

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} janvier 2021

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été :

- décidées par l'assemblée générale de l'alliance le 26-06-2021 ;
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 22-10-2021

L'Office de contrôle a approuvé les dispositions statutaires suivantes sous réserve d'une ou plusieurs modifications à apporter : **artt. 15bis, 15ter, 19bis et 33D, art. 45, point 1, 2.1.3 et 2.1.4. dernier alinéa, art. 48, point 5, Frais de séjour, 4^{ième} alinéa, point 6, a) dernier alinéa.**

ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITÉS CHRÉTIENNES

*Établie à 1031 Bruxelles
Chaussée de Haecht 579*

Assujettie à la loi du 6 août 1990

Reconnue par Arrêté Royal du 28 mai 1906
(M.B. du 20 juillet 1906)



ALLIANCE
NATIONALE

ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES

Etablie à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht 579

Reconnue par Arrêté Royal du 28 mai 1906
(Moniteur belge du 20 juillet 1906)

PREAMBULE

Dès sa création, la mutualité chrétienne a été proche des gens. Il s'agit d'un mouvement de personnes au service des autres, œuvrant pour la santé et le bien-être et soucieuse 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 co-responsabilité, 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 personnes handicapées.

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 les plus démunis.

STATUTS

Approuvés par le Ministre des Affaires sociales
en application de l'article 11, § 1 alinéa 1er de la loi du 6 août 1990
(Moniteur belge du 23 octobre 1992)

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités 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 (I);

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

Après délibération, l'assemblée générale, réunie le ~~15 décembre 2020~~ **26 juin 2021**, a décidé aux quorum de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de l'Alliance comme suit:

Article 1

Une association mutualiste a été établie à Bruxelles en 1903 sous la dénomination 'Alliance Nationale des Fédérations Chrétiennes de Belgique', reconnue par l'AR du 28 mai 1906, pris en vertu de l'article 3bis, alinéa 2 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes.

Sa dénomination actuelle 'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes' a été homologuée par Arrêté Royal du 20 janvier 1933.

Dans ses relations avec des tiers, l'Alliance Nationale peut utiliser l'abréviation suivante: ANMC.

Article 1bis

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

Membre :

toute personne affiliée comme titulaire à une mutualité affiliée à l'Alliance,

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

Titulaire :

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

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

- o ainsi que 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^e 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 qui fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assurée pour les soins de santé à charge du pays d'envoi en application des conventions de Vienne de 1961 et 1963;
- n'est plus assujettie à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;
- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite au 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 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 qui fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assuré pour les soins de santé à charge du pays d'envoi 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 il est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrit ou affilié ailleurs ;
- est détenu ou interné et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Bénéficiaire :

tout membre et ses personnes à charge qui ont 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 d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

Assurance obligatoire :

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

Services et opérations ;

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

Services et opérations offerts ;

les services et opérations qui sont organisés par la mutualité et les entités mutualistes auxquelles est affiliée la mutualité ;

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 par l'Alliance ;

Droit aux avantages ;

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

Assurance complémentaire de l'alliance

Les services de l'union nationale visés à l'article 7, §2, de la loi du 6 août 1990.

Article 2

L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes est une association de mutualités ayant pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social et ceci dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité.

Etant un mouvement chrétien, social et démocratique fondé sur une philosophie personnaliste, elle s'inspire des valeurs du message évangélique.

Les buts de l'Alliance nationale sont:

a. Dans le cadre des articles 3, alinéa 1^{er}, a) et c) et 6 de la loi du 6 août 1990:

- la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire;
- l'attribution de l'information, de la guidance et de l'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire l'amène à se porter garante du remboursement des prestations de santé, tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres des mutualités ou à leurs personnes à charge, soit directement soit par le biais du tiers-payant.

D'autre part, l'Alliance se portera aussi garant du paiement des indemnités aux travailleurs invalides ou aux indépendants invalides, du paiement des indemnités de maternité et de l'allocation pour frais funéraires, ainsi que l'information, la guidance et l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités, ainsi que leur contrôle, ont lieu en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution ou de l'article 3, alinéa 1er, c) et 6 de la loi du 6 août 1990.

L'Alliance Nationale est responsable de la bonne exécution des obligations qui lui sont imposées en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Elle peut donner l'autorisation aux mutualités affiliées d'exécuter certaines tâches découlant de l'application de cette loi.

b. Dans le cadre des articles 3, alinéa premier, b) et c) et 7 §§ 2 et 4 de la loi du 6 août 1990 et de l'article 67, alinéa 5 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'attribution d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou quand se présente une situation où le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé
- l'offre d'aide, d'informations, d'accompagnement et d'assistance dans l'exécution de cette mission ;
- l'organisation des services qui ne sont pas des opérations, et n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se produit un événement incertain et futur et qui sont visés à l'article 1 de l'AR du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

À cet effet, l'Alliance Nationale organise les services et opérations suivants :

- Le centre administratif (code 98/2);
- L'information et la promotion;
- L'épargne prénuptiale des jeunes ;
- Les séjours de convalescence;
- L'assistance juridique;
- L'intervention médicale urgente, l'assistance et la couverture des frais de maladies à l'étranger. ;
- Le subventionnement de structures socio-sanitaires;
- Le patrimoine ;
- Le fonds spécial de réserve complémentaire;
- Les vacances récréatives.

En outre, l'Alliance organise le centre administratif de répartition (code 98/1)

A l'exception de l'épargne prénuptiale des jeunes, les avantages dans le cadre de ces services et opérations seront offerts dans la mesure des ressources disponibles.

L'intervention médicale urgente, l'assistance et la couverture des frais de maladies à l'étranger est facultative dans le chef des mutualités affiliées, en ce sens que les mutualités ont le choix ou non d'y adhérer. Toutes les mutualités mentionnées en annexe de l'article 4 sont affiliées à cette opération.

Tous les autres services et opérations sont applicables à toutes les mutualités affiliées.

L'épargne prénuptiale des jeunes est facultative dans le chef des membres, en ce sens que les membres ont le choix ou non d'y adhérer.

Tous les autres services et opérations sont applicables à tous les membres des mutualités affiliées à ces services et opérations.

Article 3

Le siège social de l'Alliance Nationale est établi à Bruxelles et son champ d'activité comprend toute la Belgique.

L'Alliance Nationale 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 soumis à la sécurité sociale belge.

CHAPITRE II

COMPOSITION DE L'ALLIANCE

Article 4

L'Alliance Nationale se compose des mutualités affiliées, dont la liste est reprise en annexe.

Article 5

Les membres des mutualités sont classés en deux catégories uniquement en ce qui concerne la représentation dans les organes de gestion, 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 assujetties 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 assujetties à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, 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 une mutualité affiliée à l'Alliance nationale 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 de HR Rail, et leurs personnes à charge ;
- pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont titulaires à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et leurs personnes à charge ;

Est assimilée à ladite personne, les personnes qui résident 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, sont soumises à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduisent un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle sont assujetties pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 et leurs personnes à charge.

- pour les soins de santé, sont assurées en nom propre à l' Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / régime de la sécurité sociale d'Outre-mer et leurs personnes à charge ;
- on droit ou peuvent avoir droit en nom propre d'un droit au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique , ou qui font partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assuré pour les soins de santé à charge du pays d'envoi en application des conventions de Vienne de 1961 et 1963, et leurs personnes à charge ;
- ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge et leurs personnes à charge ;
- se trouvent dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs et leurs personnes à charge.

- sont détenues ou internées et sont à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et leurs personnes à charge.

Article 6

La mutualité qui sollicite son admission en fait la demande par écrit au Président de l'Alliance. Cette demande, signée par le Président et par le Secrétaire au nom de la mutualité doit:

1. mentionner la dénomination de la mutualité et son siège social;
2. mentionner la date de sa fondation et celle de sa reconnaissance légale;
3. fournir la preuve qu'elle compte le nombre minimum de membres requis par l'article 3 de l'arrêté royal du 7 mars 1991;
4. fournir la preuve qu'une opération au moins sera organisée comme prévu à l'article 3, alinéa 1er, b) de la loi du 6 août 1990.

De plus, la mutualité requérante doit prendre l'engagement de se conformer aux statuts et aux règlements spéciaux de l'Alliance et à toutes les décisions prises conformément aux prescriptions statutaires et légales. Elle doit, en outre, joindre à sa demande un exemplaire de ses statuts.

L'assemblée générale statue sur les demandes d'admission.

Article 7

§ 1 - Les mutualités affiliées désignées à l'article 4 des présents statuts sont autorisées à exécuter les dispositions de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Elles doivent respecter les dispositions de la loi, ainsi que les dispositions statutaires et les directives de l'Alliance.

§ 2 - Le conseil d'administration peut retirer une autorisation donnée si la mutualité n'en respecte pas les conditions. Cette décision par laquelle l'autorisation est refusée ou retirée doit être motivée.

La mutualité peut interjeter appel de cette décision auprès du Ministre ayant la Prévoyance sociale dans ses attributions dans les quinze jours civils de la notification de la décision.

§ 3 - Lorsqu'une autorisation est retirée, la mutualité ne répond plus aux dispositions de l'article 3 de la loi du 6 août 1990 et est dès lors d'office dissoute entraînant par conséquent l'application de l'article 47 de cette loi.

§ 4 - Sans préjudice des dispositions du § 1er de cet article, lorsque l'Alliance constate qu'une mutualité affiliée n'agit pas suivant ses objectifs statutaires ou ne respecte pas les obligations imposées par la loi ou ses arrêtées d'exécution, en ce compris les conditions de l'autorisation visée au § 1er, peut ordonner à la mutualité de régulariser la situation dans un délai qu'elle détermine.

A défaut de régularisation dans le délai imparti, l'Alliance peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité concernée et peut s'y substituer pendant une période déterminée et renouvelable.

En vue de l'application de ce paragraphe, la décision appartient au conseil d'administration, sur proposition du bureau, visé à l'article 33 des présents statuts. En cas d'urgence, la décision appartient au bureau. Cette décision sera portée à la connaissance du conseil d'administration au cours de sa prochaine séance.

§ 5 - En vue de l'application de l'article 7, § 3 de la loi du 6 août 1990, prévoyant que l'Alliance peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité et peut s'y substituer pendant une période déterminée par l'Alliance en vue de procéder à la régularisation, le conseil d'administration a délégué cette compétence au bureau, lequel devra en faire rapport lors de la prochaine réunion du conseil d'administration.

CHAPITRE IV

ORGANES DE L'ALLIANCE

Section 1

L'assemblée générale

Article 8

L'assemblée générale de l'Alliance est composée de délégués de toutes les mutualités affiliées, conformément aux dispositions de l'A.R. du 7 mars 1991.

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

Pour l'application de cet article, on entend par effectif, le nombre de titulaires.

Article 9

Cesse de plein droit de faire partie de l'assemblée générale le délégué qui perd sa qualité de membre de l'assemblée générale de la mutualité affiliée qu'il représente.

Article 10

L'assemblée générale de l'Alliance désigne, sur présentation du conseil d'administration, au maximum 15 conseillers pour l'assemblée générale. Ceux-ci ont une voix consultative. Ils sont désignés pour la durée de six ans et leur mandat est renouvelable. En outre, les membres de la direction de l'Alliance assistent avec voix consultative à l'assemblée générale.

Article 11

L'assemblée générale de l'Alliance délibère et décide sur les objets suivants:

1. les modifications des statuts;
2. l'élection et la révocation des administrateurs;
3. l'approbation des budgets et comptes annuels;
4. la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises;
5. la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 55 des présents statuts;
- 5bis. l'approbation du groupement de services et opérations de mutualités affiliées dans une société mutualiste visée à l'article 43bis de la loi relative aux mutualités.
6. la demande d'adhésion d'une mutualité;
7. la fusion avec une autre union nationale;
8. la dissolution de l'Alliance Nationale et les opérations relative à la liquidation de l'Union nationale.

Article 12

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

La convocation se fait par avis individuel, envoyé au plus tard vingt jours civils, avant la date de l'assemblée générale et contient l'ordre du jour de cette assemblée.

Le conseil d'administration est tenu d'inscrire à l'ordre du jour les points qui sont proposés par trois mutualités au moins au plus tard deux semaines avant la date de la réunion.

Article 13

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

Chaque membre de l'assemblée générale doit disposer au plus tard huit jours avant la date de l'assemblée générale d'une documentation qui contient les données suivantes :

1. le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services et opérations;
2. le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services et opérations;
3. le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication, ainsi que le rapport du réviseur;
4. le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services et opérations;
5. le rapport relatif aux accords de collaboration visé à l'article 43, §4 de la loi relative aux mutualités.

Après approbation des comptes annuels et du budget par l'assemblée générale, les comptes annuels et le budget sont transmis par le conseil d'administration à l'Office de contrôle dans les délais fixés par le Roi.

Article 14

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale désigne un Collège de deux réviseurs d'entreprise choisis sur une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises.

Le Collège 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 Collège est fixé pour une période renouvelable de 3 ans.

Le Collège assiste à l'assemblée générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il a rédigé lui-même.

Le Collège a le droit de prendre la parole à l'assemblée générale concernant les points se rapportant à ses tâches.

Article 15

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

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième assemblée générale est convoquée qui délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents et quel que soit également l'objet de la délibération.

§ 2 - Chaque membre présent ou valablement représenté de l'assemblée générale dispose d'une voix sauf dans les cas prévus à l'article 16 des présents statuts.

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.

Article 15bis

§1. Les membres peuvent participer à distance à l'assemblée générale par le biais d'un moyen de communication électronique mis à disposition par l'Alliance.

Les membres qui participent ainsi à l'assemblée générale sont réputés présents à l'assemblée générale aux fins du respect des conditions relatives au quorum et à la majorité de présence ainsi qu'au fonctionnement et à la conduite de l'assemblée générale.

§2. Les moyens de communication électroniques doivent permettre aux membres de prendre directement, simultanément et en permanence note des discussions au cours de la réunion, de participer aux délibérations et de poser des questions, et d'exercer leur droit de vote sur toutes les questions sur lesquelles la réunion es appelée à se prononcer.

§3. Le procès-verbal de l'assemblée générale mentionne tous les problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation électronique à l'assemblée générale ou au vote.

Article 15ter

Si des circonstances urgentes ou exceptionnelles l'exigent, le Conseil d'Administration peut décider de convoquer l'Assemblée Générale par consultation écrite. Dans ce cas, les membres avec voix délibérative ne peuvent exercer leurs droits qu'en votant à l'avance à l'aide d'un formulaire de vote mis à disposition par l'Alliance.

Ce formulaire de vote doit contenir l'ordre du jour de la réunion et les propositions de décision, ainsi que la date et la manière dont le formulaire de vote doit être rempli et retourné. Les formulaires de vote ne sont valables que si une préférence de vote ou une abstention est indiquée pour chaque proposition de décision.

Les membres qui fournissent un formulaire de vote valide dans le délai prévu sont considérés comme présents aux fins de la détermination du quorum de présence tel que prévu à l'article 15, §1 des statuts.

Article 16

En cas de vote sur des problèmes intéressant uniquement les travailleurs salariés et appointés, seuls les délégués qui représentent les personnes visées à l'article 5, deuxième catégorie, prennent part au vote.

En cas de vote sur des problèmes intéressant uniquement les indépendants, seuls les délégués qui représentent les personnes visées à l'article 5, première catégorie, prennent part au vote.

Article 17

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

Ces adaptations sont soumises à l'approbation de l'Office de Contrôle.

Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Section 2

Le conseil d'administration

Article 18

Le conseil d'administration est élu par l'assemblée générale pour une durée de 6 ans. Le mandat d'administrateur est renouvelable.

L'assemblée générale peut prononcer la révocation d'un administrateur suivant la procédure prévue à l'article 19, alinéas 2 et 4 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 matière à causer préjudice aux intérêts de l'Alliance;
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de l'Alliance.
- l'administrateur ne remplit plus les conditions légales et statutaires pour être membre du conseil d'administration.

Article 19

Le conseil d'administration se réunit quatre fois par an au moins, aux jours et heures fixés par le bureau. Le Président est obligé de convoquer ledit conseil dans les dix jours, sur demande justifiée par un cinquième au moins des membres.

Le conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres disposants du droit de vote sont présents ou sont représentés par procuration. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Un membre disposant du droit de vote, qui ne peut personnellement assister à la réunion du conseil d'administration, peut se faire représenter par procuration écrite confiée à un autre membre du conseil d'administration disposant du droit de vote. Chaque membre ne peut être détenteur que d'une seule procuration.

En cas de parité des voix, la voix du président est prépondérante.

Dans des circonstances exceptionnelles, la procédure de décision par voie électronique peut être sollicitée. Cette procédure exceptionnelle ne peut être utilisée que pour les décisions qui sont indispensables et urgentes et moyennant l'accord préalable du bureau.

Les décisions ne peuvent être valablement prises selon cette procédure que si au moins la moitié des membres disposant du droit de vote a participé à la procédure. Dans le cadre de cette procédure, ils ne peuvent se faire représenter par procuration.

Les modalités pratiques sont fixées dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le conseil d'administration.

Article 19bis

§1. Les administrateurs peuvent participer à distance au conseil d'administration par le biais

d'un moyen de communication électronique mis à disposition par l'Alliance.

Les administrateurs qui participent ainsi au conseil d'administration sont réputés présents ou conseil d'administration aux fins du respect des conditions relatives au quorum et à la majorité de présence ainsi qu'au fonctionnement et à la conduite du conseil d'administration.

§2. Les moyens de communication électroniques doivent permettre aux administrateurs de prendre directement, simultanément et en permanence note des discussions au cours de la réunion, de participer aux délibérations et de poser des questions, et d'exercer leur droit de vote sur toutes les questions sur lesquelles la réunion est appelée à se prononcer.

§3. Le procès-verbal du conseil d'administration mentionne tous les problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation électronique au conseil d'administration ou au vote.

Article 20

§ 1 - Pour être membre du conseil d'administration, il faut être majeur et être de bonne conduite, vie et mœurs. Il n'est toutefois pas exigé de faire partie de l'assemblée générale.

§ 2 - Le conseil d'administration ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par une mutualité ou par l'union nationale.

§ 3 Pour chaque province où le nombre d'administrateurs, obtenu en application des articles 21 § 1 et 21 § 2 des présents statuts, s'élève à plus de deux, pas plus de deux tiers des mandats ne peuvent être attribués à des personnes d'un même sexe.

Les candidats pour les mandats sont présentés par province, de commun accord entre les mutualités appartenant à une province.

Article 21

Le nombre de membres dans le conseil d'administration est fixé comme suit:

§ 1 - Un administrateur par mutualité qui représente les membres appartenant à la deuxième catégorie prévue à l'article 5 de ces présents statuts.

Les mutualités qui comptent plus de 75.000 titulaires appartenant à la catégorie mentionnée dans le premier alinéa, ont droit à 2 administrateurs.

Les mutualités qui comptent plus de 150.000 titulaires appartenant à la catégorie mentionnée

dans le premier alinéa, ont droit à 3 administrateurs.

Les mutualités qui comptent plus de 225.000 titulaires appartenant à la catégorie mentionnée dans le premier alinéa, ont droit à 4 administrateurs.

§ 2 - Un administrateur représentant les membres appartenant à la première catégorie, visée à l'article 5 de ces statuts, par tranche de 20.000 titulaires appartenant à cette catégorie et ceci par province, avec un minimum d'un administrateur par province.

§ 3 - Au moins 6 et au maximum 18 membres qui sont présentés par le conseil d'administration sortant et qui sont élus par l'assemblée générale.

§ 4 - Si le bureau constate que certains services mutualistes, certaines couches de la population ou catégories de membres ne sont pas suffisamment représentés il peut proposer des candidats, représentant ces groupes, pour être élus conformément aux dispositions de l'article 21 § 3.

§ 5 - Le conseil d'administration peut désigner 15 conseillers au maximum, sur présentation du bureau. Ceux-ci ont une voix consultative.

Article 22

§ 1 - Sans préjudice au droit des membres de l'assemblée générale de l'Alliance de se porter candidat, les candidats au conseil d'administration de l'Alliance qui représentent les personnes prévues à l'article 5, deuxième catégorie sont présentés par le conseil d'administration de chaque mutualité.

§ 2 - Sans préjudice au droit des membres de l'assemblée générale de l'Alliance de se porter candidat, les candidats au conseil d'administration de l'Alliance qui représentent les personnes prévues à l'article 5, première catégorie sont présentés par province, de commun accord entre les mutualités appartenant à une province.

§ 3 - Pour chaque mutualité visée au § 1 et pour chaque province visée § 2, le conseil d'administration sortant de l'Alliance compose une liste des candidats.

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

Les mutualités (voir § 1) ou les provinces (voir § 2) pour lesquelles il y a plus de candidats proposés que le nombre de mandats à pourvoir, l'assemblée générale de l'Alliance doit procéder au vote.

Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus. En cas d'égalité de voix, l'ordre dans lequel les candidats sont proposés est décisif.

Article 23

Le remplacement des administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à la prochaine assemblée générale selon la procédure visée à l'article 22 de ces statuts. L'administrateur ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission, la révocation ou l'exclusion de la mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du conseil d'administration de l'Alliance.

L'administrateur qui aura été absent cinq fois consécutives sans justification est considéré comme démissionnaire.

Article 24

Le conseil d'administration, en tant qu'organe de gestion, exerce toutes les compétences que la loi où les statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'assemblée générale.

Outre ce qui est stipulé dans la suite des présents statuts, le conseil d'administration peut, conformément aux dispositions légales en vigueur et sauf en ce qui concerne la fixation des cotisations, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs, ou encore à une ou plusieurs commissions ou comités dont les membres sont désignés par le conseil d'administration dont entre autres :

- le bureau
- le comité de direction
- le comité de rémunération
- le comité d'audit

Ces commissions et comités font rapport au moins une fois par an de leurs activités au conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration ne participent pas aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris, sont directement concernés.

Article 25

Le conseil d'administration soumet chaque année à l'approbation de l'assemblée générale, les comptes annuels de l'exercice clôturé et le projet de budget de l'exercice suivant.

Article 26

En cas de vote sur des problèmes généraux intéressant l'organisation dans son ensemble ou la ligne de conduite à suivre par l'Alliance Nationale, ainsi que ceux intéressant les services et opérations, tous les administrateurs y prennent part.

En cas de vote sur des problèmes intéressant exclusivement les personnes prévues à l'article 5, deuxième catégorie de ces statuts, seuls les administrateurs qui représentent les personnes prévues à l'article 5, deuxième catégorie y prennent part.

En cas de vote sur les problèmes intéressant exclusivement les personnes prévues à l'article 5, première catégorie de ces statuts, seuls les administrateurs qui représentent les personnes prévues à l'article 5, première catégorie y prennent part.

Article 27

Le conseil d'administration désigne en son sein, et pour six ans, un président, un vice-président exécutif ainsi que deux vice-présidents volontaires.

Le président et le vice-président exécutif sont de rôle linguistique différent.
La même règle s'applique aux deux vice-présidents volontaires.

Les autres membres du conseil d'administration portent le titre d'administrateur.

Le conseil d'administration nomme pour une durée indéterminée quatre directeurs généraux :

- un directeur général responsable de l'assurance obligatoire fédérale ;
- un directeur général responsable des mutualités flamandes affiliées à l'Alliance ;
- un directeur général responsable des mutualités francophones et germanophone affiliées à l'Alliance ;
- un directeur général responsable des services de support.

En application de l'article 21, §3 des présents statuts, les quatre directeurs ont été présentés pour être ensuite élus par l'assemblée générale comme membre du conseil d'administration avec voix délibérative pour le même terme que les autres administrateurs.

Lors de la mise en place du nouveau conseil d'administration après les élections mutualistes, les quatre directeurs généraux peuvent à nouveau être présentés pour être réélus par l'assemblée générale pour une période de 6 ans comme membre du conseil d'administration avec voix délibérative. Ils ne peuvent être démis de leur fonction de directeur général que par le conseil d'administration. Leur démission comme directeur général a automatiquement comme conséquence la

fin de leur mandat de membre du conseil d'administration s'ils ont été élus en tant que membre effectif du conseil d'administration.

Article 28

Le président a la direction de l'assemblée générale, du conseil d'administration, du bureau et du comité de direction; il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux;

Le président a le droit de convoquer le conseil d'administration à titre exceptionnel. Il est tenu de convoquer le conseil d'administration à la demande d'un cinquième au moins des délégués.

Article 29

Le vice-président exécutif remplace au besoin le président qui peut lui déléguer tous ses pouvoirs. Les deux vice-présidents-volontaires remplacent au besoin le président et le vice-président exécutif, qui peuvent leur déléguer tous leurs pouvoirs. Si le président, le vice-président exécutif et les vice-présidents volontaires sont empêchés, le conseil d'administration désigne celui d'entre eux qui remplira momentanément les fonctions de président.

Article 30

Le président et le vice-président exécutif sont responsables vis-à-vis du conseil d'administration et du bureau pour la rédaction des rapports, de la correspondance, des convocations de l'assemblée générale, du conseil d'administration et du bureau et pour la conservation des archives.

Les quatre directeurs généraux désignés par le conseil d'administration les assistent dans l'exercice de leurs fonctions.

Les directeurs généraux sont responsables devant le conseil d'administration de la bonne marche de leurs domaines respectifs.

Article 31

Le directeur général responsable des services de support est responsable vis-à-vis du conseil d'administration pour toutes les manipulations de fonds de l'Alliance, pour la tenue des livres prescrits par la réglementation, pour l'établissement des statistiques, ainsi que pour la situation financière.

Chaque année, le conseil d'administration soumet les documents suivants pour approbation à l'occasion de l'assemblée générale:

- les comptes des services et opérations et de l'assurance obligatoire pour l'exercice écoulé clôturé au 31 décembre et approuvés par le conseil d'administration.
- le projet de budget de l'exercice suivant.

Le directeur général responsable des services de support est responsable des fonds sociaux.

Article 32

Les administrateurs prêtent leur concours au conseil d'administration; ils contribuent au fonctionnement régulier et à la prospérité de l'Alliance. Ils contrôlent les bilans ainsi que tous les comptes de recettes et de dépenses

Section 3

Le bureau et le comité de direction

Article 33 - Le bureau

A. Le bureau de l'Alliance Nationale compte douze membres au maximum et est composé comme suit :

- le président;
- le vice-président-exécutif;
- les deux vice-présidents volontaires ;
- le directeur général responsable de l'assurance obligatoire fédérale;
- le directeur général responsable des mutualités flamandes affiliées à l'Alliance ;
- le directeur général responsable des mutualités francophones et germanophone affiliées à l'Alliance ;
- le directeur général responsable des services de support ;
- deux administrateurs d'expression néerlandaise et deux administrateurs d'expression française, ne faisant pas partie du personnel, désignés par le conseil d'administration sur proposition des deux vice-présidents volontaires après consultation des représentants de leur(s) mutualité(s) respective(s).

B. Dans le cadre de la délégation du conseil d'administration, le bureau est chargé de l'instruction et de la préparation des décisions qui doivent être prises par le conseil d'administration. Sans préjudice des dispositions de l'article 27 des présents statuts, le bureau est compétent pour la nomination et la démission des directeurs de l'Alliance.

Le bureau émet un avis conforme pour la nomination d'employés qui exercent une fonction de direction dans les mutualités affiliées, conformément à l'article 25 de la loi du 6 août 1990.

Le bureau exerce également toutes les compétences qui lui sont conférées ou transférées par le conseil d'administration.

C. Le bureau se réunit sur convocation du président et au minimum préalablement à chaque réunion du conseil d'administration.

Dans des circonstances exceptionnelles, il est permis de recourir à la procédure de décision par voie électronique. Cette procédure exceptionnelle ne peut être utilisée que pour des décisions qui sont indispensables et urgentes et moyennant l'accord préalable du président, du vice-président exécutif et des vice-présidents volontaires. Les modalités pratiques sont fixées dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le conseil d'administration.

D. §1. Les membres du Bureau peuvent participer au Bureau à distance, grâce à un moyen de communication électronique mis à disposition par l'Alliance.

§2. Les membres du Bureau qui participent de cette manière au Bureau sont considérés comme présents au Bureau.

§3. Le moyen de communication électronique doit permettre aux membres du Bureau de prendre connaissance en direct, simultanément et de manière ininterrompue des discussions pendant la réunion, de participer aux délibérations et de poser des questions, et d'exercer leur éventuel droit de vote sur toutes les questions sur lesquelles le Bureau est appelé à se prononcer.

Article 34 - le comité de direction

A. Le comité de direction compte huit membres et est composé comme suit :

- le président ;
- le vice-président exécutif ;
- le directeur général responsable de l'assurance obligatoire fédérale ;
- le directeur général responsable des mutualités flamandes affiliées à l'Alliance;
- le directeur général responsable des mutualités francophones et germanophone affiliées à l'Alliance ;
- le directeur général responsable des services de support ;
- un représentant supplémentaire présenté par le directeur général responsable des mutualités flamandes dont question ci-dessus ;
- un représentant supplémentaire présenté par le directeur général responsable des mutualités francophones et germanophone dont question ci-dessus.

B. Le conseil d'administration a délégué au comité de direction les compétences suivantes :

- la gestion journalière ;
- la coordination ainsi que la direction et l'arbitrage de l'ensemble des compétences exécutives et opérationnelles dévolues par les statuts au président, au vice-président exécutif

ainsi qu'aux directeurs généraux désignés par le conseil d'administration ;

- la fixation pour l'Alliance et pour les mutualités du cadre du personnel, de son statut et de ses barèmes sans préjudice des pouvoirs du comité de rémunération tels que définis à l'article 35quater ;
- la direction des directeurs de l'Alliance ainsi que la nomination, la direction et le licenciement du personnel de l'Alliance en dessous du grade de directeur ;
- la prise au nom de l'Alliance, de toutes les décisions nécessaires pour les marchés publics, sans cependant empiéter sur les compétences de l'assemblée générale. Les décisions dans ce cadre sont valablement prises si au moins deux membres du comité de direction élus comme administrateur avec voix délibérative sont présents, l'un des deux devant être soit le président, soit le vice-président exécutif, soit le directeur général responsable des services de support.

Le comité de direction exerce également toutes les compétences qui lui sont conférées ou transférées par le conseil d'administration.

Le conseil d'administration autorise le comité de direction à désigner des mandataires spéciaux pour des transactions bien délimitées (ou une catégorie ou un ensemble de transactions) qui ressortent de sa compétence.

Ces mandataires spéciaux disposent dans les limites de leur mandat d'un pouvoir de signature. Les modalités d'exécution de ces dispositions sont fixées dans un règlement d'ordre intérieur qui doit être approuvé par le conseil d'administration.

Section 4

Dispositions communes

Article 35

Pour les matières qui sont exclusivement de la compétence de la communauté française ou de la communauté flamande, il est possible d'organiser de manière séparée les délibérations et le processus décisionnel au sein de l'assemblée générale ou du conseil d'administration en y faisant participer uniquement les membres appartenant à l'une ou l'autre communauté linguistique, et ce sous la présidence du vice-président volontaire de l'Alliance appartenant à cette même communauté linguistique.

Dans le cadre de la répartition des compétences attribuées aux communautés et régions, les organes visés déterminent, par communauté linguistique, la politique à suivre par les Mutualités chrétiennes et fournissent des avis au sujet de la nomination de membres du personnel compétents pour ces matières à partir du grade de chef de service.

Les compétences en matière de fonctionnement, de décision et d'avis de ces organes sont précisées, par communauté linguistique, dans un règlement d'ordre intérieur et approuvées par le conseil d'administration de l'Alliance.

Pour les matières qui dépendent exclusivement du champ d'activités de la communauté germanophone, le conseil d'administration requiert l'avis de la 'Christliche Ostbelgische Krankenkasse', société mutualiste faisant partie de la mutualité de Verviers.

Section 5

Le Collège des directeurs des mutualités affiliées à l'Alliance

Article 35bis

Les directeurs des mutualités affiliées à l'Alliance, réunis au sein du 'collège des directeurs des mutualités affiliées à l'Alliance' ont une compétence d'avis en ce qui concerne l'assurance obligatoire AMI, le fonctionnement de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, les services et opérations, les activités socio-éducatives et les dispositions statutaires de l'Alliance.

Le conseil d'administration de l'Alliance peut préciser cette compétence d'avis et la composition du 'collège des directeurs' dans un Règlement d'ordre intérieur.

Cette compétence d'avis, accordée sur demande ou exercée de sa propre initiative, peut s'exercer à l'adresse des organes visés aux sections précédentes, en fonction de leurs compétences respectives, ou de la direction de l'Alliance.

Section 6

Le Comité d'Audit

Article 35ter

Le conseil d'administration est responsable du système de contrôle interne et d'audit interne. Pour ce faire, le conseil d'administration est assisté par un comité d'audit.

Le conseil d'administration fixe, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, la composition, la mission, les compétences et les responsabilités du comité d'audit.

Le comité d'audit rédige annuellement un rapport à l'attention du conseil d'administration, selon les modalités approuvées par le conseil d'administration

Section 7

Le comité de rémunération

Article 35 quater

Le conseil d'administration désigne un comité de rémunération, composé des deux vice-présidents volontaires et de deux experts externes ayant une expertise particulière dans la politique des rémunérations. Les externes sont nommés sur proposition du bureau. Les deux vice-présidents volontaires ont un droit de vote, tandis que les experts externes ont une voix consultative.

Les décisions sont prises au consensus. Les membres avec droit de vote peuvent se faire représenter par un autre membre disposant du droit de vote moyennant une procuration écrite. Afin que la réunion et les décisions prises soient valides, au moins trois membres du comité de rémunération doivent être présents ou représentés.

Le comité de rémunération est compétent pour décider quant :

- aux rémunérations, y compris les avantages extralégaux, des membres de direction de l'ANMC, dans le cadre budgétaire approuvé par le conseil d'administration ;
- à l'évaluation du président, tel que prévu dans le statut du personnel ANMC.

Les membres du comité de rémunération avec droit de vote sont les seuls à participer à l'évaluation du président.

Le comité de rémunération informe annuellement le conseil d'administration de ses activités.

Le directeur Ressources Humaines de l'Alliance soutient le fonctionnement du comité de rémunération et participe aux réunions sans droit de vote. Il ne participe pas aux réunions quand il est impliqué à titre personnel.

Section 8

Le conseil de santé de la Mutualité chrétienne

Article 35 quinquies

A. Un conseil de santé de la Mutualité chrétienne est constitué et est composé de volontaires et de membres du personnel de la Mutualité chrétienne ainsi que d'un certain nombre d'externes. Le nombre maximum de membres est fixé à soixante.

Au niveau de sa composition, le conseil de santé doit compter minimum deux-tiers de volontaires qui ne sont pas membres du personnel de l'Alliance ou d'une des entités mutualistes affiliées à l'Alliance.

Pas plus de deux-tiers des membres permanents ne peuvent appartenir au même genre.

Deux tiers des membres volontaires seront issus du rôle linguistique néerlandophone, alors que le dernier tiers des membres volontaires sera issu du rôle linguistique francophone et/ou germanophone.

Les membres du conseil de santé sont désignés par le conseil d'administration sur proposition du président, du vice-président exécutif et des deux vice-présidents volontaires.

Les deux vice-présidents volontaires consultent préalablement les représentants de leur(s) mutualité(s) respective(s).

Le règlement d'ordre intérieur du conseil de santé précise les modalités de consultation et d'élaboration de la liste des membres soumis à l'approbation du conseil d'administration.

A l'occasion de certaines réunions, le conseil de santé peut de sa propre initiative inviter d'autres personnes disposant d'une expertise ou de compétences spécifiques pouvant être utiles au débat.

B. Le conseil de santé :

- dispose d'une compétence générale pour émettre des avis sur demande ou de sa propre initiative ou sujet de tous éléments concernant la définition de la politique de santé ;
- rédige des avis, des notes stratégiques et un rapport annuel sur la politique de santé, la stratégie de la Mutualité chrétienne dans ce cadre, et ce à moyen et long terme.

La composition du conseil de santé et les modalités d'exécution de sa mission et de ses compétences sont consignées dans un règlement d'ordre intérieur approuvé par le conseil d'administration.

Section 9

L'indemnisation des mandats au sein des organes de gestion

Article 35 sexies

Le mandat d'administrateur est gratuit. Une indemnité de déplacement est octroyée aux membres du conseil d'administration qui sont présents à une réunion du conseil d'administration. Un jeton de présence de 50 euros et une indemnité de déplacement sont octroyés aux membres du comité et du comité d'audit qui sont présents à une réunion du comité ou du comité d'audit.

En revanche, un défraiement mensuel forfaitaire de maximum 500 euros et une indemnité de déplacement sont octroyés aux vice-présidents. Les intéressés ont le droit de renoncer à l'octroi d'indemnité.

Section 10

Représentation de l'Alliance

Article 35septies

En application de l'article 21 de la loi du 6 août 1990, le conseil d'administration a désigné pour représenter l'Alliance les personnes reprises ci-dessous.

L'Alliance agit en justice et est valablement représentée en justice, aussi bien en tant que demandeur qu'en tant que défendeur, soit par le président, soit par le vice-président exécutif, soit par un autre administrateur désigné à cet effet.

Pour tous les autres actes et contrats, en ce compris ceux qui concernent la gestion journalière, l'Alliance est représentée par :

- soit le président et le vice-président exécutif, agissant conjointement ;
- soit le président ou le vice-président exécutif, conjointement avec un autre administrateur, membre du comité de direction ;
- soit deux administrateurs membres du comité de direction, agissant conjointement ;
- soit un mandataire spécial, administrateur ou non, agissant dans les limites du mandat spécial qui lui est confié par le conseil d'administration ou par le comité de direction, chacun dans son champ de compétences.
Ces mandats spéciaux peuvent être conférés pour des actes juridiques bien définis ou pour une série d'actes juridiques bien définis.

Les modalités d'exécution de cette disposition sont reprises dans un règlement d'ordre intérieur.

Article 36

Pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2 des présents statuts, l'Alliance organise des services et opérations pour les membres des mutualités affiliées selon les modalités fixées ci-dessous.

Article 37

§ 1.- Les cotisations pour les services et opérations organisés par l'Alliance sont dues à partir de la date d'affiliation et pour chaque mois entamé.

Les membres s'engagent à payer les cotisations pour ces services et opérations offerts.

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.

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

Cette perception se fait par les mutualités affiliées qui s'engagent à payer par membre la cotisation fixée à l'Alliance.

Le montant annuel de la cotisation par ménage mutualiste est fixé dans le tableau des cotisations se trouvant en annexe des présents statuts.

§ 3.- Les catégories suivantes de membres paient une cotisation de 0,00 euro :

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

Article 38

Les membres d'une mutualité affiliée à l'Alliance, qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité en raison du paiement de leurs cotisations, peuvent également bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de l'Alliance.

Pour les membres d'une mutualité affiliée à

l'Alliance, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité est suspendue, la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de l'Alliance est également suspendue.

Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d'un avantage de l'assurance complémentaire de l'Alliance que s'ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après régularisation des cotisations pour la période concernée, des membres qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité.

Pour les membres d'une mutualité affiliée à l'Alliance, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité est supprimée, la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de l'Alliance est également supprimée.

Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d'un avantage de l'assurance complémentaire de l'Alliance que s'ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage, des membres qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité.

Article 39

Aucun stage n'est prévu pour les services et opérations organisés par l'Alliance, sauf pour les services et opérations pour lesquels ceci est explicitement prévu dans les statuts.

Si un stage d'attente est prévu, il ne s'applique pas à la personne qui, avant l'affiliation à sa mutualité, était affiliée à un service ou opération similaire d'une autre entité mutualiste et qui n'avait pour cela pas de stage à accomplir ou qui a accompli entièrement ce stage.

Si un stage d'attente est prévu et que la personne, juste avant l'affiliation à sa mutualité, était affiliée à un service ou opération similaire d'une autre entité mutualiste et n'avait pour cela pas encore accompli entièrement le stage, ce stage est réduit de la durée du stage effectué par cette personne pour le service ou opération similaire.

La présente disposition s'applique sans préjudice des dispositions reprises dans l'article 38.

Article 40

La demande d'obtenir des avantages dans le cadre des services et opérations organisés par l'Alliance est prescrite à l'issue de deux ans à compter de l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu au versement d'un avantage.

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'assurance complémentaire de l'Alliance, 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 es responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Article 41

§.1.- Lorsque l'assurance obligatoire, l'assurance accident de travail, le fonds des maladies professionnelles, une autorité publique ou une assurance, une caisse, fonds, organisme ou institution organisé par elle, prévoit une prise en charge ou une intervention, l'Alliance intervient après soustraction de l'intervention ou prise en charge prévue.

§.2.- Lorsque une assurance à laquelle l'affiliation est légalement obligatoire, prévoit une prise en charge ou une intervention, l'Alliance intervient après soustraction de l'intervention ou prise en charge prévue.

Ces dispositions sont d'application dans la mesure où elles n'ont pas pour conséquence que :

- le total de toutes les interventions ou prises en charge mentionnées ci-dessus pour les bénéficiaires avec droit à une intervention majorée est inférieur au total pour les bénéficiaires sans droit à une intervention majorée.
- le bénéficiaire n'obtient pas d'avantages parce que la prise en charge ou intervention mentionnée ci-dessus, est fournie seulement après la fin du délai de prescription mentionné à l'art. 48bis de la loi du 6 août 1990.

Article 42

A. Services et opérations

Les mutualités gardent leur autonomie pour les services et opérations qui leur sont propres. Elles s'engagent à payer à l'Alliance Nationale les cotisations prévues pour les services et opérations nationaux.

B. Assurance obligatoire

Les mutualités affiliées s'engagent à respecter les instructions de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et de l'Alliance Nationale en ce qui concerne l'organisation de l'assurance obligatoire, comme stipulé à l'article 7 des présents statuts.

Elles reçoivent de l'Alliance Nationale des avances de fonds leur permettant d'accorder à leurs affiliés les avantages prévus par les lois et règlements sur l'assurance obligatoire. Elles sont comptables, en tout temps, de l'exactitude de leurs opérations. Elles se prêtent à tout contrôle exercé par l'Alliance Nationale, l'Institut National l'Assurance Maladie Invalidité ou l'Office de contrôle et s'engagent à remettre régulièrement, et dans les délais prévus, tous les renseignements d'ordre comptable ou statistique demandés par les instances supérieures de l'assurance obligatoire, conformément aux dispositions légales.

Les prestations accordées par l'Alliance aux assurés obligatoires sont celles prévues par la législation et la réglementation en la matière.

Section 1

Le centre administratif

Article 43

Le centre administratif se charge de :

1. 98/1 - La répartition totale des frais de fonctionnement communs qui, conformément aux articles 74 et 75 de l'A.R. du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990, ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés organisés par l'Alliance Nationale;
2. 98/2 - La gestion de :
 1. la réserve comptable des frais d'administration de l'assurance maladie obligatoire résultant de l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
 2. la cotisation destinée à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire conformément à l'article 1er, point 4 de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 .

Au centre administratif (code 98/2) sont également imputés les charges et produits déterminés par l'Office de contrôle.

Section 2

L'information et la promotion

Article 44

L'information et la promotion a pour but :

- d'informer tous les membres de ses mutualités affiliées au sujet de toutes les matières concernant l'Alliance, la mutualité et les soins de santé en

général, tant préventifs que curatifs ainsi que de promouvoir ces activités ;
- de soutenir les mutualités affiliées, la Société Mutualiste Solimut et la Société Mutualiste Diensten en verrichtingen CM-Vlaanderen dans l'organisation des services et opérations offerts.

Section 3

Les séjours de convalescence

Article 45

1. Conditions générales

Les séjours de convalescence assurent un séjour de convalescence dans les établissements agréés ou dans les établissements non agréés aux bénéficiaires relevant de maladie grave ou affaiblis consécutivement à une opération chirurgicale, ainsi qu'aux bénéficiaires cohabitants qui, dans des circonstances normales dépendent du convalescent en tant qu'aidant proche.

Pour les centres du point 2.3.1. (centres agréés), l'intervention est soumise à l'accord de l'équipe médicale du centre de convalescence concerné.

Pour les centres du point 4 (centres non agréés), l'intervention est soumise à l'accord d'un médecin désigné par l'ANMC.

Le stage est fixé à six mois, à partir du moment d'adhésion aux services et opérations.

2. Conditions spécifiques

2.1. Les critères d'intervention

Entrent en ligne de compte pour une intervention:

2.1.1. Convalescents après une hospitalisation récente avec ou sans intervention chirurgicale en raison d'une affection grave pour laquelle un traitement et/ou une revalidation est nécessaire.

2.1.2. Convalescents suite à un problème sérieux ou accident grave, avec comme conséquence une interruption de longue durée des activités normales, ce qui rend temporairement impossible le fonctionnement de manière autonome dans l'environnement naturel de la maison.

2.1.3. Les bénéficiaires cohabitants qui, dans des circonstances normales, dépendent d'un aidant proche pour leurs soins, mais dont l'aidant proche se trouve lui-même dans des circonstances mentionnées aux points 2.1.1. ou 2.1.2., ce qui fait qu'il est impossible pour eux de rester seuls à la maison de manière indépendante et sans surveillance permanente.

2.1.4. Dans les deux cas mentionnées dans 2.1.1. et 2.1.2. le séjour doit être orienté vers une amélioration de la situation, revalidation, plus

d'autonomie, auto-soins et autogestion du patient; tout cela en vue d'un retour à domicile.

Pour les bénéficiaires mentionnés dans 2.1.3., le séjour doit viser un soutien supplémentaire de l'aidant proche.

2.2 la demande

La demande est faite sur base d'un questionnaire médical spécifique. La demande doit comporter suffisamment les éléments qui motivent cette admission.

Au plus tard lors de l'admission, un plan de traitement détaillé doit être disponible au centre de convalescence. Ce plan de traitement décrit le trajet de rééducation et le retour à un fonctionnement indépendant et doit être transmis à l'Alliance sur simple demande.

2.2.1. En cas d'une post-hospitalisation comme décrit dans 2.1.1 un diagnostic médical est nécessaire qui stipule les raisons pour lesquelles l'hospitalisation a eu lieu, avec un protocole succinct mais suffisamment clair qui décrit le traitement ou revalidation futur.

2.2.2. Une demande de convalescence comme décrit dans 2.1.2. et 2.1.3. doit comporter un diagnostic médical décrivant un dysfonctionnement physique ou psychologique grave nécessitant un accompagnement professionnel paramédical. En cas de dysfonctionnement psychologique il faut un plan de traitement d'un psychiatre ou psychologue. Dans les deux cas, une évaluation Katz récente et complète est nécessaire.

2.3. Choix du centre de convalescence

2.3.1. Les centres agréés sont Ter Duinen à Nieuport, Hooidonk à Zandhoven et Domaine de Nivezé à Spa.

2.3.2. En outre les membres peuvent faire appel aux autres centres stipulés dans le point 4.

2.4. Durée du séjour pour les centres repris dans le point 2.3.1.

2.4.1. La durée minimale est de 14 jours par situation pathologique. Le centre peut réduire cette période dans les cas suivants :

- Le plan de traitement permet de réduire la période, la convalescence se déroule mieux que prévu ou il est plus efficace de continuer la convalescence/la revalidation ailleurs
- Cas de force majeure ou nouvelle hospitalisation
- Raison sociale

2.4.2. Le nombre maximal de jours d'intervention est limité à 60 jours par situation pathologique par année civile. Dans le cas d'une interdiction orthopédique de prise de soutien ou dans le cas de chimiothérapie, un délai supplémentaire de 30 jours maximum peut être demandé une seule fois à l'ANMC, sous réserve d'une justification écrite par l'équipe médicale du centre de convalescence en question.

2.4.3. Interruption et départ imprévu

Quand le convalescent doit interrompre son séjour d'une façon imprévue pour des raisons médicales, la durée du séjour sera suspendue et prolongée après l'interruption. Un retour après une interruption ne peut se faire que si les critères de soins précédemment connus sont encore d'actualité. Si le convalescent ne revient plus, l'ANMC interviendra pour les jours de séjour effectifs du patient dans le centre et le convalescent ne se verra pas facturer des jours supplémentaires (quote part personnelle). Si le convalescent part sans aucune concertation avec le centre, l'ANMC va intervenir pour les jours de séjour effectifs du patient dans le centre et le centre pourra facturer au convalescent pour les jours restants maximum 3 jours complet du prix de journée.

3. Interventions financières pour les centres repris dans le point 2.3.1..

3.1. Frais de séjour

L'intervention de l'Alliance est déterminée sur la base du prix de journée convenu avec l'établissement, diminué de la quote-part personnelle à charge du bénéficiaire, lorsque le séjour a lieu dans un des centres de convalescence repris au point 2.3.1..

3.2. Intervention

L'intervention de l'Alliance dans un des centres de convalescence repris au point 2.3.1. est de :

- € 76,51 pour les bénéficiaires de l'intervention majorée
- € 44,51 pour les bénéficiaires sans intervention majorée

Cette intervention est applicable aux séjours de convalescence débutant à partir du 1er janvier 2021.

La différence entre le prix de journée fixé par le centre de convalescence et l'intervention susmentionnée est à la charge du bénéficiaire.

La quote-part personnelle est facturée directement par le centre à l'intéressé; celui-ci paie directement au centre.

3.3. Frais de déplacement

Conditions d'intervention

Pour les frais de déplacement des convalescents admis dans un des centres de convalescence repris au point 2.3.1., l'intervention suivante est accordée:

3.3.1. Déplacements à indemniser

Jour d'entrée: les frais de voyage du bénéficiaire de son domicile au centre.

Jour de sortie : les frais de voyage du bénéficiaire du centre à son domicile (fin de séjour).

3.3.2. Base de l'intervention dans les frais de déplacement

L'intervention dans les frais de déplacement est forfaitaire et calculée sur la base des tarifs des transports en commun, indépendamment du moyen de transport utilisé.

4. Séjours de convalescence passés dans un centre autre que ceux agréés.

4.1. Demande

Un séjour dans un autre centre que les centres mentionnés dans le point 2.3.1. est possible en cas de démence grave, de raisons psychologiques ou de nécessité d'être accueilli dans une petite entité adaptée.

A cette fin le bénéficiaire doit exprimer le souhait à l'Alliance d'être admis dans un autre centre que ceux agréés par l'Alliance.

4.3. Choix du centre de soins

Il doit s'agir d'un centre de convalescence ou un centre de soins agréé par l'autorité compétente. Il ne peut y avoir admission avant accord de l'Alliance (cet accord est valable 30 jours 'date de l'accord').

4.4. Intervention

L'intervention de l'Alliance se limite à une indemnité pour les frais de séjour de € 15 par jour pour la période autorisée et de séjour.

4.5. Paiement

4.5.1. Les frais de séjour sont directement payés à l'établissement par l'intéressé lui-même.

4.5.2. L'intervention prévue est payée à l'intéressé sur présentation des factures acquittées de l'établissement.

Section 4

L'assistance juridique

Article 46

1. Domaine d'application.

L'assistance juridique a pour but d'accorder l'assistance juridique aux bénéficiaires qui sont victimes d'un accident médical qui s'est produit en Belgique et pour lequel une déclaration est faite à leur mutualité.

2. Définitions.

Pour l'application du présent article, on entend par :

Accident médical : tout fait occasionnant un dommage à un patient dans le cadre ou à la suite d'un traitement, d'une hospitalisation, ou d'un examen médical.

Assistance juridique : Une première analyse de la plainte relative à un accident médical, tant sur le plan médical que juridique, et le cas échéant, l'accomplissement de démarches en vue d'obtenir une indemnisation.

Bénéficiaire : le membre au bénéfice de qui l'assistance juridique est octroyée.

MC : l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Le Fonds : le Fonds des accidents médicaux, institué par la Loi du 31 mars 2010.

3. Etendue et fonctionnement de l'assistance juridique.

Dès la réception d'une plainte relative à un accident médical, la MC examine si les faits qu'elle contient sont susceptibles d'aboutir à une indemnisation, soit via une intervention du Fonds, soit via le droit classique de la responsabilité.

Si les faits que la plainte contient sont susceptibles d'aboutir à une indemnisation, la MC octroie le bénéfice de l'assistance juridique.

Dans le cadre de l'assistance juridique, la MC examinera les alternatives suivantes :

- introduction du dossier auprès du Fonds
- possibilité d'obtenir un accord amiable
- introduction d'une procédure judiciaire

Si les faits que la plainte contient ne sont pas susceptibles d'aboutir à une indemnisation, la MC met fin à l'assistance juridique et en informe le bénéficiaire.

Dans le cadre de l'assistance juridique, le bénéficiaire s'engage à fournir tous les renseignements et

documents utiles concernant l'accident médical (par exemple : déclaration d'accident, facture d'hospitalisation, rapport médical, radiographies, correspondances,...).

Si le bénéficiaire ne collabore pas suffisamment à la collecte de toutes les informations et éléments de preuve utiles, de même que lorsque qu'il apparaît que le bénéficiaire a donné des informations incomplètes ou incorrectes, la MC met fin à l'assistance juridique.

La responsabilité de la MC ne peut en aucun cas être engagée si le bénéficiaire ne fournit pas les informations sollicitées dans le délai demandé par la MC.

De même, le bénéficiaire s'engage à collaborer au traitement de son dossier avec les différents intervenants (services de la MC, médecin-conseil, avocat, Fonds,...). Ceci implique notamment qu'il réponde et soit présent à toutes les convocations qui lui seront envoyées, et informe immédiatement la MC de toute communication qu'il recevrait (du Fonds, de l'assurance, d'un autre intervenant....).

Lorsque cela est nécessaire pour le bon déroulement de la procédure, le bénéficiaire sera assisté par un médecin-conseil désigné par la MC.

Lorsque cela est nécessaire pour le bon déroulement de la procédure, le bénéficiaire est également assisté par un avocat désigné par la MC.

Le bénéficiaire donne mandat général de le défendre avec tous les moyens de fait et de droit.

a) Introduction du dossier au Fonds

Lorsque la responsabilité du prestataire pourrait être engagée ou qu'il existe un doute quant à une éventuelle responsabilité, la MC introduit une demande auprès du Fonds.

De même, lorsque le dossier pourrait donner lieu à une indemnisation de la part du Fonds, en dehors d'une responsabilité, la MC introduit le dossier auprès du Fonds.

Lorsque le Fonds demande des informations complémentaires, le bénéficiaire s'engage à communiquer immédiatement à la MC toute demande d'informations complémentaires du Fonds. Il fournit également sans délai les informations demandées à la MC et au Fonds.

La responsabilité de la MC ne peut en aucun cas être engagée si le bénéficiaire ne fournit pas les informations sollicitées dans un délai qui permette raisonnablement à la MC de les communiquer dans le délai légal au Fonds.

Si l'avis négatif rendu par le Fonds n'est pas justifié ou que d'autres démarches en vue d'une indemnisation sont possibles, la MC maintient l'assistance juridique.

Si l'avis négatif rendu par le Fonds est justifié, la MC peut mettre fin à l'assistance juridique.

Si une indemnisation lui est attribuée, le bénéficiaire paiera lui-même les frais et honoraires de l'avocat intervenu dans le cadre de l'assistance juridique à

concurrence d'un montant qui correspond à maximum 5% de l'indemnisation attribuée au bénéficiaire. Le montant des frais et honoraires qui dépasse les 5% de l'indemnisation attribuée seront intégralement pris en charge par la MC.

Si aucune indemnisation ne lui est attribuée, les frais et honoraires de l'avocat et/ou du sapiteur qui seront intervenus dans le cadre de l'assistance juridique restent intégralement à charge de la MC.

b) Possibilité d'obtenir un accord amiable

La MC tente d'obtenir un règlement à l'amiable avec le tiers responsable et/ou son assureur.

Dans le cadre d'une procédure amiable, la MC proposera à ou acceptera de la partie adverse la mise sur pied d'une expertise médicale amiable (EMA).

Dans le contexte d'une expertise amiable, les deux ou trois médecins-conseils désignés par les parties dans le protocole d'EMA devront tenter de dégager des conclusions communes.

Ce qui guidera la prise de position du médecin-conseil de la MC sont les données référentielles en matière médicale et d'évaluation du dommage corporel, en tenant toujours compte des chances existantes d'aboutir à une indemnisation plus favorable en recourant au tiers arbitre ou à une procédure judiciaire.

Si une indemnisation lui est attribuée, le bénéficiaire paiera lui-même les frais et honoraires de l'avocat intervenu dans le cadre de l'assistance juridique à concurrence d'un montant qui correspond à maximum 5% de l'indemnisation attribuée au bénéficiaire. Le montant des frais et honoraires qui dépasse les 5% de l'indemnisation attribuée est intégralement pris en charge par la MC.

Si aucune indemnisation ne lui est attribuée, les frais et honoraires de l'avocat et/ou du sapiteur qui seront intervenus dans le cadre de l'assistance juridique restent intégralement à charge de la MC.

c) Introduction d'une procédure judiciaire.

Une procédure civile ou pénale est intentée si :

- les faits que la plainte contient peuvent donner lieu à une action de dédommagement avec succès et
- un accord à l'amiable ne semble pas possible ou l'avis du Fonds est insuffisant

Lorsqu'il y a assez d'éléments juridiques, la MC ira en appel ou formera un pourvoi en Cassation. Une décision d'attribution d'assistance juridique en première instance implique automatiquement une assistance juridique en appel ou en cassation si c'est la partie adverse qui interjette appel ou se pourvoit en cassation.

Le bénéficiaire contribue à concurrence de 50 € aux frais de procédure judiciaire. Ce montant est définitivement acquis, indépendamment du résultat

de la procédure. Aussitôt le montant viré sur son compte, la MC transmet le dossier à son avocat.

En cas de résultat négatif, c'est-à-dire au cas où aucune indemnisation ne serait attribuée au bénéficiaire, les frais et honoraires restent à charge de la MC.

En cas de résultat positif, le bénéficiaire paie lui-même les frais et honoraires à concurrence de maximum 10 % des sommes attribuées au bénéficiaire. Le solde éventuel des frais et honoraires sera payé par la MC.

La MC avance les frais de justice.

Lorsque le bénéficiaire est condamné aux frais et dépens tels que définis à l'art 1018 du Code Judiciaire, en ce compris l'indemnité de procédure, ceux-ci sont pris en charge par la MC.

Lorsque la partie adverse y est condamnée, les frais et dépens tels que définis à l'art 1018 du Code Judiciaire, en ce compris l'indemnité de procédure, reviennent intégralement à la MC. Le bénéficiaire autorise la Mutualité Chrétienne à percevoir ces sommes directement auprès de l'avocat.

L'indemnité de procédure revient donc de plein droit à la MC, indépendamment de son intervention effective dans les frais et honoraires de l'avocat et de la hauteur de celle-ci. Ceci est justifié par la mutualisation des risques et par le fait qu'en contrepartie, la MC prendra en charge l'intégralité de l'indemnité de procédure au cas où le bénéficiaire y serait condamné.

4. Interaction avec une action propre de la MC

Dans le cas où la responsabilité du prestataire lui semble engagée, la MC a l'obligation légale de récupérer ses propres débours. Ceci implique que des démarches, le cas échéant judiciaires, peuvent être entamées pour la défense des intérêts propres de la MC à l'encontre du prestataire et/ou de son assureur, indépendamment de celles entamées en faveur du bénéficiaire auprès du Fonds ou à l'encontre du prestataire et/ou de son assureur.

5. Exclusions.

La MC n'accorde pas d'assistance juridique :

- si le bénéficiaire n'était pas membre d'une mutualité affiliée à l'Alliance au moment de l'accident médical ;
- si le bénéficiaire a lui-même ou avec le soutien d'une assurance assistance juridique privée ou d'un conseiller propre, entamé une procédure à l'amiable, introduit le dossier devant le Fonds, ou initié une procédure judiciaire.
- en cas d'assignation par le prestataire ou par l'établissement de soins à la suite de négligence ou d'un comportement manifestement fautif du bénéficiaire ;
- si un conflit d'intérêts existe ou était susceptible d'exister entre le bénéficiaire et la MC.

6. Fin de l'assistance juridique.

L'assistance juridique prend fin :

- si le bénéficiaire de ce service perd la qualité de membre. Dans ce cas, l'assistance juridique prend fin le jour suivant la fin de l'affiliation ou le jour suivant le dernier mois couvert par le paiement ininterrompu de la cotisation pour les services et opérations offerts. Le bénéficiaire a l'obligation d'en informer le service juridique de l'Alliance ou l'avocat chargé de l'affaire ;
- si le bénéficiaire fait appel à un propre avocat ou un propre médecin conseil ;
- si le bénéficiaire décide de mettre un terme à l'assistance juridique octroyée par la MC. Dans ce cas, l'assistance juridique expire immédiatement et de plein droit ;
- si, au cours du traitement du dossier, de nouvelles données sont mises à jour qui, si elles avaient été connues au moment de l'octroi de l'assistance juridique, auraient eu pour conséquence un refus du droit à l'assistance juridique, la MC est habilitée à mettre fin immédiatement et unilatéralement à l'assistance juridique, quel que soit l'état de la procédure éventuellement engagée ;
- si le bénéficiaire ne respecte pas son obligation de collaboration, par exemple lorsqu'il ne fournit pas tous les renseignements et documents utiles concernant l'accident médical, ou lorsqu'il ne collabore pas suffisamment à la collecte de toutes les informations et éléments de preuve utiles, ou lorsqu'il apparaît que le bénéficiaire a donné des informations incomplètes ou incorrectes, ou lorsqu'il ne collabore pas au traitement de son dossier avec les différents intervenants (services de la MC, médecin-conseil, avocat, Fonds,...), ou encore lorsqu'il ne répond pas ou n'est pas présent à toutes les convocations qui lui sont envoyées, ou n'informe pas immédiatement la MC de toute communication qu'il recevrait; de même que lorsqu'il refuse ou met fin à la collaboration avec l'avocat ou le médecin-conseil désignés par la MC ;
- si un règlement à l'amiable ou une proposition d'indemnisation est refusé par le bénéficiaire sans motivation de fond ou est rendu impossible du fait du bénéficiaire.

Dans ces cas le bénéficiaire est tenu de rembourser les frais et honoraires qui ont déjà été pris en charge par la MC pour la période postérieure à la fin de l'assistance juridique ou qui devront encore être pris en charge par elle, y compris ceux qui sont nécessaires pour clôturer le dossier.

L'assistance juridique prend également fin si les informations ou les données fournies par le bénéficiaire sont intentionnellement incorrectes, incomplètes ou fausses.

Dans ce cas, le bénéficiaire est tenu de rembourser l'intégralité des frais et honoraires qui ont déjà été pris en charge ou qui devront encore être pris en charge par la MC, y compris ceux qui sont nécessaires pour clôturer le dossier.

L'assistance juridique prend également fin :

- s'il ressort après examen que les faits de la plainte ne peuvent pas donner lieu à un dédommagement, soit par intervention du Fonds, soit par le droit classique de responsabilité.
- si un règlement amiable, ou un procédure via le Fonds, ou judiciaire n'a aucune chance d'aboutir à un résultat favorable ou si les frais qui pourraient être occasionnés par les démarches à entreprendre sont disproportionnés par rapport aux avantages espérés ;
- en cas de divergences de vues entre le bénéficiaire et la MC quant à la manière de procéder, à la nature ou à l'étendue des prétentions, ou aux moyens pour les soutenir.

7. Interventions exceptionnelles.

Si le bénéficiaire entame une procédure en dépit d'un avis négatif de la MC et si cette procédure débouche sur un résultat favorable pour le bénéficiaire, la MC paiera la partie des frais et honoraires d'avocats du bénéficiaire qui dépasse 10% des sommes attribuées au bénéficiaire dans le cadre d'un jugement ou arrêt coulé en force de chose jugée ou d'une transaction, dans la mesure où l'indemnité de procédure qui lui est octroyée ne les couvrirait pas déjà. L'intervention de la MC est plafonnée à 750 €. Le paiement par la MC n'interviendra qu'après production par le bénéficiaire des justificatifs nécessaires.

8. Validité territoriale.

L'assistance juridique n'est possible que pour des accidents médicaux qui se sont produits en Belgique.

L'assistance juridique se limite aux procédures qui se déroulent en Belgique, et auxquelles le droit belge est applicable.

9. Décès.

En cas de décès du bénéficiaire, la volonté de poursuivre la procédure doit être exprimée par tous les héritiers simultanément et le mandat de l'assistance juridique doit être donné par tous les héritiers simultanément.

Les héritiers au bénéfice de qui l'assistance juridique est prolongée sont soumis aux dispositions du présent règlement et ont les mêmes droits et obligations que le bénéficiaire.

10. Utilisation de l'assistance juridique.

Chaque fois qu'un membre fait un recours à

l'assistance juridique, il doit souscrire à un règlement d'assistance juridique et signer ce règlement. Le règlement d'assistance juridique contient les mêmes droits et obligations que décrits dans cet article. Par la signature, le membre indique qu'il accepte le règlement et qu'il s'engage à s'y conformer.

Section 5

Le subventionnement de structures socio-sanitaires

Article 47

Objet

Le subventionnement de structures socio-sanitaires tel que visé à l'article 1, 5° de l'AR du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6 de la loi du 26 avril 2010 et ce dans le but de transmettre la vision de vie et de société de la mutualité chrétienne en général et de favoriser la solidarité dans le domaine des soins de santé en particulier.

Fonctionnement

Pour atteindre cet objectif, un subventionnement est accordé aux structures socio-sanitaires suivantes:

A. Au niveau national

1. Beweging, asbl, qui a pour objet statutaire une vie de qualité pour tous. A cet effet, les membres, les volontaires et les membres associés de l'association s'engagent en faveur d'une société à laquelle chacun peut participer, où la solidarité et l'équité existent et où nous évoluons vers un modèle sociétal durable sur le plan social et écologique. L'association donne aux travailleurs, aux non-travailleurs et aux personnes socialement vulnérables une voix dans la société. Elle œuvre à des solutions structurelles aux défis sociaux et fonctionne à partir du point de vue des travailleurs. Elle réalise ceci via le service aux membres, la défense collective des intérêts, le fonctionnement en réseau, le dialogue, la collaboration et le développement d'initiatives propres.

Ce qui caractérise le fonctionnement de l'Association, c'est l'engagement volontaire envers les autres et envers la société au sein du quartier, de l'environnement et au travail. L'objectif de l'Association s'appuie sur les principes de base de la démocratie participative et s'inspire des valeurs chrétiennes et des Droits de l'Homme universels.

L'Association constitue un réseau d'organisations qui se positionnent entre le citoyen, le marché et les autorités.

L'Association essaie de concrétiser l'objectif précité par tous les moyens dont elle peut disposer, et se concentrera sur les activités suivantes :

- 1) la coordination et la concrétisation du fonctionnement des membres et des autres organisations associées ;
- 2) la mise en place d'un lien de collaboration fort entre les membres et les autres organisations associées, en regroupant leurs connaissances et leurs forces ;
- 3) la mise au point d'activités et d'initiatives en fonction de la réalisation de son objectif et du programme social commun de l'Association ;
- 4) la réalisation de la communication externe et des publications se rapportant à la réalisation de l'objectif, du programme et du fonctionnement de l'Association ;
- 5) l'apport d'un soutien, la défense des intérêts et la mise au point de services communs pour les membres et les autres organisations associées.

2. MOC, association de fait, qui a pour objet statutaire l'émancipation du monde du travail, notamment par l'approfondissement de la démocratie économique, culturelle, sociale et politique'. Les missions spécifiques sont :
 - 1) Assurer la collaboration, la coordination et l'unité au sein du Mouvement Ouvrier Chrétien.
Pour assurer cette mission, le MOC doit :
 - garantir le débat démocratique et la recherche de compromis dans l'élaboration des programmes communs et globaux du Mouvement et dans la définition de ses positions ;
 - veiller à l'unité de direction et d'action de l'ensemble du Mouvement sur son programme global et ses positions communes, en garantissant le respect et la loyauté des composantes par rapport aux décisions adoptées démocratiquement ;
 - assurer la planification et la coordination des programmes communs d'actions collectives en favorisant au maximum la démarche d'action commune de l'ensemble du Mouvement ;
 - garantir la représentation de toutes les organisations constitutives dans les instances du MOC et réciproquement ;
 - favoriser et appuyer les initiatives et actions des composantes qui s'inscrivent dans le programme d'ensemble du MOC ;
 - susciter les contacts et échanges entre les organisations constitutives de manière qu'elles puissent connaître et apprécier leurs activités, leurs intérêts réciproques et qu'elles soient en mesure d'intégrer correctement leurs problèmes au Mouvement global ;
 - assurer la médiation et le cas échéant, l'arbitrage en cas de différend ou de conflit interne.

- 2) Assurer la représentation commune et l'expression politique du Mouvement ;
Pour assurer cette mission, le MOC doit :
- garantir et concrétiser l'unité des composantes dans les relations extérieures du Mouvement en assurant aux divers niveaux et dans les différents endroits indiqués, la concertation et la coordination du travail.
 - fournir l'équipement intellectuel et matériel nécessaire pour assumer efficacement et en permanence l'expression et la représentation politique, notamment par l'organisation d'un secrétariat politique au sein du secrétariat général du MOC.
 - entretenir tous les rapports nécessaires et établir des partenariats et des mises en réseaux avec des institutions, organisations et mouvements dont les objectifs et le programme sont convergents avec les siens ;
 - favoriser par tous les moyens, le développement du mouvement ouvrier européen et international.
- 3) organiser et développer les actions et les services communs nécessaires à la réalisation de ses objectifs.
Pour assurer cette mission, le MOC aura pour tâche :
- organiser, en accord avec le Bureau Politique, les actions communes et initiatives diverses réalisées avec le concours de plusieurs ou toutes les organisations constitutives, ainsi que les actions d'éducation permanente, campagnes ou manifestations communes nécessitées par l'actualité ; dans ce cadre, initier la réflexion, le recul et le questionnement collectif sur le sens de ces actions ;
 - mettre en place et faire fonctionner les commissions d'études, groupes de travail permanents ou temporaires pour répondre à des besoins spécifiques ;
 - organiser les Semaines sociales Wallonie-Bruxelles du MOC ;
 - éditer les publications, et mettre en place les médias nécessaires à la réalisation des objectifs et des programmes ;
 - organiser et gérer les services communs à l'ensemble du Mouvement et notamment :
 - a. Le Centre d'Information et d'Education Populaire (CIEP), service de formation et d'éducation permanente du MOC
 - b. Loisirs et Vacances, service de loisirs et de tourisme social du MOC
 - c. L'Association pour une Fondation Travail-Université (FTU), service d'études et de recherche du MOC en collaboration avec l'université
- d. Solidarité Mondiale, organisation non gouvernementale de coopération au développement du MOC
- e. AID, réseau de projets d'insertion sociale et professionnelle ;
- mettre en place et gérer un fonds de solidarité destiné à soutenir les organisations éducatives.
 - contribuer au développement quantitatif et qualitatif des organisations et entreprises coopératives.
3. Massembre, asbl, qui a pour objet statuaire la gestion et l'exploitation d'établissements de tourisme social. Dans le cadre du Tourisme pour tous, l'association veut offrir un logement de qualité à bon prix, intégrant des possibilités récréatives, sportives, de formation et d'éducation.
4. Interfédérale Mutualiste Chrétienne (IMC), asbl, qui a pour objet statuaire, en excluant tout but lucratif, la création, l'organisation, la gestion et l'exploitation d'établissements de soins de santé et de bien-être. L'association consacrera une attention particulière à la création et à l'exploitation des centres de vacances et de centres de convalescence, ainsi qu'aux diverses formes d'accueil temporaire. L'association tend à attendre ce but en mettant en premier lieu des établissements médico-sociaux à l'exploitation qui visent une saine détente, le maintien et la promotion de la santé, ainsi qu'une rééducation fonctionnelle qualitative.

B. Au niveau international

1. Solidarité mondiale, asbl, qui a pour objet statuaire la promotion de la solidarité et la coopération internationale en réponse à l'exclusion sociale et à la pauvreté croissantes dans le monde. Pour cette raison, toutes ses actions sont axées sur l'amélioration des conditions de travail et de vie, sur la lutte intégrale contre la pauvreté et sur la défense de la protection sociale et des droits de travail. Comme levier à cet effet, Solidarité Mondiale utilise le droit fondamental de s'organiser et elle appuie des réseaux sociaux et des organisations partenaires dans le Nord et dans le Sud. La sensibilisation et l'action (inter)nationale d'une part et la solidarité internationale d'autre part sont à la base de la stratégie de Solidarité Mondiale au Nord comme au Sud. Ainsi, Solidarité Mondiale forme un réseau international qui, de par le monde, contribue au respect de la justice sociale. Le mouvement

ouvrier chrétien belge concrétise la coopération au développement, à travers ce réseau de solidarité mondiale.

2. Cellule de gestion des risques et d'accompagnement technique des mutuelles de santé, qui a pour objet statutaire de donner un appui technique et méthodologique aux associations mutualistes et à tout acteur travaillant dans le domaine des mutuelles de santé afin de professionnaliser le secteur et le développer. L'association est sans but lucratif, elle vise l'autonomie et le développement des mutuelles de santé et pratique des tarifs adaptés au secteur non-marchand.

Le C.G.A.T. a pour objectifs :

- 1) l'appui technique et le renforcement de capacité des mutuelles de santé ;
- 2) la mise en réseau de ces mutuelles de santé ;
- 3) servir de centre de documentation sur la micro assurance mutualiste et de capitalisation des initiatives existantes en République Démocratique du Congo ;
- 4) collaborer comme agence de financement pour appuyer les prestations des soins, les régulateurs et les autres partenaires impliqués dans les activités sanitaires ;
- 5) faciliter la collaboration entre les prestataires des soins et les mutuelles de santé.

3. Fundacja Wzajemnej Pomocy, qui a pour objet statutaire la promotion de la santé de la population.

La Fondation réalise ses objectifs au moyen de :

- 1) l'organisation et le financement de l'achat d'équipement médical spécialisé nécessaire pour le diagnostic médical,
- 2) la fourniture d'équipements spécialisés et d'équipement médical aux cliniques de réhabilitation,
- 3) l'organisation, la promotion et le financement de la prévention dans le domaine de santé et de soins dentaires,
- 4) le financement et le soutien aux colonies de vacances et autres formes de loisirs pour enfants,
- 5) l'aide financière, technique et matérielle aux établissements médico-sociaux et aux associations d'entraide, sous réserve de convergence d'objet statutaires,
- 6) l'aide financière et scientifique aux institutions dont l'objet est similaire à celui de la Fondation,
- 7) l'organisation de conférences scientifiques et de formations dédiées à la protection de la santé.

4. Fundatia pentru Dezvoltarea Asociatilor de Ajutor Mutual, qui a pour objet statutaire d'offrir une aide en vue d'améliorer les soins de santé, au

bénéfice de tous les citoyens de Roumanie, quel que soit leur domicile, état de santé ou situation matérielle, pour qu'ils aient accès aux soins médicaux de qualité à un prix accessible.

Ce but peut être atteint en accomplissant les objectifs suivants :

- 1) Augmentation de la qualité des services médicaux par :
 - la rénovation des dispensaires existants ainsi que la construction et la rénovation d'autres espaces destinés aux activités spécifiées dans les présents statuts ;
 - l'achat, la concession ou la location d'immeubles en vue de leur utilisation pour les activités mentionnées dans les statuts ;
 - offrir de services médicaux à un prix accessible à tous les citoyens ;
 - l'acquisition d'un équipement médical et de récupération performante,
 - l'acquisition d'un matériel sanitaire de qualité ;
 - des stages de formation pour les fournisseurs de services médicaux.
- 2) Amélioration de l'accessibilité aux services médicaux, surtout pour les habitants des villages et pour ceux aux possibilités matérielles réduites, par :
 - réaliser la continuité des services médicaux dans les communautés rurales ;
 - organiser des activités de vulgarisation des services médicaux et du matériel sanitaire ;
- 3) Diversification des services existants par la promotion de nouveaux modèles de services de soin de santé (centre de soins de jour, services médicaux de réhabilitation à domicile, etc.) ;
- 4) Offrir à des partenaires tiers de l'équipement médical et de récupération ;
- 5) Organiser des campagnes de prévention contre les maladies et promotion de la santé ;
- 6) Financement et organisation des mouvements de bénévoles dans le domaine ;
- 7) Aide financière, technique et de personnel offerte aux associations pour l'aide mutuelle dans le respect de l'objectif de la fondation ;
- 8) Activités de formation, séminaires, conférences dans le domaine ;
- 9) Organisation et financement de projets de recherche au niveau local, régional et national ;
- 10) D'autres activités qui peuvent contribuer à atteindre l'objectif de la fondation.

5. Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes (GRAIM), qui a pour objet statutaire

de développer la solidarité pour contribuer à la promotion des communautés

Ses principaux objectifs sont :

- Développer la solidarité entre ses membres, au sein des communautés et entre communautés ;
- Renforcer les capacités techniques, organisationnelles et managériales des membres pour leur permettre d'investir pleinement dans des actions de développement ;
- Appuyer les communautés pour qu'elles se renforcent techniquement, institutionnellement, économiquement et financièrement ;
- Susciter et accompagner les initiatives tendant à améliorer l'émancipation et l'épanouissement des populations
- Faciliter la concertation, les échanges et la communication entre les différents groupes d'acteurs.

6. Asociacion Mutual de Trabajadores de los Bateyes (AMUTRABA), qui a pour objet statutaire d'unir ses forces pour parvenir à la création d'une institution visant à promouvoir les programmes d'action sociale et culturelle ainsi que la coordination et le soutien aux programmes des régions et entités affiliées : a) promouvoir l'esprit d'entraide entre les individus organisés et qualifiés par le biais de conseils techniques et de l'aide matérielle disponible. Il (AMUTRABA) vise à promouvoir le développement intégral de ses membres et la communauté qu'ils servent.

AMUTRABA, qui a pour objectif général de promouvoir le développement sur tous les fronts, d'améliorer les conditions environnementales, la formation technique, culturelle et sociale des travailleurs et des bateyes, de la communauté de travail et de la population en général. Amutraba a pour objectifs principaux :

- 1) Promouvoir le développement d'écoles, centres de santé, centres sportifs, bibliothèques, coopératives, groupes de production agricole et industrielle et tout type d'actions qui contribuent à l'amélioration sociale, culturelle, morale, scientifique des membres de la communauté ;
- 2) Promouvoir le développement des femmes, des enfants et des personnes âgées ;
- 3) Promouvoir l'installation de dispensaires médicaux offrant des consultations gratuites ;
- 4) Aider en cas d'urgence ou de catastrophe nationale et internationale conformément aux lois en vigueur ;
- 5) Toute autre assistance susceptible de bénéficier aux travailleurs de la communauté et à leurs proches.

Un subventionnement est prévu tel que mentionné en annexe des statuts.

Les structures socio-sanitaires subventionnées n'accorderont en aucune manière des avantages aux membres qui ne seront pas également accordés aux autres personnes qui participent aux activités organisées par ces structures.

Section 6

L'intervention médicale urgente, l'assistance et la couverture des frais de maladie à l'étranger

Article 48

1. Objet

L'Alliance nationale organise pour les vacanciers et les étudiants l'aide médicale urgente, l'assistance et la couverture de soins à l'étranger.

2. Bénéficiaires

Le service est organisé pour les bénéficiaires qui ont leur résidence officielle en Belgique et sont inscrits au Registre national belge des personnes physiques. Ils peuvent faire appel à ce service en cas de vacances ou de séjour en tant qu'étudiant conformément aux dispositions du point 6, a), deuxième alinéa, en dehors de la Belgique.

Les membres qui résident dans un pays qui relève du champ d'application territorial 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 mais sont soumis à la sécurité sociale belge, ainsi que leurs personnes à charge, peuvent faire appel à ce service en cas de vacances ou de séjour en tant qu'étudiant conformément aux dispositions du point 6, a), deuxième alinéa, des présents statuts, en dehors de la Belgique ou en dehors de leur pays de résidence.

Les membres qui résident normalement 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, sont soumis à la législation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un Etat autre que la Belgique et qui ont présenté un formulaire S1 à la mutualité pour bénéficier, à charge du pays dans lequel elles sont soumises à l'assurance obligatoire maladie invalidité, des prestations prévues par la loi du 14 juillet 1994, et leurs personnes à charge peuvent bénéficier de ce service en cas de vacances ou de séjour en tant qu'étudiant conformément aux dispositions du point 6, a) deuxième alinéa des présents statuts, en dehors de la Belgique ou en

dehors du pays dans lequel elles sont soumises à l'assurance obligatoire maladie invalidité.

3. Information

Lorsqu'un bénéficiaire fait appel à ce service, il donne automatiquement à la mutualité et à l'organisation à laquelle est confiée la prestation de ce service l'autorisation de rassembler, de traiter et de transmettre à des tiers des informations médicales et d'autres dans la mesure où celles-ci sont nécessaires au suivi de l'assistance, des frais, du règlement financier et des éventuels litiges.

Le bénéficiaire s'engage à fournir, sur propre initiative ou à la demande du service, tous renseignements et documents utiles, nécessaires au suivi de l'assistance, des frais, du règlement financier et des éventuels litiges.

Lors de la collecte et du traitement des informations, le service respecte les principes de la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (la loi sur la protection de la vie privée) et ses arrêtés royaux d'exécution.

Il est mis fin à l'assistance si le bénéficiaire retient volontairement des renseignements ou documents utiles, fournit des informations fautives ou refuse de donner suite à la demande du service de délivrer des informations ou des documents spécifiques.

4. Couverture géographique

Pour les bénéficiaires qui donnent droit aux allocations familiales, la couverture géographique de ce service est mondiale.

Pour les bénéficiaires qui ne donnent pas droit aux allocations familiales, la couverture de ce service est limitée aux pays, îles, territoires ou régions suivants : les Açores, l'Albanie, l'Algérie, l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, les enclaves Ceuta-Melilla, Chypre, La Corse, la Croatie, le Danemark, l'Égypte, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, Gibraltar, la Grèce, le Groenland, La Guadeloupe, la Guyane française, la Hongrie, les Îles Åland, les Îles Anglo-normandes, les Îles Baléares, les Îles Canaries, les Îles Féroé, l'Île de Man, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, la Jordanie, le Kosovo, la Lettonie, le Liban, la Libye, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, la Macédoine du Nord, Madère, Malte, le Maroc, la Martinique, Mayotte, Monaco, le Monténégro, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Réunion, la Roumanie, le Royaume-Uni, Saint Marin, Saint-Martin, la Sardaigne, la Serbie, la Sicile, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Suisse, la Syrie, Territoire palestinien, la Tunisie, la Turquie et le Vatican.

En cas des soins médicaux à bord d'un bateau, la couverture est garantie lorsque le point de départ et le point d'arrivée du bateau se situent dans les pays, îles, territoires ou régions listé(e)s ci-dessus.

5. Assistance et intervention

Le service est assuré pendant trois mois. Il prend effet au premier jour des soins.

La prestation de service comprend :

- a) Assistance en cas de maladie, d'accident ou de décès à l'étranger, notamment :
- avis et informations sur le plan médical et administratif, surtout celles relatives à la réglementation en vigueur sur place ;
 - prise de contact et suivi avec les prestataires de soins locaux ;
 - envoi de garanties de paiement ou avances en cas d'admission dans un hôpital étranger ;
 - envoi de médicaments et dispositifs médicaux nécessaires lorsqu'ils ne sont pas disponibles sur place. Le coût total de cet envoi est payé par le service ;
 - organisation du rapatriement vers un hôpital belge ou vers le domicile ou la résidence du bénéficiaire en Belgique ;
 - organisation du rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique.

Le service fait appel à des tiers pour l'assistance qu'il ne peut fournir lui-même sur place.

- b) Couverture des frais supplémentaires à l'étranger, notamment :

Frais médicaux

Le service couvre la différence entre le coût total des soins médicaux et l'intervention à laquelle le bénéficiaire peut prétendre sur la base de l'assurance obligatoire, y compris les dispositions des Conventions internationales et supranationales.

Conditions et limitations

Les frais médicaux ne sont remboursés que si :

- les soins de santé ont été dispensés par un prestataire de soins, un service ou un établissement agréé sur place et suivant les dispositions réglementaires en vigueur sur place ;
- toutes les conditions réglementaires d'ouverture d'un droit aux interventions de l'assurance obligatoire soins de santé, tant en Belgique que dans le pays où les soins ont été dispensés, ont été remplies par le bénéficiaire.

Une intervention est accordée pour les frais supplémentaires liés à une hospitalisation dans une

chambre particulière à condition que les intérêts médicaux du bénéficiaire ou la situation médicale et sanitaire sur place l'exigent.

L'intervention pour la réparation et le remplacement de prothèses dentaires s'élève à 100 euros maximum.

L'intervention pour la réparation et le remplacement d'autres prothèses, orthèses ou appareils orthopédiques se limite à 375 euros maximum.

Les prestations qui concernent purement la continuité des soins ou d'un traitement déjà entamés avant le départ et qui ne peuvent pas être reportées après le retour en Belgique sont remboursées, au maximum, à concurrence du montant de remboursement de l'assurance maladie obligatoire belge (excepté pour la dialyse et l'oxygénothérapie, voir infra), même s'il n'existe pas, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, d'accord avec le pays dans lequel les soins ont été dispensés. Ces prestations nécessitent une prescription d'un prestataire de soins de santé compétent, soit en Belgique, soit dans le pays de résidence.

Les prestations de dialyse et d'oxygénothérapie (sont visées ici uniquement les prestations pour des personnes oxygéo-dépendantes de longue durée, bénéficiant d'un accord de rééducation 'Oxygénothérapie à domicile (781)' sont totalement remboursées). Les frais de location payés par Mutas en Belgique pour un concentrateur d'oxygène qui sera utilisé à l'étranger seront également remboursés pour la période de séjour à l'étranger.

En cas d'annulation par le bénéficiaire d'un dossier « oxygénothérapie » avant le départ, les éventuels frais d'annulation facturés par des tiers seront à la charge du bénéficiaire, sauf en cas de force majeure.

Les prestations qui, en raison de la gravité ou de la nature de l'affection lors du départ, étaient prévisibles ne sont remboursées que si avant le départ d'un point de vue médical il n'y avait pas d'objection à voyager, compte tenu de l'affection, de la durée prévue du séjour et du pays de séjour. Le cas échéant, il est demandé au bénéficiaire de présenter cet avis médical.

L'intervention pour les soins ambulatoires n'est jamais remboursée directement aux prestataires de soins (excepté à la demande du membre pour des montants excédents 250 euros). Pour ce faire, le membre devra contacter la centrale d'alarme.

Frais de transport

Le service paie le transport :

- depuis le lieu où l'accident ou la maladie est survenu(e) jusqu'à l'hôpital ou le centre de traitement polyclinique le plus proche ;
- de l'hôpital ou du centre de traitement polyclinique vers un autre hôpital ou centre de

traitement polyclinique - éventuellement étranger - afin de garantir un traitement adéquat ou d'éviter des frais exorbitants ;

- d'une personne accompagnante aller-retour de la résidence temporaire à l'étranger vers l'hôpital où le bénéficiaire est traité à condition que pour des raisons physiques ou psychologiques, il ne soit pas possible d'être rapatrié sans une personne accompagnante.

Frais de rapatriement

Le service paie le coût total du rapatriement médicalement nécessaire si l'une des situations suivantes se produit :

- les soins médicalement nécessaires dans le pays où se trouve l'intéressé sont insuffisants au niveau médical ou ne peuvent pas être fournis à temps ;
- une aggravation de la maladie pour laquelle l'intéressé était déjà traité intensivement en Belgique ;
- il est nécessaire, conformément à la réglementation de l'IATA et du service médical de la compagnie aérienne, que l'intéressé soit accompagné par une personne ayant des compétences médicales ;
- le traitement intensif couvre une période telle que la date du départ initialement prévue est largement dépassée ;
- il est médicalement injustifiable pour l'intéressé de commencer le retour à la date du départ prévue et avec le mode de transport initialement prévu ;
- l'intéressé est tellement traumatisé physiquement ou psychologiquement qu'il est jugé nécessaire de rapatrier le lésé.
- pour les patients qui sont sur une liste d'attente pour une transplantation d'organe en Belgique et qui sont informés qu'un organe est disponible en Belgique.
- Le service paie également le coût total du rapatriement exécuté pour éviter des frais exorbitants d'examen ou de traitement à l'étranger.

Une intervention est prévue pour le rapatriement des personnes âgées isolées et dépendantes et des enfants de moins de 18 ans. Ces personnes sont isolées lorsqu'elles se heurtent à de sérieux obstacles au niveau de la langue et de la communication ou lorsque l'accueil ne peut être organisé sur place. L'intervention maximale est limitée dans ce cas à 2.000 euros.

Conditions et limitations

Un rapatriement n'est pas remboursé s'il n'a pas été demandé au préalable auprès du service.

Les médecins décident du moyen de transport et du moment du rapatriement en fonction des intérêts médicaux du bénéficiaire et de la situation médicale et sanitaire sur place.

Si le voyage aller a eu lieu en avion et que l'assuré n'a pas de ticket retour, l'intervention est diminuée du prix normal du ticket retour sauf en cas de rapatriement médicalement nécessaire d'un étudiant à l'étranger.

Frais d'accueil et d'encadrement

Si l'équipe médicale de Mutas considère qu'en raison de la gravité des problèmes de santé, une prise en charge médicale, psychologique ou sociale sur place à l'étranger est nécessaire, le service prendra en charge les frais d'hébergement et de déplacement de la personne qui se rendra sur place afin d'y apporter le soutien nécessaire, à condition qu'il s'agisse de patients non transportables pendant la première semaine d'admission à l'hôpital. L'intervention maximale est limitée dans ce cas à 2.000 euros.

Frais de séjour

Le service paie les frais supplémentaires du séjour après la date initialement prévue de retour en Belgique s'il n'est pas possible pour le bénéficiaire d'entreprendre le retour à la date prévue pour des raisons de santé.

Le cas échéant, le service paie également le séjour, après la date initialement prévue de retour en Belgique, d'une personne accompagnante à condition que pour des raisons physiques ou psychologiques, il ne soit pas possible d'être rapatrié sans cette personne accompagnante.

Les repas et dépenses personnelles durant le séjour après la date initialement prévue de retour en Belgique ne sont pas remboursés.

Les frais d'hébergement ne comprennent que la nuitée et le petit déjeuner aussi bien dans un établissement touristique, que le rooming-in du compagnon de voyage à l'hôpital et ne sont remboursés que si cela a été discuté préalablement avec la centrale d'alarme.

L'intervention totale pour les frais de séjour supplémentaires est limitée à 1.100 euros par dossier, y compris les frais de la personne accompagnante.

Frais de communication

Le service paie une intervention maximale de 15 euros par dossier pour les communications téléphoniques, mails et toute autre forme de communication nécessaire à l'obtention d'une assistance immédiate en cas de maladie ou d'accident à l'étranger.

Frais en cas de décès

En cas de décès, le service paie :

- le coût total du rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique ;
- le transport de la dépouille mortelle vers un cimetière à l'étranger pour autant que ces frais ne soient pas supérieurs à ceux d'un rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique ;
- maximum 1000 euros pour le traitement post mortem, la mise en bière et le transport sur place ;

6. Conditions générales

- a) Le service ne fournit une assistance et n'intervient dans les frais précités que si la maladie, l'accident ou le décès survient durant des vacances à l'étranger.

Les étudiants jusqu'à 25 ans qui participent à un programme d'échange ou stage qui font partie intégrante du programme d'études suivi dans un pays de l'Espace économique européen ou en Suisse, peuvent également bénéficier des avantages du service s'ils :

- peuvent fournir un certificat d'un établissement d'enseignement étranger agréé ou d'un établissement d'enseignement en Belgique pour chaque période d'étude ou de stage ;

La couverture pour les étudiants continuera à s'appliquer au Royaume-Uni même après le 1^{er} janvier 2021.

Peuvent également bénéficier des avantages de ce service : les parents adoptifs lors d'un séjour à l'étranger dans le cadre d'une procédure d'adoption officielle à l'étranger.

- b) La prestation de soins à l'étranger doit revêtir un caractère d'urgence et ne peut pas être postposée jusqu'au retour du bénéficiaire en Belgique.
- c) En cas d'hospitalisation, la centrale d'alarme doit être informée dans les 48 heures en vue d'obtenir un accord sur la prise en charge des frais.
- Si le service subit un préjudice suite au non-respect de cette obligation d'information, aucune assistance ou intervention ne sera accordée.
 - Si le service ne subit pas de préjudice suite au non-respect de cette obligation d'information, une assistance ou une intervention sera bel et bien accordée, diminuée toutefois de 125 euros maximum. Ce montant n'est pas cumulé avec la franchise visée au point 6.
- d) Une intervention n'est accordée que sur présentation de factures originales.

- e) Le bénéficiaire ou ses parents sont supposés agir en « bon père de famille ».
Cela signifie qu'en cas d'hospitalisation, d'accident ou de décès du bénéficiaire, ils :
- doivent contacter la centrale d'alarme dans les plus brefs délais ;
 - doivent fournir à la centrale d'alarme tous renseignements et documents utiles, nécessaires au traitement et au suivi de leur dossier ;
 - doivent prendre en compte les instructions et avis de la centrale d'alarme ;
 - doivent prendre toutes mesures raisonnables afin de limiter les conséquences de la maladie ou de l'accident ou d'éviter une aggravation ;
 - doivent prendre toutes mesures raisonnables afin de limiter les frais pour lesquels le service accorde une intervention.

7. Exclusions

Le service n'accorde aucune assistance ou intervention :

- a)
- pour des frais de recherche liés à une disparition inquiétante à l'étranger ;
 - pour un enfant adopté résidant à l'étranger tant qu'il n'est pas enregistré auprès de l'administration communale du lieu de résidence et tant que l'acte de naissance et d'adoption n'a pas été transféré dans cette commune.
- b) si la maladie, l'accident ou le décès survient :
- durant un déplacement ou un séjour à l'étranger à des fins professionnelles ou pour y faire du bénévolat;
 - durant un voyage dans un pays ou une région déconseillé ou ayant fait l'objet d'un avis négatif du ministère des Affaires étrangères au moment du départ ; Cette exclusion ne sera pas appliquée si cet avis de voyage est motivé par une crise sanitaire, sauf si une interdiction explicite et générale de voyager par la Belgique ou une interdiction d'entrée par le pays de destination est décidée;
 - suite au non-respect des conseils de voyages de l'Institut de Médecine Tropicale
 - suite à la pratique des sports dangereux suivants : l'alpinisme, le basejump, l'escalade, le bobsleigh, le canyoning, le deltaplane, la plongée sous-marine, le downhill, le saut à l'élastique, le horseball, l'alpinisme sur glace, le paragliding, le parasailing, le parapente, les courses (moto, voiture, hors-bord), le rafting, la luge de course, le saut à ski, le ski acrobatique, le ski hors-piste, le snowboard hors-piste, la
- spéléologie, l'ULM, le parachutisme, les sports de combat, le vol à voile ;
- suite à la pratique d'activités pour lesquelles l'organisateur demande au participant de signer un document de décharge de toute responsabilité ;
 - suite à la participation à une compétition ou une exhibition sportive pour lesquelles l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour lesquelles les participants reçoivent une rémunération, sous quelque forme que ce soit.
 - suite à une faute grave de l'ayant droit conséquence d'une consommation excessive d'alcool ou de consommation de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques telles que visées dans la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de ces substances ;
 - suite à la participation volontaire à un crime ou à un délit;
- c) pour les frais des traitements, prestations ou matériels suivants :
- les prestations diagnostiques ou thérapeutiques pour lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé (belge et/ou étrangère) ne prévoit pas d'intervention, comme les séjours de convalescence, les cures thermales, les cures de plein air, les traitements diététiques et esthétiques, l'homéopathie et l'acupuncture ;
 - les prestations liées à la grossesse ou à l'accouchement effectuées après la 32^{ème} semaine de grossesse, pour autant que le bénéficiaire ne puisse prouver par tous moyens de droit qu'il ne s'agit pas de soins planifiés ;
 - les médicaments non repris dans les prestations assurées en Belgique et achetés à l'étranger avec une prescription d'un prestataire de soins belge ;
 - les médicaments et articles de bandagisterie achetés sans prescription étrangère ;
 - la première fourniture de verres de lunettes, montures, lentilles de contact, appareils auditifs, prothèses, orthèses et appareils orthopédiques ;
 - la réparation et/ou le remplacement de verres de lunettes, montures, lentilles de contact, prothèses optiques ;
 - les frais de l'enterrement ou de la crémation proprement dit.
- d) Si les bénéficiaires ou leurs parents refusent de souscrire aux propositions du service ou n'agissent manifestement pas en bon père de famille

- e) Si le montant total du sinistre est inférieur à 200 euros.

8. Franchise

Une franchise de 60 euros par séjour et par bénéficiaire est demandée pour un bénéficiaire sans intervention majorée.

La franchise pour un bénéficiaire ayant droit à l'intervention majorée est de 25 euros par séjour et par bénéficiaire.

Aucune franchise ne sera réclamée aux proches pour les bénéficiaires décédés qui ont fait appel aux services de la centrale d'alarme de Mutas.

9. Accord de collaboration

Pour réaliser ces objectifs, l'Alliance a conclu un accord de collaboration avec l'asbl Centrale d'Alarme Mutualiste Mutas.

Section 7

L'épargne prénuptiale des jeunes

Article 49

A partir du 01.01.2011 aucun nouvel épargnant ne sera plus admis à l'épargne prénuptiale, à l'exception des bénéficiaires visés au point 9, b. de cet article.

Les affiliations existant au 31 décembre 2010 demeurent garanties. Pour ces personnes les conditions et avantages suivants sont d'application :

1. Conditions générales

L'Alliance organise l'épargne prénuptiale à laquelle les bénéficiaires peuvent s'affilier de façon individuelle et facultative.

Pour pouvoir épargner, il faut être affilié pour les services et opérations offerts. Si la possibilité de bénéficier des services et opérations offerts est supprimée pour cause de non-paiement des cotisations, tel que précisé dans les statuts de la mutualité à laquelle la personne est affiliée, l'intéressé est également exclu de l'épargne prénuptiale. Cela signifie qu'une démission du service épargne prénuptiale suivra, où il peut être tenu compte des motifs de démission apparus avant la date à partir de laquelle les droits de l'intéressé aux services et opérations sont supprimés.

La durée d'affiliation à prendre en compte pour le calcul des avantages est exprimée en années complètes et est égale à la différence entre l'année

de l'événement qui donne lieu au paiement des avantages et l'année d'affiliation.

Chaque année, une cotisation doit être payée. Elle s'élève à au moins 18 € et ne peut pas excéder 48 €. Cette cotisation doit être payée et doit se trouver sur le compte du service le 31-12 de l'année en question au plus tard, sous réserve des exceptions mentionnées au point 7.

Les paiements des montants d'épargne, des intérêts et des éventuels avantages complémentaires sont effectués à la demande des épargnants.

2. Avantages en cas de mariage et de cohabitation légale

Aux bénéficiaires cités ci-dessus qui contractent mariage, qui introduisent une déclaration de cohabitation légale telle que définie à l'article 1476 du Code Civil après le 31 décembre 2015, qui sont ordonnés prêtres, ou qui prononcent les vœux définitifs lorsqu'ils rejoignent une communauté religieuse le service accorde les montants suivants:

- a. 115 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent un an d'affiliation;
- b. 120 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent deux ans d'affiliation.
- c. 165 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent trois ans d'affiliation;
- d. 170 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quatre ans d'affiliation;
- e. 175 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent cinq ans d'affiliation;
- f. 185 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent six ans d'affiliation;
- g. 190 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent sept ans d'affiliation;
- h. 200 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent huit ans d'affiliation;
- i. 205 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent neuf ans d'affiliation;
- j. 210 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent dix ans d'affiliation;
- k. 215 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent onze ans d'affiliation;
- l. 225 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent douze ans d'affiliation;
- m. 235 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent treize ans d'affiliation;
- n. 245 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent au moins quatorze ans et moins de quinze ans d'affiliation;
- o. 255 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quinze ans d'affiliation;
- p. 265 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent seize ans d'affiliation.

Les montants ci-dessus sont également accordés aux héritiers d'un bénéficiaire décédé.

La démission est obligatoire en cas de mariage, de déclaration de cohabitation légale faite après le 31 décembre 2015, d'ordination comme prêtre ou de prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse.

La démission prend ses effets l'année du mariage, de la déclaration de cohabitation légale, de l'ordination ou de la prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse. La démission peut donc prendre ses effets de manière rétroactive.

Les seules années d'affiliation retenues sont celles qui précèdent le mariage, la déclaration de cohabitation légale, l'ordination ou la prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse, ainsi que l'année durant laquelle le mariage, la déclaration de cohabitation légale, l'ordination ou la prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté a eu lieu, pour autant que les cotisations aient été payées.

Les cotisations qui ont été versées pour les années après le mariage, la déclaration de cohabitation légale, l'ordination ou la prononciation des vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse seront remboursées à concurrence de 100%, majorées d'un intérêt composé de 2,75%. Ce taux d'intérêt composé est calculé jusqu'à la date à laquelle la demande de remboursement a été faite, et ne peut en aucun cas être accordé pour des années ultérieures à celle du 30ème anniversaire. Les années pour lesquelles ce taux d'intérêt composé a été calculé ne sont pas considérées comme années d'affiliation auprès de l'épargne prénuptiale pour la fixation du taux d'intérêts ou des avantages complémentaires.

3. Démission obligatoire par suite d'atteinte de l'âge maximal

Le service accorde au bénéficiaire qui n'a pas contracté mariage, n'a pas fait de déclaration de cohabitation légale après le 31 décembre 2015, n'a pas été ordonné prêtres, ou qui n'a pas prononcée les vœux définitifs lorsqu'il rejoint une communauté religieuse au plus tard le 31 décembre de l'année dans laquelle l'âge de trente ans a été atteint, les montants suivants:

- a. 145 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent trois ans d'affiliation;
- b. 150 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quatre d'affiliation;
- c. 155 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent cinq d'affiliation;
- d. 160 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent six ans d'affiliation;
- e. 165 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent neuf ans d'affiliation;

- f. 170 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent dix ans d'affiliation;
- g. 180 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent onze ans d'affiliation;
- h. 190 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent treize ans d'affiliation;
- i. 200 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quatorze ans d'affiliation;
- j. 210 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quinze ans d'affiliation;
- k. 220 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent seize ans d'affiliation.

Après le 31 décembre de l'année durant laquelle l'âge de 30 ans est atteint, le bénéficiaire ne peut plus être considéré comme membre du service d'épargne prénuptiale.

4. Démission obligatoire pour cause d'épargne irrégulière, pour cause d'exclusion du service parce que le droit aux services et opérations complémentaires est supprimé ou pour cause de perte de l'affiliation à l'Alliance.

Le service garantit au bénéficiaire qui démissionne d'office suite à l'épargne irrégulière, comme visé au point 7, pour cause d'exclusion du service d'épargne prénuptiale parce que le droit aux services et opérations complémentaires est supprimé ou pour cause d'exclusion du service épargne prénuptiale parce que l'intéressé n'est plus membre de l'Alliance, le remboursement des sommes épargnées majorées d'un intérêt composé qui s'élève à 2,75%.

L'intéressé est averti par courrier de sa démission obligatoire pour les raisons précitées.

La démission prend effet la veille du jour au cours duquel les motifs d'exclusion apparaissent.

5. Démission volontaire habituelle

Le service garantit à l'épargnant qui démissionne de manière volontaire le remboursement des montants épargnés, majorés d'un intérêt composé égal à 2,75%.

6. Démission volontaire par suite de cohabitation

Un membre du service épargne prénuptiale qui n'entre pas en considération pour l'un des motifs de démission obligatoire précités peut demander une démission volontaire pour cause de cohabitation. A cet effet, le membre doit introduire une demande et avancer la preuve de cette cohabitation.

Si le membre démissionne et prouve qu'il cohabite, le service accordera le même montant comme en cas de mariage et de cohabitation légale, tenant compte du nombre d'années d'affiliation jusqu'à et y compris

l'année au cours de laquelle commence la cohabitation.

La démission prend effet pendant l'année au cours de laquelle débute la cohabitation. La démission peut donc se faire de façon rétroactive. Comme années d'affiliation, on ne prend en considération que les années qui précèdent la cohabitation et l'année au cours de laquelle la cohabitation débute pour autant que les cotisations soient payées.

Les cotisations qui ont été payées pour les années après l'année de début de la cohabitation seront remboursées à 100 % et majorées d'un intérêt composé qui pour l'instant s'élève à 2,75%. Cet intérêt composé est calculé jusqu'à la date à laquelle la demande de remboursement a été faite, et ne peut en aucun cas être accordé pour des années ultérieures à celle du 30ème anniversaire. Les années pour lesquelles cet intérêt composé a été pris en compte ne sont pas considérées comme années d'affiliation à l'épargne pré-nuptiale pour déterminer le taux d'intérêt ni pour déterminer les avantages complémentaires

Il faut entendre par cohabitation: la cohabitation sous un même toit de deux personnes, ayant au moins 18 ans, qui ne sont ni ascendant, ni descendant, ni alliés, ni collatéraux jusqu'au troisième degré inclus.

La cohabitation doit être prouvée de façon administrative.

L'Alliance se réserve le droit de vérifier la date de début de la cohabitation, et de demander les informations requises à cet effet. Cette vérification se fait sur la base des données d'informations visées à l'art. 3, premier paragraphe, 5° de la loi du 8 août 1983 réglant un registre national des personnes physiques, ou de preuves équivalentes s'il s'agit d'une cohabitation à l'étranger. Si la date de début de la cohabitation fournie par le registre national est différente de celle en notre possession, ce sera la date de début de la cohabitation du Registre national ou la preuve équivalente qui primera.

Le service accordera donc les montants suivants :

- a. 115 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis un an au cours de l'année du début de la cohabitation;
- b. 120 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés deux ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- c. 165 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés trois ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- d. 170 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés quatre ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- e. 175 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés cinq ans au cours de l'année du début de la cohabitation;

- f. 185 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis six ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- g. 190 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis sept ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- h. 200 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis huit ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- i. 205 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis neuf ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- j. 210 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis dix ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- k. 215 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis onze ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- l. 225 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis douze ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- m. 235 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis treize ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- n. 245 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis quatorze ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- o. 255 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis quinze ans au cours de l'année du début de la cohabitation ;
- p. 265 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent seize ans d'affiliation au cours de l'année du début de la cohabitation.

7. Régularisations, versements de rattrapage et irrégularité.

Le montant d'épargne minimum est fixé à €18 par an à dater du 1er janvier 2002.

Si ce montant minimal n'a pas été atteint durant l'année X, l'épargnant recevra au cours de l'année x+1 un rappel dans lequel il est invité à régulariser la situation. L'épargnant a le temps de faire le versement de rattrapage jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le rappel a été envoyé. Si le montant du versement de rattrapage ne se trouve pas sur le compte du service ce jour-là, une démission d'office pour épargne irrégulière - comme visé au point 4 - aura lieu le premier jour du troisième mois qui suit le mois au cours duquel le rappel a été envoyé.

Les versements de rattrapage ne peuvent avoir pour conséquence que le montant d'épargne minimal de l'année concernée soit dépassé.

Pour chaque versement de rattrapage, l'intéressé doit payer une indemnité d'intérêts égale au taux

d'intérêt technique fixé annuellement par l'Office de Contrôle des Mutualités et qui s'élève à 2,5 %.

Pour chaque versement, on vérifiera si le montant minimal d'épargne de l'année précédente a bien été atteint et, le cas échéant, cette année sera complétée en priorité.

On est considéré comme épargnant irrégulier et donc démissionnaire si dans le délais visé au deuxième alinéa de ce point, un montant minimal de 18 euro n'a pas été payé et ne se trouve pas sur le compte du service pour l'année x. Voir à cet effet le point 4 du présent article.

On pourra déroger à ces délais de régularisation en cas de force majeure.

On entend par force majeure : un événement en dehors de la volonté de l'intéressé qui ne pouvait le prévoir ou prévenir et qui rend impossible l'exécution de l'engagement.

Dans ces cas de force majeure, on demandera les mêmes intérêts sur les versements de rattrapage.

8. Avantages complémentaires

Une prime de croissance est accordée au bénéficiaire pour la somme épargnée dans la période à partir de 1991 jusqu'à 2004 inclus.

Cette prime n'est pas accordée en cas de démission volontaire ou en cas de démission d'office suite à l'épargne irrégulière comme visé au point 4.

Le montant de la prime simple à laquelle le bénéficiaire peut prétendre à partir de 1991 jusqu'au 2004 inclus se trouve à l'annexe de ces statuts

Pour chaque année qui peut être prise en considération pour l'attribution de cette prime, la partie due au bénéficiaire se rapporte à la fraction dont :

- le numérateur est constitué par le total des montants épargnés par le bénéficiaire pour l'année en question;
- et dont le dénominateur est formé par le montant maximum de cotisation pouvant être versé par le bénéficiaire pour l'année en question, conformément aux dispositions de cet article (€ 44,62 jusqu'en 2001 et € 48 à partir de 2002 jusqu'au 2004 inclus).

Le montant total de la prime de croissance est égal à la somme des primes annuelles acquises de la sorte, tenant compte de l'ancienneté atteinte cette année-là.

La prime de croissance n'est pas un droit acquis de l'épargnant et peut donc chaque année être adaptée par l'assemblée générale en fonction de l'équilibre financier du service.

Si un épargnant mute vers notre Alliance en matière d'épargne prénuptiale l'ancienneté que le

bénéficiaire avait en matière d'épargne prénuptiale auprès de son ancienne Union Nationale est reprise.

9. Mutation

a. Mutations sortantes

En cas de mutation du bénéficiaire, en qualité de titulaire ou de personne à charge, auprès d'une mutualité non affiliée à l'Alliance, il est mis fin à l'affiliation de l'intéressé auprès de l'épargne prénuptiale par l'Alliance. Dans ce cas, l'intéressé doit démissionner du service épargne prénuptiale ou s'affilier à l'épargne prénuptiale de l'union nationale à laquelle est affiliée sa nouvelle mutualité.

Dans ce cas, l'Alliance transfère, à la nouvelle union nationale de l'intéressé, le total des sommes versées au titre de l'épargne prénuptiale, augmentées de l'intérêt composé. Le taux d'intérêt est fixé par l'Office de Contrôle des Mutualités.

b. Mutations entrantes

A condition que l'affiliation à l'épargne prénuptiale d'une ancienne Union Nationale a eu lieu avant le 01.01.2011, le service octroie en cas de mutation d'un bénéficiaire les avantages statutaires, avec reconnaissance de l'ancienneté que le bénéficiaire avait auprès de son ancienne Union Nationale pour l'épargne prénuptiale.

Les personnes qui, au moment où la mutation devient effective, entraînent en considération pour un motif de démission obligatoire tel que défini ci-dessus, ne peuvent pas s'affilier au service épargne prénuptiale de l'Alliance. Il en va de même pour les personnes dont les droits aux services et opérations de l'ancienne union nationale ont été supprimés.

c. Le débiteur ou le bénéficiaire peut, en sa qualité de titulaire ou de personne à charge, prendre l'initiative d'une mutation individuelle en épargne prénuptiale. Ce type de mutation peut avoir lieu à quatre moments de l'année : au début de chaque trimestre. Dans ce cadre, l'intéressé signe un formulaire de demande de mutation de l'épargne prénuptiale auprès de la nouvelle mutualité

d. Dès que l'épargne prénuptiale constate qu'il n'est plus satisfait aux conditions statutaires d'affiliation, l'intéressé en est informé par écrit. Les événements qui ont lieu après le trimestre qui suit le trimestre au cours duquel une telle lettre est adressée, ne peuvent pas être pris en considération pour une démission.

Section 8

Le patrimoine

Article 50

Objet

Le patrimoine a pour objet de prévoir les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation des objectifs mentionnés à l'article 2 des présents statuts ;

Fonctionnement

Ce service n'attribue aucun avantage ouvrant un droit individuel à une intervention en réponse à un évènement incertain et futur.

Dans le cadre de ce service, un financement est prévu tel que mentionné en annexe des statuts.

Accord de collaboration

En vue de réaliser ses objectifs, l'Alliance nationale conclut un accord de collaboration avec l'asbl Fonds National d'Entraide.

Section 9

Le fonds spécial de réserve complémentaire

Article 50bis

Le fonds spécial de réserve complémentaire est le service tel que visé à l'article 1, point 3°, de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011, qui a pour objet la perception des cotisations pour le fonds spécial de réserve légal 'responsabilité financière' prévu à l'article 199 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Section 9

Les vacances récréatives

Article 50ter

Objectif

Ce service, qui vise à promouvoir le bien-être physique, psychique et social de ses membres, a pour objectif de permettre l'accès aux vacances récréatives dans une perspective socio-chrétienne et avec une attention particulière pour :

- une détente saine, culturelle, active, respectueuse de l'environnement, accessible aux familles et aux enfants ;
- la solidarité avec les groupes plus vulnérables ;
- l'épanouissement grâce au bénévolat.

Avantage

L'avantage consiste dans la possibilité de participer aux vacances et activités organisées par l'asbl Service Intersocial Belge (Intersoc) dont la cotisation de membre est 0 euro pour les membres de la MC.

Cotisation et fonctionnement

La cotisation pour ce service s'élève à 0 euro.

L'asbl Intersoc ne bénéficiera d'aucun financement de l'Alliance dans le cadre de ce service.

Accord de collaboration

Un accord de collaboration est conclu entre l'Alliance et l'asbl Intersoc en vue de concrétiser cet objectif.

Article 51

Pour chacun des services et opérations mentionnés ci-après, l'Alliance emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 § 3, 2° de la loi du 6 août 1990:

1. Opérations (autres)
2. Subventionnement de structures socio-sanitaires
3. Information et promotion
4. L'épargne prénuptiale des jeunes
5. Fonds spécial de réserve complémentaire
6. Patrimoine
7. Centre administratif

Article 52

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

1. les montants mentionnés à l'article 37 ;
2. les subventions des pouvoirs publics ;
3. les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers particulièrement destinés à chaque service ;
4. les intérêts revenant au service sur les moyens disponibles du service concerné conformément à l'article 78 de l'AR du 21 octobre 2002 portant exécution de l'art. 29, §§ 1 et 5 de la loi du 6 août 1990.

Article 53

Si, par suite d'insuffisance de ressources, un service ou opération n'est pas en état de faire face aux dépenses qui lui incombent, le conseil d'administration doit convoquer une assemblée générale pour arrêter les mesures que comporte la situation.

Eventuellement l'article 58 des présents statuts sera observé.

Article 54

§ 1 - Les comptes sont clôturés au 31 décembre de chaque année par les soins du conseil d'administration qui doit les soumettre à l'assemblée générale.

§ 2 - L'Alliance Nationale dispose en outre de fonds en sa qualité d'organisme assureur dans le régime légal de l'assurance obligatoire.

Les fonds, tant en services et opérations qu'en assurance obligatoire, sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les fonds ne peuvent, en aucun cas, être distraits du but que leur assignent expressément les statuts.

CHAPITRE VII

COLLABORATION

Article 55

§ 1 - En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, l'Alliance peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.

§ 2 - A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration, ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres

§ 3 - L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'assemblée générale et transmis à l'Office de contrôle.

Le conseil d'administration fait annuellement rapport à l'assemblée générale sur l'exécution des accords conclus ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par l'Alliance.

Article 56

L'Alliance peut être dissoute par une décision de l'assemblée générale spécialement convoquée à cet effet.

Les dispositions des articles 10, 11 et 12 § 1 alinéa 3 de la loi du 6 août 1990 sont d'application dans ce cas.

La convocation mentionne:

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

Article 57

L'assemblée générale qui décide de la dissolution de l'Alliance désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 32 de la loi du 6 août 1990.

Article 58

§ 1 - En cas de dissolution de l'Alliance les actifs résiduels des services et opérations visés à l'article 2, b de ces statuts sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des bénéficiaires. 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 à ces actifs résiduels, dans le respect de ses buts statutaires.

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

§ 3 - 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.

Article 59

Les statuts de l'Alliance ne peuvent être modifiés que par l'assemblée générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la loi et les statuts. Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres sont présents ou représentés et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Article 60

Le texte des propositions de modifications aux statuts, sauf cas de force majeure ou d'urgence, doit être envoyé aux mutualités au moins 4 semaines avant l'assemblée générale.

Les mutualités peuvent présenter des amendements à ces propositions. Leur texte devra parvenir au président du conseil d'administration de l'Alliance Nationale au plus tard 10 jours avant la date fixée pour la réunion.

Article 61

Les contestations qui surviendraient entre l'Alliance et les mutualités affiliées seront résolues par trois arbitres.

Ces arbitres seront désignés pour chaque cas par voie de tirage au sort parmi les présidents des mutualités, à l'exclusion des mutualités en cause. Toutefois, la mutualité ou les mutualités intéressées pourront appeler de la décision devant le conseil d'arbitrage, composé de trois juristes, élus par l'assemblée générale pour une durée de huit ans.

Article 62

Les présents statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale, moyennant approbation par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Annexe à l'article 37
-
(cotisations annuelles en euros)

Code	Article	Service ou opération	Cotisation par ménage mutualiste	Cotisation par ménage mutualiste(*)
15	45,46 et 48	Opérations (autres)	8,13	0,00
37	44	Information et promotion	0,34	0,00
38	47	Subventionnement de structures socio-sanitaires	1,29	0,00
90	50bis	Fonds spéciale de réserve complémentaire	0,00	0,00
93	50	Patrimoine	1,01	0,00
98/2	43	Centre administratif	0,20	0,00
Total			10,97	0,00

*Ménage mutualiste où le titulaire est l'une des personnes mentionnées à l'article 37, §3 auxquelles une cotisation de 0 euro est demandée.

Annexe à l'article 47 (Subventionnement de structures socio-sanitaires)

Aperçu du subventionnement

Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires tel que visé à l'article 1, 5° de l'AR du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, sixième alinéa de la loi du 26 avril 2010

Action collective (art.47 - code 38)	Subventionnement 2020	Subventionnement envisagé 2021
Beweging	1.653.429,00 euros	1.653.429,00 euros
MOC	517.144,00 euros	517.144,00 euros
Massemble	145.000,00 euros	145.000,00 euros
IMC	545.000,00 euros	545.000,00 euros
Solidarité Mondiale	421.638,00 euros	520.000,00 euros
Cellule de gestion des risques et d'accompagnement technique des mutuelles de santé	20.000,00 euros	20.000,00 euros
Fundacja Wzajemnej Pomocy	270.000,00 euros	270.000,00 euros
Fundatia pentru Dezvoltarea Asociațiilor de Ajutor Mutual	35.400,00 euros	50.000,00 euros
Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes	0,00 euros	0,00 euros
Asociación Mutual de Trabajadores de Los Bateyes	0,0 euros	0,00 euros

Le montant du subventionnement est fixé annuellement par l'assemblée générale.

Le conseil d'administration peut modifier ce montant si les conditions suivantes sont remplies :

- la décision du conseil d'administration est immédiatement transmise à l'Office de contrôle par courrier recommandé signé par un responsable de l'Alliance ;
- ce courrier mentionne la date de prise d'effet de la décision ;
- les modifications sont intégrées dans les statuts avec effet rétroactif lors de l'assemblée générale suivante.

Annexe à l'article 50 (Patrimoine)

Aperçu du financement

Patrimoine (art.50 - code 93)	Financement 2020	Financement envisagé 2021
Fonds Nationale d'Entraide	3.200.000,00 euros	3.200.000,00 euros

Le montant du financement est fixé annuellement par l'assemblée générale.

Le conseil d'administration peut modifier ce montant si les conditions suivantes sont remplies :

- la décision du conseil d'administration est immédiatement transmise à l'Office de contrôle par courrier recommandé signé par un responsable de l'Alliance ;
- ce courrier mentionne la date de prise d'effet de la décision ;
- les modifications sont intégrées dans les statuts avec effet rétroactif lors de l'assemblée générale suivante.

Annexe à l'article 49 (L'épargne préuptiale des jeunes)

Prime de croissance

Nombre d'années d'affiliation	Montant de la prime simple pour l'année											
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	A partir de 2005	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	0
4	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	0
5	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	0
6	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	0
7	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	0
8	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	0
9	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	0
10	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	0
11	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	0
12	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	0
13	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	0
14	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	0
15	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	0
16	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	0

Annexe à l'article 4

MUTUALITÉS CHRÉTIENNES ET SOCIÉTÉS MUTUALISTES AFFILIÉES A L'ANMC

101	Christelijke Mutualiteiten van het Arrondissement Antwerpen	Borsbeeksebrug 26	2600	BERCHEM
105	Christelijke Mutualiteit regio Mechelen-Turnhout	Korte Begijnenstraat 22	2300	TURNHOUT
108	Christelijk Ziekenfonds St-Pietersbond	Platte Lostraat 541	3010	KESSEL-LO
109	Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon	Boulevard des Archers 54	1400	NIVELLES
110	Christelijke Mutualiteit Brugge	Oude Burg 19	8000	BRUGGE
111	Christelijke Mutualiteit Zuid-West-Vlaanderen	Beneluxpark 22	8500	KORTRIJK
112	Christelijke Mutualiteit Oostende - Veurne - Diksmuide	Ieperstraat 12	8400	OOSTENDE
113	Christelijke Mutualiteit Roeselare-Tielt	Beversesteenweg 35	8800	ROESELARE
120	Christelijke Mutualiteit Midden-Vlaanderen	Martelaarslaan 17	9000	GENT
121	Christelijke Mutualiteit van het Land van Waas en Dender	De Castrodreef 1	9100	SINT-NIKLAAS
126	Christelijk Ziekenfonds Sint-Michielsbond	Nolet De Brauwerestraat 19	1800	VILVOORDE
128	Mutualité Chrétienne du Hainaut Orientale	rue du Douaire 40	6150	ANDERLUES
129	Mutualité Chrétienne Hainaut Picardie	rue St. Brice 44	7500	TOURNAI
130	Mutualité Chrétienne de Liège	Place du XX Août 38	4000	LIEGE
131	Christelijke Mutualiteit Limburg	Prins Bisschopssingel 75	3500	HASSELT
132	Mutualité Chrétienne de la Province de Luxembourg	rue de la Moselle 7-9	6700	ARLON
134	Mutualité Chrétienne de la Province de Namur	rue des Tanneries 55	5000	NAMUR
135	Mutualité Saint-Michel	Bd Anspach 111-115	1000	BRUXELLES
137	Mutualité Chrétienne de Verviers et d'Eupen	rue Lucien Defays 77	4800	VERVIERS
137 1	Mutualité Chrétienne de Verviers	rue Lucien Defays 77	4800	VERVIERS
137 2	Christliche Ostbelgische Krankenkasse	Klosterstrasse 66	4700	EUPEN
180/02	Société Mutualiste Solimut	Chaussée de Haecht 579	1031	BRUXELLES
180/03	Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM Zorgkas	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL
180/05	Maatschappij van Onderlinge Bijstand Diensten en verrichtingen CM-Vlaanderen	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL
180/06	Société Mutualiste Régionale des Mutualités Chrétiennes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale	Chaussée de Haecht 579	1031	BRUXELLES
180/07	Société Mutualiste Régionale des Mutualités Chrétiennes pour la Région wallonne	Rue de Fernelmont 42	5020	CHAMPION-NAMUR
150/01	Maatschappij van Onderlinge Bijstand Verzekeringen CM-Vlaanderen	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL
150/02	Société Mutualiste MC Assure	Chaussée de Haecht 579	1031	BRUXELLES

