligatoire pour tous les membres.

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

c. La Mutualité a également pour but :

- d'offrir la possibilité à ses membres d'adhérer à la protection sociale flamande organisée par la société mutualiste CM-Zorgkas Vlaanderen à laquelle la Mutualité est affiliée ;
- d'affilier ses membres à la société mutualiste régionale MC Wallonie à laquelle la Mutualité est affiliée en application de la loi du 6 août 1990 et de la réglementation régionale dont la société mutualiste relève ;
- d'affilier ses membres à la société mutualiste régionale MC Bruxelles à laquelle la Mutualité est affiliée en application de la loi du 6 août 1990 et de la réglementation régionale dont la société mutualiste relève ;
- d'offrir à ses membres la possibilité de s'affilier aux assurances proposées par la société mutualiste MC Assure à laquelle la Mutualité est affiliée.

La Mutualité agit comme intermédiaire d'assurances auprès de la société mutualiste MC Assure.

d. En outre, la Mutualité se donne encore pour buts :

- de soutenir et de guider des initiatives sociales dans le cadre de la solidarité internationale;
- d'organiser et de promouvoir des initiatives de formation concernant l'assurance maladie, la politique sociale et le fonctionnement des mutuelles, ainsi que la recherche scientifique relative à ces matières;
- de collaborer avec d'autres organisations sociales afin de promouvoir le bien-être physique, psychique et social de la population et sa situation vis-à-vis de la sécurité sociale;
- de soutenir et de promouvoir des initiatives d'ordre médico-social ayant pour but de garantir aux membres l'accès aux soins de santé;
- de promouvoir les loisirs récréatifs, les vacances et le tourisme social (des possibilités de vacances appropriées) et en particulier l'organisation de vacances pour handicapés, malades, jeunes, pensionnés et familles, ainsi que d'organiser l'accueil de convalescents.

ARTICLE 3

Le siège social de la mutualité est établi à 6700 - ARLON, 7-9, RUE DE LA MOSELLE.

Son champ d'activité comprend l'ensemble des communes de la province de Luxembourg, ainsi que les anciennes communes de Sugny (province de Namur), Wanne, Trois-Ponts, St-Vith et Lierneux (province de Liège), à l'exclusion des sections de Fronville (commune de Hotton), Ambly (commune de Nassogne), Resteigne (commune de Tellin), Bure (commune de Tellin) et Sohier (commune de Wellin).

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

- personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge;
- militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger pour autant qu'ils soient assujettis à l'assurance obligatoire.

ARTICLE 4

La Mutualité est affiliée auprès de l'Alliance établie à 1031 - BRUXELLES, Chaussée de Haecht, 579 -B.P.40.

ARTICLE 5

Les sociétés mutualistes affiliées auprès de l'ancienne Fédération Chrétienne des Mutualités Luxembourgeoises sont dissoutes en date du 30.06.91.

ARTICLE 6

La division administrative de la Mutualité est prévue dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le Conseil d'Administration et modifiable par lui.

CHAPITRE II

AFFILIATION

ARTICLE 7

SECTION 1 - AFFILIATION À LA MUTUALITÉ :

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

- 1° soit, dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa 1er, a), de la loi du 6 août 1990, auquel cas elle est d'office affiliée aux services :
- de l'assurance complémentaire de la Mutualité visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la Mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
 - de l'union nationale (Alliance) auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale (Alliance) qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
 - de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
 - de la société mutualiste régionale MC Wallonie ou de la société mutualiste MC Bruxelles auprès desquelles la Mutualité est affiliée, lorsque l'affiliation à une telle société mutualiste régionale lui est rendue obligatoire par la réglementation régionale dont les sociétés mutualistes relèvent.

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

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

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de

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

- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, affiliée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;
- elle a droit ou peut avoir droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique ;
- elle n'est plus soumise à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
- elle fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi en Belgique, qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 pour les prestations de santé, doit être assuré à charge du pays émetteur ;
- elle se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- elle est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette personne est d'office affiliée aux services :

- de l'union nationale (Alliance) auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de l'union nationale (Alliance) qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;
- de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

§ 2. Durant une période d'internement ou de détention, la personne, qui est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé est considérée, pour l'application du § 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 août 1990, ainsi que pour les services de la Mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

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

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

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

SECTION 2 - MOMENT DE L’AFFILIATION

L’affiliation aux services de l’assurance complémentaire de la Mutualité prend cours :

- 1° pour une personne qui était affiliée pour l’assurance complémentaire auprès d’une mutualité en qualité de personne à charge et qui s’inscrit comme titulaire auprès de la même mutualité, le premier jour du mois d’assujettissement à l’assurance obligatoire, c’est-à-dire du mois au cours duquel elle acquiert une des qualités visées à l’article 32, 1° à 16°, et 20° à 22°, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° pour une personne qui était affiliée pour l’assurance complémentaire auprès d’une mutualité en qualité de titulaire et qui s’inscrit comme titulaire auprès d’une autre mutualité, à partir du premier jour du trimestre de l’entrée en vigueur de cette affiliation ;
- 3° pour une personne qui était affiliée pour l’assurance complémentaire auprès d’une mutualité en qualité de personne à charge et qui s’inscrit comme titulaire auprès d’une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d’inscription ;
- 4° pour une personne qui était affiliée pour l’assurance complémentaire auprès d’une mutualité en qualité de titulaire et qui est inscrite comme personne à charge auprès d’une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d’inscription ;
- 5° pour une personne visée à l’article 7, § 1er, 2°, ainsi que pour les personnes affiliées pour la première fois auprès d’une mutualité belge, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d’inscription ;
- 6° pour une personne qui était affiliée pour l’assurance complémentaire auprès d’une mutualité en qualité de personne à charge et qui s’inscrit comme personne à charge auprès d’une autre mutualité, le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d’inscription.

ARTICLE 8

Peuvent être exclus de la Mutualité les membres qui ont enfreint les présents statuts. Le membre est informé de son exclusion par courrier recommandé. La réintégration du membre sera soumise aux conditions nécessaires pour la récupération du bénéfice des avantages de l’assurance complémentaire applicables aux membres dont ce bénéfice a été supprimé par application de l’article 13, §4 des présents statuts.

ARTICLE 9

Un membre qui est affilié à la Mutualité pour l’assurance obligatoire ne peut résilier son affiliation à l’ensemble des services visés à l’article 2 a, 2b et 2c de sa propre initiative sauf par transfert vers une autre mutualité chrétienne ou par mutation vers un autre organisme assureur en application de l’article 118, alinéa 3, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994. Cette résiliation ne dispense pas le membre de payer les cotisations pour les services et opérations pour les périodes écoulées pour lesquelles la prescription n’est pas encore intervenue.

Un membre qui n’est pas affilié à la Mutualité pour l’assurance obligatoire peut résilier à tout moment son affiliation, et ce quand bien même il n’aurait pas payé la totalité de ses cotisations à ce moment, celles-ci restant toutefois dues pour les périodes d’affiliation écoulées pour lesquelles la prescription n’est pas encore intervenue.

CHAPITRE III

CATEGORIES DE MEMBRES

ARTICLE 10

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

- première catégorie :
les indépendants et les membres des communautés religieuses cités à l'article 32, alinéa premier, points 1bis, 2, 6bis, 6ter, 11bis, 11ter, 11quater, 21 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et leurs personnes à charge ;
- deuxième catégorie :
 - a. les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément aux autres points de l'article 32, alinéa premier, et les travailleurs salariés repris sous le point 2 du même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, que celui qui s'applique aux membres de la première catégorie, et leurs personnes à charge ;
 - b. les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, conformément aux autres points de l'article 32, même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, que celui qui s'applique aux membres de la première catégorie, et leurs personnes à charge ;
 - c. les personnes qui ont leur résidence ou leur domicile principal en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à un traité de sécurité sociale, ont en nom propre un droit au remboursement des prestations de soins de santé à charge de l'étranger, et qui se sont affiliées à la Mutualité pour les services et opérations, et leurs personnes à charge ;
 - d. les personnes qui ont leur résidence ou leur domicile principal en dehors de la Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à un traité bilatéral de sécurité sociale, ouvrent en nom propre un droit au remboursement des prestations de soins de santé à charge de la Belgique, et qui se sont affiliées à la Mutualité pour les services et opérations, et leurs personnes à charge ;
 - e. les personnes qui se sont affiliées à la Mutualité pour les services et opérations et qui :
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont titulaires à la Caisse des soins de santé du HR Rail, et les personnes à leur charge ;
 - pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont titulaires à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et les personnes à leur charge.

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

- pour les soins de santé, sont assurées en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS)/Régime de Sécurité Sociale d'Outre-mer, et les personnes à leur charge;
- a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 et les personnes à leur charge ;

- n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge et les personnes à leur charge;
- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1° de la loi du 6 août 1990 et est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs et les personnes à leur charge;
- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et les personnes à leur charge.

CHAPITRE IV

COTISATIONS, PAIEMENT ET PRESCRIPTION , BENEFICE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ET SANCTIONS

COTISATIONS

ARTICLE 11

§1 REDEVABILITE

Les membres affiliés s'engagent à payer à la Mutualité une cotisation mensuelle pour les services et opérations offerts.

Les cotisations sont dues à la Mutualité à partir de l'entrée en vigueur de l'affiliation, telle que définie par l'article 7 des présents statuts et pour chaque mois entamé.

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

§2. MONTANT

Le montant annuel des cotisations par ménage mutualiste pour les services et opérations organisés par cette mutualité est fixé dans le tableau des cotisations joint en annexe aux présent statuts.

Sont redevables d'une cotisation égale à zéro euro aux services et opérations :

1. les personnes de moins de 21 ans, atteintes d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%, tel que visé à l'article 37, §19, 5° de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrites comme titulaires auprès de la mutualité et ses personnes à charge ;
2. les personnes de moins de 25 ans, à qui l'une des interventions visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux interventions aux personnes handicapées est accordée, tel que visé à l'article 37, §19, 4° de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrites comme titulaires auprès de la Mutualité et ses personnes à charge.

ARTICLE 12

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

BENEFICE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE EN FONCTION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

ARTICLE 13

Types de membres

§ 1. INTRODUCTION

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

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

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

- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de l'union nationale (Alliance) auprès de laquelle la Mutualité est affiliée. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de l'Alliance;
- de la possibilité de bénéficier des avantages prévus par les statuts de la société mutualiste Solimut auprès de laquelle la Mutualité est affiliée. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste ;
- de la possibilité de bénéficier de la couverture d'assurance que le membre a souscrite auprès de la société mutualiste d'assurances (SMA) MC Assure et de l'affiliation à cette société mutualiste d'assurances. Il est à cet égard renvoyé aux statuts de cette société mutualiste d'assurances.

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

§2. LE MEMBRE POUVANT BENEFCIER D'UN AVANTAGE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Sans préjudice de l'application de l'article 46, un membre pouvant bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est un membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire de la Mutualité:

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

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

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

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

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

- 2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3. LE MEMBRE DONT LA POSSIBILITE DE BENEFICIER D'UN AVANTAGE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE EST SUSPENDUE

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

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

Si, durant la période de référence visée à l'alinéa 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 le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée au § 4, alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés ;

2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 23 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

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

§ 4. LE MEMBRE DONT LA POSSIBILITE DE BENEFICIER DES AVANTAGES DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE EST SUPPRIMEE

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire de la Mutualité, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

1° les mois de la période susvisée durant lesquels ladite personne perd sa qualité de titulaire au sens précité et devient personne à charge d'un titulaire sont assimilés à des mois pour lesquels les cotisations ont été payées.

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

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

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

b) se trouve dans une des situations suivantes :

1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;

2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;

2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

Sans préjudice de l'application de la prescription visée à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990, le membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée ne pourra à nouveau bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire de la Mutualité qu'après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées pour ces services sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage de l'assurance complémentaire.

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

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

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

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

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

CHAPITRE V

ORGANES DE LA MUTUALITE

SECTION 1 - L'ASSEMBLEE GENERALE

COMPOSITION

ARTICLE 14

L'Assemblée Générale se compose d'un délégué par 750 au sens des définitions reprises en introduction des présents statuts, c'est-à-dire, toute personne affiliée comme titulaire à la Mutualité

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

Les effectifs sont calculés au 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle ces nombres doivent être fixés.

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

Les membres et les personnes à charge peuvent élire des représentants suppléants à l'Assemblée Générale.

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

CIRCONSCRIPTIONS

ARTICLE 15

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale, la Mutualité est répartie en 5 circonscriptions électorales, à savoir :

les arrondissements administratifs d'Arlon, Virton, Neufchâteau, Bastogne et Marche.

Font partie d'une circonscription électorale :

1. Les membres qui sont domiciliés dans cette circonscription.
2. Les membres domiciliés hors province dans une commune limitrophe de cette circonscription.
3. Les membres domiciliés hors province, hors commune limitrophe de la province et dont la section relève de cette circonscription.

ARTICLE 16

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres ayant droit de vote élisent le nombre de représentants proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale.

La répartition des mandats entre les circonscriptions électorales s'effectue comme suit :

- 1° Fixation du nombre de représentants par circonscription électorale en fonction du nombre de membres de cette circonscription.
Les mandats directs sont déterminés sur base de l'article 14 des statuts.
- 2° Les mandats restants sont affectés aux circonscriptions électorales au prorata des nombres non utilisés de membres.

CONDITIONS DE DROIT DE VOTE ET D'ELIGIBILITE

ARTICLE 17

Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale :

- a. il faut être membre de la Mutualité;
- b. il faut être majeur ou émancipé, au moment de l'élection;
- c. s'il s'agit d'un titulaire, il doit être en ordre de cotisation auprès de la Mutualité;
- d. s'il s'agit d'une personne à charge, titulaire dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la Mutualité.

ARTICLE 18

Pour pouvoir être élus à l'Assemblée Générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- a. avoir le droit de vote dans le sens de l'article précédent;
- b. être de bonne conduite et ne pas être privés des droits civils;
- c. être affiliés depuis au moins 2 années avant la date d'élection;
- d. ne pas être membre du personnel de la Mutualité ou de l'Alliance, sous contrat à durée indéterminée. Par membre du personnel, il faut comprendre celui qui a conclu un contrat de travail avec la Mutualité, l'Alliance dont elle fait partie, ou une A.S.B.L. faisant partie de la même unité technique d'exploitation. Sont assimilés aux membres du personnel ceux qui sont mis au travail dans le cadre de programmes de résorption du chômage.
- e. être titulaires ou bénéficiaires de l'assurance complémentaire et être en ordre de cotisations.

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

La démission ou l'exclusion de la Mutualité ou la perte de la qualité d'éligibilité à l'Assemblée Générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre de l'Assemblée Générale de la Mutualité. Ce mandat est automatiquement occupé par le membre suppléant élu.

PROCEDURE ELECTORALE

ARTICLE 19

Les membres majeurs ou émancipés sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la Mutualité :

1. de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat;
2. de la date limite pour soumettre les candidatures;
3. de la répartition des circonscriptions électorales et du nombre de mandats par circonscription;
4. des dates qui découlent de la procédure électoral ;
5. des conditions d'éligibilité.

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

ARTICLE 20

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

Le Président qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 18 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le refus peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'Arrêté Royal du 7 mars 1991.

ARTICLE 21

Une liste des candidats effectifs, et le cas échéant une liste des suppléants, est établie par circonscription électorale.

Le Conseil d'Administration de la Mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent dans les listes.

ARTICLE 22

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

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

BUREAUX ELECTORAUX

ARTICLE 23

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

Le Président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'Administration.

Le secrétaire est désigné par le Président parmi les membres du personnel de la Mutualité.

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

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

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

ETABLISSEMENT DES LISTES ELECTORALES

ARTICLE 24

Les listes électorales sont établies par circonscription.

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

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

LE VOTE

ARTICLE 25

Le vote est libre.

Le vote se déroule par correspondance ou/et dans l'un des bureaux de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur.

L'électeur doit avoir le choix entre les deux modes de vote, en ce sens qu'il doit en tout cas avoir la possibilité de voter par correspondance.

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

Vote par correspondance :

Le bulletin de vote, qui ne mentionne aucune donnée d'identification relative à l'électeur, est envoyé dans une enveloppe sur laquelle figure la mention "Port payé par le destinataire", ainsi que l'inscription "Au Président du bureau électoral pour l'élection de l'Assemblée Générale de la mutualité...".

L'identité de l'expéditeur doit également figurer sur l'enveloppe (nom, prénom, adresse et numéro de membre). Le bulletin de vote doit être glissé dans l'enveloppe, qui doit être envoyée par la poste. Celle-ci doit arriver avant la clôture du scrutin.

Vote dans un des bureaux de vote :

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

Dans le bureau de vote, le secrétaire désigné par le bureau électoral (voir art. 23 dernier alinéa), note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur les listes d'électeurs.

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

ARTICLE 26

Chaque électeur n'est habilité à émettre qu'un seul vote.

1. Si le Conseil d'Administration opte pour une présentation par ordre alphabétique des candidats, le vote est nominatif. Dans ce cas, l'électeur accorde son suffrage au candidat de son choix en remplissant la case figurant en regard de ses nom et prénom.
2. Si le Conseil d'Administration opte pour une présentation des candidats selon une liste confectionnée par lui, le vote s'effectue nominativement ou en case de tête selon que l'électeur ne ratifie pas ou marque son accord sur l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

DEPOUILLEMENT DES BULLETINS DE VOTE

ARTICLE 27

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

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

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

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, soit le mandat est accordé au candidat le plus âgé (article 26, 1.), soit l'ordre de la liste établie par le Conseil d'Administration est prépondérant (article 26, 2.).

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote ;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage ;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur ;
- les bulletins qui contiennent toute autre marque que le vote.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin, les circonscriptions pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 28 des statuts.

EXEMPTION DE L'OBLIGATION D'ORGANISER DES ELECTIONS

ARTICLE 28

Lorsque le nombre de candidats par circonscription est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus (articles 14 et 15 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991).

ARTICLE 29

Les membres ayant droit de vote sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la Mutualité, des résultats du scrutin, au plus tard quinze jours civils après l'élection.

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

ARTICLE 30

Dans les trente jours suivant l'élection sont transmis à l'Alliance, qui les enverra, au nom des mutualités, à l'Office de contrôle des mutualités :

- 1° Un exemplaire du règlement électoral.
- 2° La composition du bureau électoral.
- 3° Un double du procès-verbal de la procédure électorale.
- 4° Un exemplaire des lettres et publications destinées aux membres.

INSTALLATION DE LA NOUVELLE ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 31

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

Elle peut élire au maximum cinq conseillers à l'Assemblée Générale. Ceux-ci ont voix consultative.

En outre, les membres de la direction (secrétaire, secrétaire(s) adjoint(s), attaché de direction et comptable) de la Mutualité assistent à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

COMPETENCES DE L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 32

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

Chaque membre présent ou valablement représenté de l'Assemblée Générale dispose d'une voix, sauf dans les cas visés à l'article 18, §2, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990.

Un membre qui ne peut personnellement assister à l'Assemblée Générale, peut se faire représenter, moyennant une procuration écrite, par un autre membre de l'Assemblée Générale. Chaque membre ne peut être détenteur que d'une procuration.

En cas d'égalité de voix lors d'un vote, la voix du Président est prépondérante.

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

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale désigne un réviseur d'entreprise parmi le Collège de deux réviseurs d'entreprise désigné par l'Assemblée Générale de l'Alliance.

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

Le mandat du réviseur est fixé pour une période renouvelable de 3 ans.

Le réviseur assiste à l'Assemblée Générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même.

Le réviseur a le droit de prendre la parole à l'Assemblée Générale concernant les points se rapportant à sa tâche.

SECTION 2 - ELECTION DES REPRESENTANTS POUR L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'ALLIANCE NATIONALE ET DES SOCIETES MUTUALISTES AUXQUELLES EST AFFILIEE LA MUTUALITE.

ARTICLE 33

La délégation de la Mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Alliance comprend 1 délégué par 7.500 membres.

ARTICLE 34

Les délégués sont élus par l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale élit les délégués suppléants à l'Assemblée Générale de l'Alliance.

ARTICLE 35

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

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

Les représentants de la Mutualité à l'Assemblée générale de la société mutualiste MC Assure sont élus selon les modalités prévues dans l'AR du 26 août 2010 portant l'exécution des articles 2, §3, alinéa 2, 14, §3, et 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, §5, et 70, §7, de cette même loi et dans les statuts de la société mutualiste MC Assure.

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

ARTICLE 36

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

SECTION 3 - CONSEIL D'ADMINISTRATION.

ARTICLE 37

Le Conseil d'Administration de la Mutualité se compose d'un nombre de membres qui ne peut excéder la moitié du nombre de membres de l'Assemblée générale avec un maximum de 36 personnes. Il ne peut comporter plus de 80% de personnes du même sexe ni plus d'un quart des personnes rémunérées par la Mutualité ou l'Alliance.

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

Le Conseil d'Administration doit compter au moins trois représentants de chaque circonscription électorale.

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut être majeur et de bonne conduite vie et mœurs, et satisfaire aux conditions de l'article 18 a., b., c., e. Il ne faut toutefois pas faire partie de l'Assemblée générale.

Le mandat de membre du Conseil d'Administration est exercé à titre gratuit. Toutefois, les membres du Conseil d'Administration, qui sont présents lors de la réunion du Conseil d'Administration, peuvent recevoir une indemnité de déplacement.

ARTICLE 38

Le Conseil d'Administration est élu par les membres de l'Assemblée générale. La durée du mandat est fixée à 6 ans, renouvelable.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au président du Conseil d'Administration. Ce dernier veillera à une représentativité des différentes catégories socio-professionnelles (indépendants, salariés, fonctionnaires...), tenant compte des cinq circonscriptions électorales prévues à l'article 15, ainsi qu'à une représentativité des mouvements socio-éducatifs mutualistes. Il s'assurera, en outre, d'une représentation suffisante des deux sexes.

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

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

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions.

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

Le Président détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, sur base des candidatures valablement reçues par lui-même, conformément à l'alinéa 2 du présent article. Cet ordre est prépondérant en cas d'égalité des voix.

ARTICLE 39

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

La démission ou l'exclusion de la Mutualité ainsi que la perte de la qualité d'éligibilité au Conseil d'Administration entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la Mutualité.

L'administrateur qui aura été absent trois fois consécutivement sans motif justifié est considéré comme démissionnaire.

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un administrateur suivant la procédure prévue à l'article 19 § 2 de la loi du 6 août 1990 au cas où :

- l'administrateur commet une infraction à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution;
- l'administrateur commet une infraction à la loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution;
- l'administrateur a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée;
- l'administrateur accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la Mutualité ou de l'alliance dont elle fait partie;
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la Mutualité ou de l'Alliance dont elle fait partie.

Le Conseil d'Administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité absolue des votes exprimés. En cas d'égalité de voix, la voix du Président est prépondérante.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, un deuxième Conseil d'Administration sera convoqué qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Lorsqu'il faut voter au sujet de personnes, il y a scrutin secret.

ARTICLE 40

Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée générale. Il se réunit sur convocation du président au moins deux fois par an et obligatoirement avant chaque Assemblée générale pour fixer l'ordre du jour de celle-ci. Il se réunit d'urgence sur convocation du président ou à la demande conjointe de cinq de ses membres.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au Président ou à un ou plusieurs administrateurs désignés par le Conseil d'Administration en son sein, et qui forment le comité de gestion (ou bureau journalier). Le fonctionnement de ce dernier est régi par un règlement d'ordre intérieur approuvé par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 41

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Président et deux vice- présidents. Tous trois feront partie du Comité de Gestion.

Le Directeur Régional, nommé sur avis conforme de l'alliance, exerce la fonction de secrétaire du Conseil d'Administration et de l'Assemblée générale.

Le Directeur Adjoint responsable des Finances, nommé sur avis conforme de l'alliance, exerce la fonction de trésorier du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 42

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

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière au Directeur Régional ou à un membre du Conseil d'Administration, pour traiter avec les autorités publiques.

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'Administration.

ARTICLE 43

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

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

ARTICLE 44

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

A chaque Assemblée Générale, le Conseil d'Administration fait rapport de la situation financière.

CHAPITRE VI

LES OPERATIONS ET SERVICES DE LA MUTUALITE : ASSURANCE OBLIGATOIRE ET ASSURANCE COMPLEMENTAIRE.

SECTION 1 - ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA MALADIE ET L'INVALIDITE.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité visée à l'article 2 a) des présents statuts est assurée par la Mutualité.

SECTION 2 - ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

ARTICLE 45

Pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2 b. des présents statuts, la Mutualité organise des opérations et services pour les membres et leurs personnes à charge, selon les modalités fixées ci-dessous.

CONDITIONS GENERALES

ARTICLE 46

- a. La qualité de membre permet de bénéficier des avantages prévus par les présents statuts, à condition que:
1. les conditions d'âges prévues pour chaque avantage soient respectées;
 3. les cotisations soient payées.

Les dispositions du paragraphe a) de la présente disposition s'applique sans préjudice des dispositions reprises dans l'article 13.

- b. Si une disposition légale ou réglementaire prévoit l'intervention d'une autorité qui a trait à un avantage ou une prestation pour laquelle ces statuts prévoient également une intervention, alors l'intervention prévue dans les statuts est diminuée du montant de l'intervention de l'autorité. En cas d'octroi d'une intervention en assurance obligatoire, l'addition de celle-ci et de l'intervention de l'assurance complémentaire ne pourra jamais être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, §§ 1^{er}, 2, ou 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par rapport aux autres membres.

ARTICLE 47

[libre]

ARTICLE 48

A. Vaccinations (code 15/02)

1. Remboursement, à partir du 01-01-2008, sans condition d'âge, pour les frais encourus lors de l'administration de tout vaccin et/ou traitement désensibilisant des personnes allergiques, reconnus en Belgique.
2. Le service vaccination rembourse les frais restant à charge des membres, c'est-à-dire les frais réellement encourus par les membres déduction faite de tout autre remboursement et de toute ristourne.

L'intervention maximale cumulée par bénéficiaire est limitée à 25 € par année civile pour les vaccins et/ou pour les traitements désensibilisants.

Ces interventions peuvent être obtenues par les membres sur présentation des documents spécifiques requis et du formulaire BVAC (attestation de prestation pharmaceutique remboursable dans le cadre de l'assurance complémentaire) délivré par le pharmacien, ou de toute attestation d'achat pour les vaccins et traitements achetés en dehors de la Belgique.

B. Service dépistage (code 15/03)

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

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

ARTICLE 49

Soins à domicile

1. Ticket Modérateur (TM) soins infirmiers (code 15/04)

Le service a pour but de prendre en charge, à 100 %, le ticket modérateur pour les prestations effectuées par les Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg.

Cette intervention est toutefois diminuée du montant des prestations accordées par la législation sur le Maximum A Facturer (MAF) (loi du 05-06-2002).

2. Indemnité de maintien à domicile (code 15/05)

Une indemnité de 0,62 € est octroyée à toute personne soignée à domicile et bénéficiant, pour le remboursement de ses soins infirmiers, de l'intervention du type « forfait B » ou plus (ex : « forfait C »,...). Cette indemnité est accordée à partir du 31ème jour du bénéfice de ce « forfait B » ou plus (ex : « forfait C »,...).

N'ouvrent pas le droit à l'indemnité de maintien à domicile, les périodes d'hospitalisation et les périodes de séjour en M.R. et M.R.S. Ces périodes n'entraînent toutefois aucune nouvelle carence si les soins sont continus. En outre, le paiement de l'indemnité cesse lorsque les soins infirmiers prennent fin.

3. Aides ménagères à caractère social (code 15/07)

Un remboursement de 0,25 euros/heure est accordé pour tout bénéficiaire faisant appel à une aide-ménagère à caractère social de Aides et Soins à Domicile en Province de Luxembourg.

4. Aides aux familles et aux personnes âgées (code 15/08)

Octroi aux affiliés d'une indemnité de 0,25 € par heure prestée par une aide familiale ou aide sénior d'un service reconnu en Belgique, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 € par jour.

Pour les bénéficiaires de l'indemnité de maintien à domicile (art.49.2.), l'intervention à l'heure prestée est portée à 0,50 € et le maximum journalier est porté à 4 €.

5. Biotélévigilance (code 15/09)

Prise en charge d'un montant de 6 euros sur l'abonnement mensuel du membre au système de téléassistance placé par Samaritel (Agence Prévention et Sécurité) qui organise un service de téléassistance 24h/24 pour les personnes en perte d'autonomie, suite à un appel de type médical, social ou sécuritaire, et ce dans le strict respect de priorités manifestées par le membre.

ARTICLE 50

Transport et Frais de déplacement (code 15/10)

La Mutualité organise un service destiné à intervenir dans les frais-de déplacement.

a. En cas d'hospitalisation, salle de plâtre ou forfaits (maxi, mini, hôpital de jour) tels que prévus dans la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les O.A.

En cas d'hospitalisation, par trajet AR, on entend l'aller (date d'entrée) pour l'hospitalisation et le retour (date de sortie) après l'hospitalisation.

Il est fixé comme suit :

a.1. En cas de déplacement par train ou en cas d'utilisation d'une voiture privée, le remboursement se calcule au forfait entre la commune de résidence du bénéficiaire et l'hôpital ou le milieu universitaire.

Lorsque la distance aller/retour entre la commune et l'hôpital est inférieure à 35 km, le forfait est réduit à zéro.

La liste des forfaits ainsi calculés est établie par la Mutualité pour les hôpitaux belges. Cette liste est ajoutée en annexe des statuts et est consultable auprès des conseillers mutualistes.

a.2. 0,20 € par km de déplacement par taxi lorsqu'il y a urgence ou nécessité médicale.

a.3. 0,13 € par km de déplacement effectué par un service de transport agréé par la Mutualité.

Par transport agréé, il y a lieu d'entendre toute voiture conduite par une personne bénévole encadrée par un organisme reconnu par la Mutualité selon des critères objectifs (formation, sérieux, couverture assurance). Sont actuellement agréés :

* Altéo

* La Croix-Rouge et les CPAS organisant un service de transport identique à celui défini ci-dessus

* Forum de la Mobilité

a.4. 0,30 € par km pour le transport en corbillard.

a.5. a) 0,50 € du km à partir du 1er km, en cas de transport en ambulance non conventionnée.

b) Une convention spécifique a été conclue entre Paramédical Team, New Ambu Semois, Ambulance Transports Services, ASBL Ambulance, Entraide et Solidarité pour le Luxembourg, Param Services ASBL, I.N.S. Ambulance, B.E.A sprl et le Collège Intermutualiste de la Province de Luxembourg pour le transport non urgent en ambulance dont les tarifs de remboursement s'établissent comme suit :

Extrait de la convention

Tarif de base

§1. Nonobstant les possibilités maximales de tarification kilométrique reprises par la réglementation cadre de la Région wallonne, il est instauré au profit des affiliés des mutualités signataires remplissant les conditions d'accès au bénéfice de la présente convention un tarif de base unique ainsi convenu :

1° Pour tout trajet de moins de 10 kilomètres :

Dans ce cas, le patient supportera seul un forfait fixé à 64,37 € pour toute la durée du présent accord, et quel que soit le type de véhicule, visé par la présente convention, qui aura été utilisé par le transporteur.

2° Pour les trajets de plus de 10 kilomètres, justifiés par un certificat médical attestant de la nécessité au minimum de la position couchée, voire de la nécessité d'assistance (para)médicale du patient pendant son transport.

Le patient supportera seul un forfait pour les 10 premiers kilomètres, fixé à 64,37 €.

Ensuite, les kilomètres supplémentaires compris entre le 11ème kilomètre et le retour au point de facturation le plus proche du lieu de prise en charge sont facturés selon le tarif suivant :

- ambulance normalisée : 2,72 € / km

- ambulance paramédicalisée* : 3,09 € / km

- ambulance médicalisée* : 4,10 € / km

* Dans ce cas, s'agissant d'un transport accompagné d'une équipe (para)médicale, le transporteur doit joindre à la facture les éléments d'identification du(des) prestataire(s). Si non, le transport sera considéré comme transport normalisé.

§2. Temps d'attente (tout type de trajets) :

La première demi-heure d'attente au domicile de l'assuré ou à l'hôpital ne peut être prise en considération. Si l'attente se prolonge, chaque demi-heure d'attente supplémentaire est facturée, au prix de 26,18 € à charge du patient, étant entendu qu'au-delà de la troisième, la facturation de toute demi-heure est subordonnée à un justificatif que le transporteur devra obtenir auprès des services de l'institution où l'attente se déroule et qui sera transmis à la Mutualité.

§3. Consommables :

Sont considérés comme couverts par le tarif kilométrique.

§4. Coût des éventuels prestataires accompagnateurs :

Sous condition d'identification du/des prestataire(s) par leurs nom, cachet et numéro INAMI en annexe de la facture envoyée et de l'indication du détail du temps de la prestation, les prestataires peuvent, au prorata, se voir facturer :

- 73,31 € par heure prestée par un(e) médecin ou 91,63 € /h en cas de prestations au-delà de 20h, les dimanches ou jours fériés ;

- 34,56 € par heure prestée par un(e) infirmier(e) SIAMU ou 39,80 € /h en cas de prestations au-delà de 20h, les dimanches ou jours fériés ;

§5. Tarif kilométrique et prestations effectuées de nuit, les dimanches et jour fériés

Pour les transports effectués la nuit, un dimanche ou un jour férié, une majoration de 15 % de la facturation est admise dans le respect des principes de tarification repris à l'article 4 §3 de l'arrêté du Gouvernement Wallon du 12 mai 2005 relatif au transport médico-sanitaire

§6. Indexation

Les tarifs repris dans ce présent article, ainsi que la ventilation patient - Mutualité ci-après détaillée et appliquée pour les affiliés en ordre d'assurance complémentaire, sont indexés au 1er janvier de chaque année (première application en janvier 2018) sur base de l'indice santé du mois de septembre selon la formule suivante :

Les montants (tarif kilométrique/part patient/part mutualité) pour l'année « n » sont calculés en multipliant leur valeur référence reprise dans la présente convention par le rapport entre l'index de septembre de l'année « n-1 » et

celui de septembre 2019(103.68 - base 2013). Les tarifs repris dans ce présent article sont les tarifs à partir du 1^{er} janvier 2020.

Application du tiers-payant

Le Tiers-payant est d'application pour tous les affiliés qui sont en ordre d'assurance complémentaire. Dans ce cas :

a) La part à charge du patient s'élève à :

- ambulance normalisée : 0.90 €/ km ; les éventuels 15% de majoration « nuit »

- ambulance paramédicalisée* : 0,93 € / km ; 5 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » ; 11,52 € (ou 13,26 €) du forfait horaire infirmier

- ambulance médicalisée* : 1,35 €/ km ; 5 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » ; 27,59 € (ou 30,53 €) du forfait horaire médecin.

b) La part à charge de la Mutualité concernée sera de :

- ambulance normalisée: 1,82 € / km

- ambulance paramédicalisée* : 2,16 € / km ; 10 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » ; 23 ,04 € (ou 26,54 €) du forfait horaire infirmier

- ambulance médicalisée* : 2,75 €/ km ; 10 des 15 % de l'éventuelle majoration « nuit » ; 45,72 € (ou 61,10 €) du forfait horaire médecin.

* Dans ce cas, s'agissant d'un transport accompagné d'une équipe (para)médicale, le transporteur doit joindre à la facture les éléments d'identification du(des) prestataire(s). Si non, le transport sera considéré comme transport normalisé.

b. En cas de consultation ou examen en milieu universitaire ; en cas de déplacement en milieu hospitalier pour traitement spécifique nécessitant de nombreux déplacements ; en cas de déplacement dans un centre de rééducation fonctionnelle, sur base du dossier INAMI ou en cas de déplacement, hors province de Luxembourg, pour la réalisation d'un examen par PET-SCAN agréé,

Il est fixé comme suit :

b.1. Quel que soit le mode de transport, le remboursement se calcule au forfait entre la commune de résidence du bénéficiaire et l'hôpital ou le milieu universitaire. Lorsque la distance aller/retour entre la commune et l'hôpital est inférieure à 35 km, le forfait est réduit à zéro. La liste des forfaits ainsi calculés est établie par la Mutualité pour les hôpitaux belges. Cette liste est ajoutée en annexe des statuts et est consultable auprès des conseillers mutualistes.

b.2. a) 0,50 € du km à partir du 1er km, en cas de transport en ambulance non conventionnée.

b) Une convention spécifique a été conclue entre Paramédical Team, New Ambu Semois, Ambulance Transports Services, ASBL Ambulance, Entraide et Solidarité pour le Luxembourg, Param Services ASBL, I.N.S. Ambulance, B.E.A sprl et le Collège Intermutualiste de la Province de Luxembourg pour le transport non urgent en ambulance dont les tarifs de remboursement sont repris au point a.5. b) ci-dessus.

b.3. 0,13 € par km de déplacement effectué par un service de transport agréé par la Mutualité.

Par transport agréé, il y a lieu d'entendre toute voiture conduite par une personne bénévole encadrée par un organisme reconnu par la Mutualité selon des critères objectifs (formation, sérieux, couverture assurance).

Sont actuellement agréés

* Altéo

* Forum de la Mobilité

Dans tous les cas, le remboursement est calculé sur base des distances publiées au dictionnaire moderne des communes belges.

ARTICLE 51

- a. En cas de consultation ou examen en milieu universitaire, les remboursements sont limités à 15 trajets AR maximum par an et par bénéficiaire.
- b. En cas de déplacement en milieu hospitalier pour traitement spécifique les remboursements sont limités à 15 trajets AR maximum par an et par bénéficiaire. En outre, le bénéficiaire doit fournir un certificat médical circonstancié, justifiant la nécessité du traitement spécifique dans le milieu hospitalier.
- c. En cas de déplacement, hors province de Luxembourg, pour la réalisation d'un examen par PET-SCAN agréé, les remboursements sont limités à 15 trajets AR maximum par an et par bénéficiaire.
- d. En outre, une intervention dans les frais de déplacements de et vers un centre de rééducation fonctionnelle reconnu par l'INAMI est prévu, pour autant qu'un accord de rééducation fonctionnelle en assurance obligatoire ait été octroyé et qu'aucun remboursement de frais de déplacement ne soit pris en charge par l'assurance maladie invalidité. Les consultations chez un médecin spécialiste en rééducation ne sont pas concernées par cet avantage. Le remboursement de ces déplacements est limité à un montant maximum de 700 € par année civile et par bénéficiaire.
- e. Le remboursement n'est pas accordé en cas d'hospitalisation en sanatorium pour cause de tuberculose ou dans un établissement psychiatrique fermé.

INDEMNITÉS UNIQUES

ARTICLE 52

Indemnité de naissance et d'adoption (code 15/11)

Octroi d'une prime de 300 € pour le 1^{er} enfant et de 150 € pour les suivants lors de la naissance ou après adoption légale.

La prime est accordée une seule fois, au parent en ordre d'assurance complémentaire qui sollicite l'inscription de l'enfant à sa charge au moment de la naissance ou de l'adoption légale de l'enfant sur base de l'extrait d'acte de naissance délivré par la commune ou sur base du jugement ou de l'acte d'adoption.

FINANCEMENT D'ACTIONS COLLECTIVES

ARTICLE 53

Coopération Internationale (code 38/12)

Dans le cadre de la solidarité internationale, la Mutualité soutient diverses initiatives en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population du Bénin.

Dans ce contexte, la Mutualité a signé une convention de partenariat avec APROSOC (Actions pour la Protection Sociale) dont l'objet est le suivant :

- Mener en partenariat des actions en vue du renforcement et du développement des mutuelles de santé au Bénin et de la promotion de la santé de leurs membres.
- Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations par l'intensification de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en matière de préventions des maladies et par la mise en place et le suivi de Mutuelles pour un meilleur accès aux soins.

- Améliorer l'accès aux soins par la viabilité des Mutuelles existantes et à créer.
- Promouvoir la santé chez les mutualistes par la prévention et la CCC.
- Habilitier les agents des structures d'appui à utiliser adéquatement les outils de communication.

L'Assemblée générale de la Mutualité définit le montant du financement.

Ce service ne constitue pas une opération et n'ouvre pas de droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur. Les membres de la Mutualité ne bénéficient pas, en cette qualité, d'autres avantages que ceux dont bénéficient les autres personnes qui peuvent s'adresser à APROSOC.

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 50.000 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 50.000 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 50.000 euros

BIEN-ÊTRE

ARTICLE 54

1. Camps, plaines et stages (code 15/12)

Pendant les périodes de vacances scolaires, le service accorde une intervention financière de 2,50 € par jour (maximum 25 € par année civile et par jeune) en faveur des jeunes âgés de moins de 19 ans pour les camps, plaines et stages de vacances (à l'exception des plaines et séjours organisés par l'asbl Jeunesse & Santé).

Pour donner lieu à une intervention financière du service, le membre doit produire une attestation de participation délivrée par l'organisateur du stage, mentionnant également son coût.

Les organisateurs des camps de vacances, de plaines de vacances ou de stages doivent être établis en Belgique, au Grand-Duché de Luxembourg ou dans les départements français suivants : Ardennes 08, Meurthe-et-Moselle 54 et Meuse 55.

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

2. Classes de dépaysement (code 15/13)

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

Cette intervention est fixée à 15 € par année civile et par enfant pour les classes de dépaysement (vertes, de mer, de neige, . . .) comportant au moins une nuitée et organisées pendant les périodes scolaires en faveur des élèves de l'enseignement maternel et primaire de Belgique, du Grand-Duché de Luxembourg ou des départements français suivants : Ardennes 08, Meurthe-et-Moselle 54 et Meuse 55.

La participation de l'élève à ces classes doit être attestée par l'établissement scolaire.

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

3. Avantage Sport et diététique (code 15/14)

La Mutualité intervient dans les frais de maintien en forme de ses bénéficiaires (sport et diététique) à raison de 35 € maximum par année civile.

L'avantage est alloué :

- pour les frais d'abonnement à un club ou à une infrastructure de sport en Belgique, au Grand-Duché de Luxembourg ou dans les départements français suivants : Ardennes 08, Meurthe-et-Moselle 54 et Meuse 55. L'intervention ne peut dépasser le montant des frais d'abonnement réellement encourus par le membre. Les bénéficiaires de ce service sont les membres qui sont en ordre de cotisation d'assurance complémentaire le jour du paiement de la cotisation au club ou à l'infrastructure sportive.
- pour des consultations chez un(e) diététicien(ne), ou médecin nutritionniste agréé(e) par l'INAMI ou détenteur d'un numéro de visa du SPF Santé publique, à raison de 10 euros par séance.

Le remboursement s'effectue sur la base d'un formulaire de demande d'intervention fourni par la Mutualité et complété par le membre et le responsable du club sportif ou de l'infrastructure sportive ou le(la) diététicien(ne) ou médecin nutritionniste, à défaut, de tout autre document attestant des mêmes informations.

4. Aide aux Malades (code 15/15)

But :

Octroyer une intervention financière aux bénéficiaires qui sont confrontés à des frais exceptionnels et élevés ou à des pertes de revenus consécutifs à leur état de santé, à un traitement médical ou à des soins.

Conditions :

Entrent en considération pour une intervention :

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

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

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

Avantage :

L'intervention prévue dans ce service :

- n'est octroyée que si le montant total des frais s'élève à minimum 50 euros ;
- s'élève à 75 % des frais pris en considération qui sont à charge du bénéficiaire ;
- est limitée à un maximum de 1000 euros par dossier ;
- est limitée à un maximum de 2000 euros par année civile;

Pour les bénéficiaires avec un statut social au sens de l'article 37, §§ 1, 2 et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le montant total de l'intervention (l'addition de l'intervention de l'entité mutualiste et d'une autre intervention éventuellement octroyée en vertu d'une disposition légale ou réglementaire) ne peut pas être inférieur à celui octroyé aux autres membres.

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

Modalités :

L'intervention est octroyée sur présentation :

- d'une demande du bénéficiaire ;

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

INFORMATION

ARTICLE 55

1. Service d'assistance juridique (code 15/16)

La Mutualité organise, en collaboration avec l'Alliance, un service d'assistance juridique. Le service a pour but d'organiser et de prendre partiellement à sa charge l'assistance juridique des membres visés à l'article 10, en vue de la défense des droits qui résultent pour eux des législations concernant :

- l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et, en particulier, les accords et conventions avec les dispensateurs de soins;
- les pensions de retraite et de survie;
- les allocations familiales pour handicapés;
- les prestations d'assistance sociale;
- le dédommagement dû par des personnes et Institutions, dans les cas qui peuvent tomber dans le champ d'application de l'article 136 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
- le droit de la famille, limité à des situations ayant trait à la santé.

De manière très concrète, le service d'assistance juridique offre à ses membres :

- la gratuité pour
 - une consultation de l'avocat de la Mutualité dans les matières reprises à l'alinéa précédent ;
 - des démarches (courrier, avis médical,...) en vue d'obtenir des arrangements à l'amiable;
- une prise en charge partielle pour une assistance devant le tribunal ad hoc; cela consiste en la préparation du dossier, en la désignation d'un avocat, la prise en charge financière de toute expertise, frais d'huissier, et indemnité de procédure.

En aucun cas, l'intervention de la Mutualité n'excèdera 5.000 EUR par dossier

2. Information périodique des membres (code 37)

La Mutualité organise ce service afin d'informer tous ses membres au sujet de toutes les matières qui les concernent, notamment au sujet de toutes les matières concernant la Mutualité et les soins de santé en général, tant préventifs que curatifs.

Ce service est également destiné à :

- autoriser la mutualité à se doter de moyens en vue d'actions spécifiques de développement destinées à soutenir, favoriser et développer la vie mutualiste régionale et locale ;
- permettre à la mutualité d'assurer ses fonctions de marketing social (études de besoins, évolution de services) et de réaliser des activités de promotion.

3. Service social

Objet

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

Bénéficiaires

Ce service s'adresse à tout le monde.

Avantage

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

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Moyens

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

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

Modalités :

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

CENTRE ADMINISTRATIF (CODE 98)

ARTICLE 56

Le centre administratif comprend :

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

SERVICE PATRIMONIAL

ARTICLE 57

La Mutualité a conclu un accord de collaboration avec ASBL "Progrès et Solidarité" (code OCM 93) qui, en contrepartie de la cotisation prévue à cet effet, se portera garante de gérer les biens mobiliers et immobiliers et de réaliser l'ensemble des missions qui sont conformes à ses statuts, lui sont confiées par la Mutualité dans le cadre de l'accord de collaboration conclu entre les deux entités et qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs prévus à l'art. 2 des présents statuts.

Ce service ne constitue pas une opération et n'ouvre pas de droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES

ARTICLE 58

La Mutualité octroie un subventionnement aux structures socio-sanitaires suivantes

Le présent service ne constitue pas une opération ni un service ouvrant un droit individuel à une intervention répondant à un événement incertain et futur.

Les membres de la Mutualité ne peuvent pas bénéficier, en cette qualité, d'avantages qui ne sont pas également octroyés aux autres personnes qui peuvent s'adresser aux entités tierces subventionnées décrites ci-dessous.

1. Altéo (code 38/01)

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

« L'association a pour but de promouvoir, soutenir ou prendre toute initiative ayant pour but de favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale de toutes personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables sur la base de l'égalité entre les personnes. L'association visera à permettre, encourager et favoriser toute forme d'activité de loisir, de sport, de répit, de culture, de militance et de rencontres permettant l'atteinte de ces objectifs. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 340.000 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 334.878,51 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 360.000 euros

2. Jeunesse et Santé (code 38/02)

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

« L'association a pour but de promouvoir, par des activités sociales, culturelles et sportives et dans une dynamique d'éducation permanente, le sain épanouissement de la jeunesse, ce qui postule sa participation. Ce but se réalise entre autres au travers des objets suivants :

- La formation technopédagogique d'animateurs de jeunes.
- Le développement de projets de promotion de la santé.
- Le soutien et la représentation des Régionales qui la constituent.
- L'encouragement à la collaboration avec d'autres mouvements ou services de jeunesse.
- La mise à la disposition de toute l'infrastructure appropriée à ces activités.

Pour la réalisation de ces objets, l'association peut organiser tout service, exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut acquérir, exercer et aliéner, à titre gratuit ou onéreux, tout droit immobilier, mobilier ou intellectuel, sans aucune restriction. Elle peut promouvoir ou instituer toute société, établissement ou association de droit ou de fait. Elle peut devenir membre de tels organismes et peut leur procurer, à titre gratuit

ou onéreux tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale destinée à faciliter la réalisation de leur objet social. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 68.095,21 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 91.570,86 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 200.000 euros

3. Énéo (code 38/03)

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

« S'inspirant des valeurs chrétiennes, l'association a pour buts :

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

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

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 124.279,05 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 98.532,43 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 180.000 euros

4. Eglantine (code 38/04)

L'objet social repris dans l'article 2 des statuts de cette asbl est le suivant :

« L'association a pour but la qualité de la vie, tant psychologique que sociale, l'accueil et les loisirs des personnes âgées, malades ou moins valides.

En vue d'offrir à ces personnes, des activités conviviales et valorisantes, l'association peut, notamment, créer et organiser des centres d'accueil, de loisirs et offrir des services aux personnes visées au paragraphe précédent.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but et prendre toute initiative et utiliser tout moyen qui concourent à sa réalisation.

En exécution de ce qui est stipulé dans son but, l'association peut, entre autres, acquérir, louer ou donner en location toute propriété ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, recevoir des legs et dons ; en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son but. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut même poser des actes commerciaux. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 68.817,05 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 68.633,84 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 75.000 euros

5. L'ASBL Intégration sociale et travail (IST) (code 38/05)

L'objet social repris dans l'article 2 des statuts de cette asbl est le suivant :

« L'association a pour but la promotion, l'animation et la défense, dans tous leurs aspects, des personnes handicapées, invalides ou malades.

A cet effet, l'association peut, notamment, développer tout service ou toute initiative en rapport avec le public cible.

L'association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but, et prendre toute initiative et/ou utiliser tout moyen qui concourent à sa réalisation.

En exécution de ce qui est stipulé dans son but, l'association peut, entre autres, acquérir, louer ou donner en location toute propriété ou droits réels, recruter du personnel, conclure des contrats valables, récolter des fonds, recevoir des legs et dons ; en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son but. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut même poser des actes commerciaux. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 35.000 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 124.118,73 euros (montant partiellement couvert par une provision de 16.865,41 euros, constituée en 2014 et reprise en 2019).

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 70.000 euros

6. Éneo sport (code 38/06)

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

« L'association a pour buts

- D'encourager et d'organiser, dans les meilleures conditions de sécurité, l'activité physique, la pratique des sports et de la vie en plein air des membres de l'Union Chrétienne des Pensionnés, mouvement social des aînés asbl.
- De promouvoir la pratique sportive auprès d'un large public.
- D'assurer la formation de moniteurs et de cadres sportifs »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 38.679,86 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 42.785,77 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 50.000 euros.

7. Solival (ASBL) (code 38/07)

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

« L'association est un service qui s'adresse à toute personne atteinte d'un handicap physique, mental ou sensoriel ainsi qu'à tout autre service d'aide ou d'accompagnement de ces personnes.

L'association vise à aider les personnes handicapées à conserver leur autonomie, à l'acquérir ou à la recouvrer en leur fournissant l'information, l'aide et le soutien nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et les démarches de la vie courante.

L'association se propose de faciliter et de favoriser directement ou indirectement l'utilisation par les handicapés, les malades et les invalides de tous appareils et moyens techniques d'assistance.

Elle effectue des recherches, rassemble et distribue les informations de nature à contribuer à l'intégration de tous les handicapés et à la prise de conscience des personnes valides et invalides.

Elle peut posséder, en usufruit ou en pleine propriété, tous biens meubles et immeubles nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

Elle peut promouvoir ou instituer toute société, tout établissement ou toute association de droit ou de fait. Elle peut devenir membre de ces organismes.

Elle peut leur procurer, à titre gratuit ou onéreux, tout service ou aide économique, financière, sociale ou morale destinée à faciliter la réalisation de leur objet social. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 53.256,64 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 41.347,33 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 50.000 euros

8. Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg (code 38/08)

L'objet social repris dans l'article 2 des statuts de cette asbl est le suivant :

« L'association a pour but de contribuer, notamment dans le cadre du domicile, à l'autonomie et au bien-être physique et moral, des personnes malades, blessées, accidentées, âgées ou rentrées d'hospitalisation, mais aussi de celles qui éprouvent des difficultés passagères ou de longue durée et qui vivent des circonstances sociales ou familiales particulières. Pour atteindre son but, l'association peut, entre autres,

- Organiser et mettre à la disposition de la population de la province de Luxembourg des services infirmiers de soins à domicile dans le sens le plus large.
- Organiser un service d'aide aux familles et aux personnes âgées, c'est-à-dire mettre à disposition des personnes ou des familles de la province, du personnel qualifié pour les aider, les seconder et les remplacer dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou de tout acte de la vie journalière mais aussi pour le soutien et l'accompagnement des personnes concernées.
- Coordonner, en collaboration avec le médecin traitant, l'ensemble des services et des soins nécessaires au maintien à domicile.
- Assurer la préparation de la coordination et du suivi, notamment avec le bénéficiaire.

Elle peut aussi

- Créer des services nouveaux pour mieux rencontrer le but qu'elle se fixe et les besoins du public concerné.
- Faciliter les collaborations entre tous les intervenants du maintien à domicile.
- Organiser la défense, notamment au plan politique, des orientations d'ensemble de ce genre de services à la population en Région Wallonne et en Communauté Française de Belgique.

Les services dispensés à la population sont prestés :

- En respectant les convictions politiques, philosophiques et religieuses des patients ou des usagers.
- En s'inscrivant dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile et dans la coopération organisée structurellement, de manière interrégionale, avec l'ASBL « Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile » (FASD).
- En se conformant à la réglementation en vigueur, imposée, e.a. par l'INAMI ou la Région Wallonne, mais aussi aux critères définis pour le fonctionnement interne.

L'association peut utiliser tout moyen, accomplir tout acte, prendre toute initiative qui contribue directement ou indirectement à la réalisation du but et de s'intéresser à toute initiative proche ou connexe aux siennes.

En exécution de ce qui est stipulé dans le but, l'association peut, notamment acquérir, louer ou donner en location toute propriété ou droits réels, recruter du personnel, conclure valablement des contrats, récolter des fonds, accepter legs et dons, en résumé exercer ou faire exercer toutes les activités qui justifient son but. Dans le cadre de la réalisation de son but, l'association peut même poser des actes commerciaux et mettre en œuvre des initiatives dans le cadre des « Titres Services » ou autres. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 30.000 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 100.000 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 100.000 euros

10. Baby-Service du Luxembourg (code 38/10)

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

« L'association a pour but l'organisation, la création, la coordination et la gestion, soit par l'organisation elle-même, soit par des tiers, de toute forme d'institutions et de services chargés de l'accueil et des soins aux jeunes enfants dont les parents, pour des raisons professionnelles, ou pour tout autre raison, jugée valable par le Conseil d'administration, ne peuvent assurer eux-mêmes la garde et l'éducation.

L'activité principale est notamment l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans au domicile des accueillantes conventionnées du service.

L'association doit veiller à la formation des accueillantes en organisant des cours de formation à leur intention, en stimulant ou en accordant sa collaboration à de telles initiatives.

L'association peut acquérir et posséder tous les biens meubles et immeubles, tant en pleine propriété qu'en usufruit, qui lui seraient nécessaires pour la réalisation de son but. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 15.000 euros.

Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 15.000 euros.

Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 15.000 euros

11. ASBL Forum de la Mobilité (code 38/11)

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

« L'association a pour but la mise en œuvre et la réalisation de tous projets facilitant le déplacement et l'intégration des personnes à mobilité réduite ainsi que la sensibilisation de l'opinion publique à ce problème

tout en favorisant la mise au travail de personnes fragilisées sur le marché du travail et de veiller à leur assurer une formation qualifiante. Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toutes à toutes activités similaires à son but. L'association peut posséder soit en pleine propriété soit en jouissance des biens meubles ou immeubles nécessaires ou utiles à la réalisation de son but. Elle peut accepter tous dons ou legs, agir en justice tant en demandant qu'en défendant. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 20.000 euros.
Pour 2019, pas de subventionnement versé.
Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 20.000 euros

12. Asbl Promemploi (code 38/14)

L'objet social repris dans l'article 2 des statuts de cette asbl est le suivant :

« Instaurée par les partenaires sociaux de la province de Luxembourg, l'Association a pour but d'être un outil de développement économique et social au service des travailleurs et des entreprises de cette province. Pour atteindre cet objectif, elle pourra :

- Initier, susciter, développer ou mettre en oeuvre tout projet à caractère social favorisant ce développement. Dans ce cadre, elle assure notamment la gestion d'un service de coordination et de développement des services d'accueil de l'enfance dans la province de Luxembourg.
- Réaliser d'initiative ou à la demande d'opérateurs extérieurs des études, recherches-actions ou démarches promotionnelles favorisant ce développement.

A ces fins, l'Association peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son but ; elle peut notamment prêter son concours ou s'intéresser à toute activité similaire ou susceptible de favoriser son but social. »

Pour 2018, le montant du subventionnement versé est de 2.000 euros.
Pour 2019, le montant du subventionnement versé est de 2.000 euros.
Pour 2020, le montant maximal du subventionnement est fixé à 2.000 euros

ARTICLE 59

Conformément aux statuts de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, à laquelle la M.C.P.L. est affiliée, une cotisation est versée, destinée à organiser les actions et les services nationaux prévus par ces mêmes statuts.

ARTICLE 60

Les membres de la Mutualité ont l'obligation de payer à Solimut une cotisation destinée à leur permettre de bénéficier, à partir du 1^o janvier 2000, des avantages statutairement octroyés par la Société Mutualiste SOLIMUT, dont le siège est établi à BRUXELLES et auprès de laquelle elle est affiliée conformément aux dispositions de l'article 43 bis, § 1^{er}, de la loi du 06 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

SECTION 3 - PRESCRIPTIONS

ARTICLE 61

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

ARTICLE 62

A titre exceptionnel, la mutualité peut autoriser le paiement de soins au-delà de deux ans après l'événement donnant lieu au versement d'un avantage, si l'obtention de l'avantage relatif aux services et opérations organisés par la Mutualité n'a pas été réclamée pour cause de force majeure, et pour autant que la force majeure soit dûment justifiée.

Pour l'application des présents statuts, il faut entendre par « force majeure », un évènement extérieur à la volonté de l'intéressé qui ne peut ni prévoir ni éviter cet évènement et qui rend impossible l'exécution de son obligation.

ARTICLE 63

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

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

CHAPITRE VII

BUDGETS ET COMPTES

ARTICLE 64

- a. Pour chacun des opérations et services mentionnés à l'article 2, b des présents statuts, la Mutualité emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 § 3, 2° de la loi du 6 août 1990, modifiée par l'article 56 de la loi du 20 juillet 1991.

Les recettes de chacun des opérations et services sont constituées par :

- 1) Les cotisations mentionnées à l'article 11;
- 2) Les subsides des pouvoirs publics;
- 3) Les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux ; de manière à satisfaire aux dispositions reprises à l'alinéa 1^{er} des articles 74 et 75 de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.
- 4) Les intérêts ainsi que les bénéfices sur titres réalisés afférents à chacun d'eux, de manière à satisfaire aux dispositions reprises à l'article 78, alinéa 1^{er}, points 3 et 4 de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

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

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

CHAPITRE VIII

MODIFICATIONS DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS

ARTICLE 65

Les statuts ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée générale et que si la moitié des membres sont présents ou représentés et si la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés (article 10 de la loi du 6 août 1990). L'Assemblée générale est convoquée lorsqu'au moins un cinquième de ses membres en fait la demande.

En ce qui concerne les statuts et les modifications des statuts, les contacts officiels avec le service de contrôle ont lieu par l'Alliance, au nom et à l'attention des mutualités.

ARTICLE 66

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

Les décisions de l'Assemblée générale relatives à la cessation de services et opérations et à l'affectation de leurs actifs résiduels sont soumises à l'application des articles 10, 11 et 12, § 1^{er}, alinéa 3 de la loi du 06 août 1990.

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

L'indemnisation des membres visés par l'alinéa 1^{er} peut s'effectuer sur une base actuarielle. S'il ressort des comptes de la liquidation, après l'apurement de toutes les dettes et la consignation des sommes dues à certains créanciers, que des actifs résiduels subsistent l'Assemblée générale décide la destination à donner aux actifs résiduels, dans le respect de ses buts statutaires

La Mutualité peut être dissoute sur décision de l'Assemblée générale si la moitié des membres sont présents et si la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

En cas de dissolution, la liquidation est opérée conformément aux articles 45 à 48 de la loi du 06.08.1990.

CHAPITRE IX

ENTREE EN VIGUEUR

ARTICLE 67

Ces statuts entrent en vigueur selon les modalités prévues par la loi du 6 août 1990

ANNEXE AUX STATUTS DE LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE DE LA PROVINCE DE LUXEMBOURG

COTISATIONS AU TAUX 2020

Code	Libellé	Article de statuts	Catégories de membre	
			Ménage mutualiste Cat.1 et Cat. 2	Ménage mutualiste visé à l'Art. 43 1. et 2. Cat.3 et Cat.4
13	Indemnités journalières			
14	Hospitalisation			
15	Autres	47 à 55 (sauf 55.2)	39.51	0
	Sous-total des opérations		39.51	0
37	Information aux membres sur les avantages offerts	55.2	0	0
38	Action collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	53 et 58 *	11.25	0
39	Assurance Soins			
56	Epargne prénuptiale			
90	Fonds spécial de réserve complémentaire			
93	Patrimoine	57	6,10	0
98/2	Centre administratif: réserves en frais d'administration AO	56	5,85	0
TOTAL			62,71	0
Explication des catégories de membres				
Cat.1 =	Ménage mutualiste sans personne à charge			
Cat.2 =	Ménage mutualiste avec personne à charge			
Cat.3 =	Ménage mutualiste avec cotisation réduite et sans personne à charge			
Cat.4 =	Ménage mutualiste avec cotisation réduite et avec personne à charge			
Aperçu des Action collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires				
Numéro de suite	Nom et	Numéro d'entreprise		
38/1	Alteo	0410 383 442		
38/2	Jeunesse et Santé	0411 971 074		

38/3	Eneo	0414 474 169
38/4	Eglantine	0474 557 157
38/5	ASBL Intégration sociale et travail (IST)	0407 845 012
38/6	Eneo Sport	
38/7	Solival	
38/8	Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg	449 977 357
38/10	Baby Service du Luxembourg	417 930 735
38/11	Forum de la Mobilité	
38/12	Coopération Internationale	
38/14	Asbl Promemploi	

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de(s) (l') entité(s) mutualiste(s) liée(s) auxquelles (à laquelle) les membres sont également affiliés.

Les cotisations y afférentes sont mentionnées dans le tableau des cotisations de(s) (l') entité(s) concernée(s). Si l'union nationale est mentionnée, et pour autant que les membres ne soient pas affiliés à tous les services de l'union nationale, il est également énuméré ci-dessous les services de l'union nationale auxquels les membres sont affiliés

100	10,97	Alliance nationale des Mutualités chrétiennes (100)
180/02	82,32	Solimut