

MUTUALITE CHRETIENNE DE LA PROVINCE DE NAMUR

Etablie rue des Tanneries, 55 à 5000 NAMUR

Reconnue par Arrêté Royal du 8 mars 1960 (Moniteur belge du 25 mars 1960)

Affiliée

- À l'Union Nationale Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes, dont les statuts sont disponibles sur le site [internet](https://www.mc.be/la-mc/province-de-namur/statuts.jsp) de la mutualité à l'adresse suivante : <https://www.mc.be/la-mc/province-de-namur/statuts.jsp>
- À la Société Mutualiste d'assurance MC Assure
- À la Société Mutualiste Solimut dont les statuts sont disponibles sur le site internet de la mutualité, à l'adresse suivante : <https://www.mc.be/la-mc/province-de-namur/statuts.jsp>
- A la Société Mutualiste CM Zorgkas
- A la Mutualité MC de Wallonie
- A la Mutualité MC Bruxelles

STATUTS

Version en vigueur au 01/01/2020

Approuvée par l'Assemblée Générale du 16/06/2020

Approuvée par le Conseil de l'Office de Contrôle le 07/09/2020

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 26/04/2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) et ses arrêtés d'exécution.

Vu la loi du 02/06/2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (II) et ses arrêtés d'exécution.

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

Après délibération, les membres de l'assemblée générale de la Mutualité, réunis le 16/06/2020, ont décidé à la majorité des voix exigées par la loi, de fixer les statuts de la Mutualité comme suit :

PREAMBULE

DÉFINITIONS

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

Services et opérations offerts :

L'ensemble des services et opérations qui sont organisés par :

- La mutualité ;
- La société mutualiste SM Solimut à laquelle la mutualité est affiliée
- L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes à laquelle la mutualité est affiliée.

Services et opérations :

- Les services visés à l'article 67, alinéa 5 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^e alinéa de la loi du 26 avril 2010.
- Les services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c) de la loi du 6 août 1990.

Titulaire :

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

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

- ainsi que toute personne qui est 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 est l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).
Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;
 - pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / Régime de la sécurité sociale d'Outre-Mer ;
 - a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 ;
 - n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;

- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Membre :

Toute personne affiliée comme titulaire à la mutualité :

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

Ménage mutualiste :

Le ménage mutualiste tel que défini à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 mars 2011 en 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).

Personne à charge :

- Toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit aux remboursements des prestations de santé en tant que personne à charge d'un titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1er, 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 de droits dérivés au remboursement des prestations à charge d'un membre qui :
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé HR Rail ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI);
Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;
 - pour les soins de santé, est assurée en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / Régime de la Sécurité Sociale d'Outre-Mer;
 - a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des prestations de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays que l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963;
 - n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
 - se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
 - est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Droit aux avantages :

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

Bénéficiaire :

Tout membre et ses personnes à charge affilié à la mutualité pour les services et opérations offerts et qui a droit aux avantages offerts par ces services et opérations.

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.

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 du 14 juillet 1994.

Avantages :

Les avantages, prestations ou interventions faisant l'objet des services et opérations offerts.

Invalide :

Toute personne qui est reconnue comme invalide par le Conseil Médical de l'Invalidité après une année d'incapacité de travail au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994.

Une personne en perte d'autonomie

Une personne dont la capacité d'accomplissement des actes de la vie journalière est réduite en raison d'une maladie ou d'un handicap.

Handicapés :

Une personne qui

- soit possède une décision de l'AWIPH (postérieure au 1/12/1996) octroyant une intervention en accueil-hébergement-accompagnement, en aide matérielle, en Entreprise de Travail Adapté, en aide individuelle à l'intégration, en éducation, en formation et emploi, ou un Budget d'Assistance Personnalisé
- soit fournit un des documents suivants :
 - un document provenant d'une administration (SPF sécurité sociale, allocations pour personnes handicapées, allocations majorées, enseignement spécialisé) ou par une des 3 autres Administrations Régionales ou Communautaires compétentes en matière d'intégration des personnes handicapées ;
 - une attestation d'un service hospitalier agréé ;
 - une attestation d'un service reconnu par l'INAMI ;
 - une décision d'un Gouverneur de province dans le cadre de l'Ex-Fonds 81 ;
 - une attestation établie par une équipe pluridisciplinaire, composée au moins d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social ou paramédical ;
 - une attestation de reconnaissance d'un pourcentage de handicap par un assureur-loi, par le fonds des maladies professionnelles ou par une caisse d'allocations familiales
 - une attestation établie par un service de consultation ONE.
- soit fournit une attestation délivrée par un médecin (spécialisé en fonction du type de handicap et agréé par l'INAMI) et validée par le Médecin du Bureau régional AWIPH.

Enfant :

La personne bénéficiant de la qualité de personne à charge au sens de l'article 123, alinéa 1^{er}, 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, et/ou de bénéficiaire d'allocations familiales.

Assurance maladie complémentaire

Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

CHAPITRE 1ER

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

ARTICLE 1

Une Mutualité a été établie à NAMUR le 1^{er} janvier 1960 sous la dénomination : FEDERATION NAMUROISE DES MUTUALITES CHRETIENNES jadis reconnue par l'A.R. du 8 mars 1960, pris en vertu de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes. En Assemblée Générale réunie le 23 novembre 1991, il a été décidé d'adopter la dénomination « MUTUALITE CHRETIENNE DE NAMUR ». Dans ses relations avec les tiers, la Mutualité peut utiliser les abréviations suivantes : M.C. Namur ou M Namur.

Suite à la fusion en date du 1^{er} janvier 2001, approuvée par l'Assemblée Générale, ladite Mutualité reprend les droits et obligations des deux Mutualités absorbées en date du 01.01.2001 et connues antérieurement sous les dénominations suivantes :

- Mutualité chrétienne de l'arrondissement de Dinant, reconnue par l'Arrêté Royal du 28 juillet 1898
- Mutualité chrétienne de l'arrondissement de Philippeville, reconnue par l'Arrêté Royal du 10 octobre 1899.

A partir du 1^{er} janvier 2001, elle adopte la dénomination suivante « MUTUALITE CHRETIENNE DE LA PROVINCE DE NAMUR ».

Dans ses relations avec les tiers, la Mutualité peut utiliser l'abréviation suivante : M.C.P.N.

ARTICLE 2

La Mutualité poursuit les objectifs suivants :

- a) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1er, a et c de la loi du 6 août 1990 :
- la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire, pour laquelle une autorisation lui a été donnée par l'union nationale à laquelle elle est affiliée
 - l'octroi d'aide, d'informations, de guidance et d'assistance dans l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire s'effectue sous la responsabilité de l'Alliance Nationale. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales et statutaires et les directives de l'Alliance Nationale.

- b) Dans le cadre de l'article 3, alinéa 1er, b et c 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'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé ;
 - l'octroi d'aide, d'informations, de guidance et d'assistance dans l'accomplissement de cette mission ;
 - le financement d'actions collectives et le subventionnement de structures socio-sanitaires telles que visées à l'article 1^{er}, 5^e de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

À cet effet, la mutualité organise les services et opérations suivants :

- Vaccins (code OCM 15)
- Soins à domicile (code OCM 15)

- Gardes malades à domicile (code OCM 15)
- Service Transport des malades (code OCM 15)
- Indemnités uniques - prime de naissance et d'adoption (code OCM 5415)
- Indemnités uniques - future maman (code OCM 15)
- Indemnités uniques - activités et sports (code OCM 15)
- Fonds Social (code OCM 15)
- Jeunesse (code OCM 38)
- Handicapés (code OCM 38)
- Ergothérapie (code OCM 38)
- Pensionnés (code OCM 38)
- Planning familial (code OCM 15)
- Assistance juridique et judiciaire (code OCM 15)
- Information périodique des membres (code OCM 37)
- Patrimoine (code OCM 93)
- Centre administratif (code OCM 98/2)
- Coopération au développement (code OCM 38)
- Service social (code OCM 37)
- Prêt de matériel (code OCM 15)
- Laser ophtalmique (code OCM 15)
- Coordination des soins à domicile (code OCM 38)
- Accueil petite enfance (code OCM 38)
- Psychologie / Diététique (code OCM 15)
- Informations thématiques diverses (code OCM 38)
- Service Prévention : promotion de la santé à l'école (code OCM 38)
- EnéoSport (code OCM 38)
- Service Médico-Social (code OCM 38)

Pour atteindre cet objectif, la mutualité est affiliée à :

- L'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes, sise à Bruxelles ;
- La société mutualiste Solimut, sise à Bruxelles.

L'affiliation à l'ensemble des services et opérations offerts est obligatoire pour tous les membres.

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

- c) Offrir la possibilité à ses membres d'adhérer à la Protection sociale flamande organisée par la société mutualiste CM-Zorgkas à laquelle la mutualité est affiliée.

Affilier ses membres à la société mutualiste régionale MC Wallonie à laquelle la mutualité est affiliée en application de la loi du 6 août 1990 et de la réglementation régionale dont la société mutualiste relève.

Affilier ses membres à la société mutualiste régionale MC Bruxelles à laquelle la mutualité est affiliée en application de la loi du 6 août 1990 et de la réglementation régionale dont la société mutualiste relève.

- d) La mutualité a également pour but d'offrir à ses membres la possibilité de s'affilier aux assurances proposées par la société mutualiste MC Assure à laquelle la mutualité est affiliée.

La mutualité agit comme intermédiaire d'assurance auprès de la société mutualiste MC Assure.

ARTICLE 3

Le siège social de la Mutualité est établi à NAMUR. Il peut être déplacé par décision de l'Assemblée Générale.

La Mutualité s'étend administrativement aux communes de la Province de Namur et aux localités de :

- FRONVILLE (Commune de HOTTON)
- AMBLY (Commune de NASSOGNE)
- RESTEIGNE (Commune de TELLIN)
- BURE (Commune de TELLIN)
- SOHIER (Commune de WELLIN)
- BOUSSU-LEZ-WALCOURT (Commune de FROIDCHAPELLE)
- ERPION (Commune de FROIDCHAPELLE).

Ne font pas partie du ressort territorial de la Mutualité, les localités de :

- SUGNY (Commune de VRESSE)
- LANDENNE-SUR-MEUSE (Commune d'ANDENNE).

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

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

ARTICLE 4

La Mutualité est affiliée auprès de l'Union Nationale : "ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES" établie à Bruxelles.

ARTICLE 5

Le réseau de points de contact de la mutualité et ses modes de contacts sont définis et modifiés par décision du Conseil d'Administration.

CHAPITRE II

ADMISSION, et catégorie de membres

ARTICLE 6 - Affiliation aux services de la mutualité

§ 1^{er}. Une personne peut s'affilier auprès de la mutualité :

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

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

- 2° soit uniquement pour les services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Ceci est possible uniquement lorsque la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :
- elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
 - elle est, pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrite à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ; est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;

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

Cette personne est d'office affiliée aux services :

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

§ 2. Durant une période d'internement ou de détention, la personne, qui est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé est considérée, pour l'application du § 1^{er}, 1°, comme n'étant pas affiliée à la mutualité, sauf manifestation expresse de la volonté de rester affiliée aux services de la mutualité visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que pour les services de la mutualité qui sont visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

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

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

§ 4. Tout titulaire désireux de s'affilier pour l'assurance obligatoire ou les services et opérations offerts, doit aussi affilier les personnes à sa charge.

ARTICLE 6bis - Prise de cours de l'affiliation à l'assurance complémentaire

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

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

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

ARTICLE 7 - Catégories de membres

Les membres des Mutualités sont classés en 2 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 les personnes à leur charge.
- Deuxième catégorie :
 - a. Les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, conformément aux autres points de l'article 32, alinéa 1^{er} que ceux qui s'appliquent aux membres de la 1^{ère} catégorie, et les travailleurs repris au point 2 du même alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et les personnes à leur charge.
 - b. Les titulaires assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, conformément aux autres points de l'article 32, alinéa 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que ceux qui s'appliquent aux membres de la première catégorie, et les personnes à leur charge.
 - c. Les personnes qui ont leur domicile ou leur résidence principale en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à un traité de sécurité sociale, ouvrent un droit en nom propre au remboursement des prestations de santé à charge de l'étranger, et qui se sont affiliées à la mutualité pour les services et opérations, et les personnes à leur charge.
 - d. Les personnes assurées qui ont leur domicile ou leur résidence principale en dehors de la Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à une convention de sécurité sociale, y ouvrent un droit en nom propre au remboursement des prestations de

santé à charge de la Belgique, et qui se sont affiliées à la mutualité pour les services et opérations, et les personnes à leur charge.

- e. Les personnes qui se sont affiliées à la mutualité pour les services et opérations et qui :
- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont titulaires à la Caisse des soins de santé de HR Rail, et les personnes à leur charge ;
 - pour ce qui est l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) et les personnes à leur charge.
Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 et les personnes à leur charge ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont titulaires à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), et les personnes à leur charge ;
 - 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 les personnes à leur charge ;
 - a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des prestations de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, établi(e) en Belgique, dont les prestations de santé doivent être assurées à charge du pays qui l'envoie, en application des Conventions de Vienne de 1961 et 1963 et les personnes à leur charge ;
 - n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge, et les personnes à leur charge.
 - se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs et les personnes à leur charge ;
 - est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et les personnes à leur charge.

ARTICLE 8 - Libre

ARTICLE 9 : Résiliation de l'affiliation

Un membre qui est affilié à la mutualité pour l'assurance obligatoire ne peut résilier son affiliation aux services visés à l'article 2a, b et c de sa propre initiative sauf par transfert vers une autre mutualité chrétienne, ou par mutation vers un autre organisme assureur en application de l'article 118, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette résiliation ne dispense pas le membre de payer les cotisations pour les services et opérations pour les périodes écoulées pour lesquelles la prescription n'est pas encore intervenue.

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

CHAPITRE IV

ORGANES DE LA MUTUALITE

Section 1 - l'Assemblée Générale.

COMPOSITION

ARTICLE 10

L'Assemblée Générale se compose d'un délégué effectif par 1.000 membres, tels que définis à l'article 2 paragraphe 3, premier alinéa de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et Unions nationales des mutualités. Le nombre de membres de la Mutualité, et, partant, de délégués effectifs à l'assemblée générale est arrêté au 30 juin de l'année précédant l'élection.

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

Le mandat est renouvelable

En pratique :

- Un siège est attribué à chaque circonscription électorale (voir art. 11) par tranche de 1.000 membres.
- Le solde global du nombre de membres de toutes les circonscriptions électorales détermine un solde de sièges à attribuer ; ces sièges sont attribués aux circonscriptions dont le solde des membres est le plus élevé.

Les candidats non élus sont désignés pour être suppléants dans la circonscription où ils étaient candidats. L'ordre de la suppléance sera attribué en fonction du nombre de voix personnelles.

CIRCONSCRIPTIONS

ARTICLE 11

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

Quatre circonscriptions qui regroupent les membres et leurs personnes à charge repris à l'art. 9 § 1, et les membres et leurs personnes à charge repris à l'art. 9 § 2, 3, 4, 5, 6, à savoir :

1. Circonscription de « Dinant », comprenant les communes de Dinant, Hastière, Onhaye, Anhée, Yvoir, Beauraing, Houyet, Rochefort, Ciney, Hamois, Havelange, Somme-Leuze, Bièvre, Vresse (y compris l'entité de Sugny), Gedinne.
2. Circonscription de « Namur » regroupant les communes de Namur, Profondeville, Eghezée, Fernelmont, La Bruyère, Andenne (y compris l'entité de Landenne), Assesse, Gesves, Ohey.
3. Circonscription de « Philippeville » regroupant les communes de Philippeville, Florennes, Walcourt, Cerfontaine, Couvin, Viroinval, Doische.
4. Circonscription de « Sambreville » comprenant les communes de Sambreville, Gembloux, Jemeppe sur Sambre, Sombreffe, Fosses, Floreffe, Mettet..

Font partie d'une circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge qui habitent dans cette circonscription. Les membres et les personnes à charge qui habitent en dehors des circonscriptions électorales de la Mutualité, sont ajoutés à la circonscription électorale dont dépend le siège de la Mutualité chrétienne de la Province de Namur soit la circonscription de Namur.

ARTICLE 12

Au sein de chaque circonscription électorale, les membres et leurs personnes à charge ayant droit de vote élisent le nombre de représentants, proportionnellement au nombre de membres de cette circonscription électorale, selon les quotas prévus à l'article 10 de ces statuts.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

ARTICLE 13

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

- a. il faut être membre de la Mutualité ou avoir la qualité de personne à charge d'un membre de celle-ci;
- b. il faut être majeur ou émancipé;
- c. s'il s'agit d'un membre, il doit être en ordre de cotisation auprès de la Mutualité;
- d. s'il s'agit d'une personne à charge, le membre dont cette personne est à charge doit être en ordre de cotisation auprès de la Mutualité.

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

- a. avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent;
- b. être de bonne conduite vie et mœurs et ne pas être privés des droits civils;
- c. être affiliés à la Mutualité chrétienne de la Province de Namur à la date limite de rentrée des candidatures pour l'élection;
- d. ne pas être licenciés comme membre du personnel de la Mutualité ou de l'Union Nationale pour un autre motif que la mise à la retraite, la prépension ou pour des raisons d'ordre économique.

Pour être éligibles, les personnes ayant le droit de vote ne peuvent pas être un membre du personnel de la Mutualité ou de l'Alliance.

Par membre du personnel, il faut comprendre celui qui a conclu un contrat de travail avec la Mutualité, l'Alliance ou une ASBL faisant partie de la même unité technique d'exploitation, impliquant le paiement de cotisations de sécurité sociale.

Sont assimilés aux membres du personnel ceux qui sont mis au travail dans le cadre de programmes de résorption du chômage.

Un membre ne peut se porter candidat que dans une seule circonscription électorale.

PROCEDURE ELECTORALE

ARTICLE 14

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

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

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

ARTICLE 15

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

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

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

ARTICLE 16

Une liste de candidats effectifs est établie par circonscription électorale.

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

ARTICLE 17

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

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

BUREAUX ELECTORAUX

ARTICLE 18

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

Le Président et les Assesseurs du Bureau électoral sont désignés par le Conseil d'Administration.

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

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

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

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

ETABLISSEMENT DES LISTES ELECTORALES

ARTICLE 19

Les listes électorales sont établies par circonscription.

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

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

ARTICLE 20

Le vote est libre.

Le vote se déroule dans l'un des Bureaux de vote de la circonscription électorale dont fait partie l'électeur.

Tous les membres auront néanmoins la possibilité de voter par correspondance.

ARTICLE 21

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

ARTICLE 22

Sauf en ce qui concerne la situation décrite à l'article 21, chaque électeur reçoit, par un envoi personnel au moins 10 jours avant la période d'élection :

- un bulletin de vote reprenant la liste des candidats pour sa circonscription électorale ;
- la manière d'exprimer un vote valable ;
- les endroits où se trouvent les Bureaux de vote, ainsi que les dates et heures auxquelles il est possible de voter ;
- la procédure de vote par correspondance.

ARTICLE 23

Dans le Bureau de vote, le Secrétaire, désigné par le Bureau électoral, note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur les listes d'électeurs.

Après la fermeture du Bureau de vote, le Secrétaire est chargé de transmettre les bulletins de vote au Président du Bureau électoral, ceci dans une urne scellée.

ARTICLE 24

Si l'électeur vote par correspondance, il dispose pour exprimer son vote d'au moins quinze jours, à partir de la date de réception des documents décrits à l'article 22.
La procédure doit prévoir l'identification de l'expéditeur et la garantie du secret du vote.

ARTICLE 25

Chaque électeur peut émettre un ou plusieurs votes. Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter. L'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste est l'ordre alphabétique.

ARTICLE 26

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

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

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

Sont nuls :

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

Le Bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections, en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin, les circonscriptions pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections, pour la raison décrite à l'article 21 des statuts.

ARTICLE 27

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

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

ARTICLE 28

Un exemplaire du règlement électoral, des publications et lettres visés aux articles 20 à 27 de ces statuts, ainsi que la composition du Bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'Union Nationale auprès de laquelle la Mutualité est affiliée, ainsi qu'à l'Office de Contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

ARTICLE 29

La nouvelle Assemblée Générale est installée dans un délai maximum de trente jours civils après la date de clôture de la période électorale.

Elle peut désigner au maximum 5 conseillers à l'Assemblée Générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Les membres de la Direction (et l'aumônier) de la Mutualité peuvent assister à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

ARTICLE 30

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

Chaque membre de l'Assemblée Générale a le droit d'assister et de participer à l'Assemblée, soit en personne, soit par l'intermédiaire de tout autre membre de l'Assemblée Générale de son choix. Nul membre ne peut toutefois disposer de plus d'une procuration.

Le membre qui aura été absent deux fois consécutives sans motif justifié est considéré comme démissionnaire. Est considéré comme absent tout membre ne s'étant pas, préalablement à la réunion à laquelle il n'assiste pas, excusé pour l'absence de participation ou n'ayant pas remis de procuration pour ladite réunion.

Cependant, pour la modification des articles 5, 11, 31, 35, 37, 39, 42 et 86 des présents statuts, les décisions doivent être prises à la majorité des deux tiers des votes exprimés ; les votes blancs ou nuls n'entrant pas en ligne de compte.

La modification du présent article ne peut également se faire qu'à une majorité des deux tiers des votes exprimés ; les votes blancs ou nuls n'entrant pas en ligne de compte.

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Election des représentants pour l'Assemblée Générale de l'Union Nationale

ARTICLE 31

La délégation de la Mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale comprend 1 délégué par 7.500 membres.
Au moins 3 mandats seront réservés par priorité à chacune des circonscriptions.

ARTICLE 32

Les délégués sont élus par l'Assemblée Générale.

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

ARTICLE 33

Les membres de l'Assemblée Générale de la Mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale et/ou aux sociétés mutualistes visées à l'article 43 § 1 de la loi du 06 août 1990/ou MC Assure doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration de la Mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection.

Le Président du Conseil d'Administration détermine l'ordre de présentation.

ARTICLE 34

Le vote est secret.

Chaque membre de l'Assemblée Générale a droit à un bulletin de vote et peut voter pour un nombre de candidats égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir.

Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, une seconde élection départagera les candidats concernés. En cas d'égalité de voix à cette seconde élection, ce mandat est attribué à l'aîné des candidats.

Section 3 - Conseil d'Administration.

ARTICLE 35

Le Conseil d'Administration de la Mutualité est composé de 27 membres maximum.

Le conseil d'administration doit compter au moins 4 représentants issus de chaque circonscription électorale.

Un candidat domicilié hors province de Namur pourra préalablement à l'élection faire le choix de la circonscription dans laquelle il souhaite se présenter.

Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription, le ou les candidats est (sont) élu(s) d'office.

Les professionnels des institutions médico-sociales qui exercent des responsabilités de gestion dans le domaine de l'Assurance Maladie-Invalidité ne pourront pas se présenter pour l'une des 4 circonscriptions.

Il ne peut y avoir plus de 70% de personnes du même sexe.

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

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

Néanmoins, pour être membre du Conseil d'Administration, le candidat doit remplir les conditions pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale.

Ne sont pas éligibles, les membres du personnel de la Mutualité et de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, les anciens membres de la direction, les parents jusqu'au 2^e degré avec des membres de la direction ainsi que leur conjoint et les personnes cohabitantes. De même, il ne pourra exister des relations familiales jusqu'au 2^e degré entre membres du Conseil d'Administration y compris les conjoints et personnes cohabitantes. Dans cette éventualité, le candidat ayant obtenu le moins de voix lors de l'élection par l'Assemblée Générale ne sera pas élu en cas de non élection dans une des circonscriptions concernées, c'est le candidat le plus jeune qui sera élu.

Des remboursements de frais peuvent éventuellement être prévus.

ARTICLE 36

Le Conseil d'Administration est élu par les membres de l'Assemblée Générale.

La durée du mandat est de six ans.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration. Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin secret.

Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'un nombre de voix nominales égal au quart du nombre de mandats à pourvoir à arrondir à l'unité inférieure et il ne peut attribuer qu'une voix par candidat. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus. En cas d'égalité entre deux ou plusieurs candidats, il est procédé à un nouveau scrutin pour les départager. En cas de parité au second tour, c'est le plus âgé qui est élu.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement dans le respect de l'article 35. Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions. Le Président dresse, par ordre alphabétique et sur base des candidatures valablement reçues par lui-même la liste des candidats.

Le Conseil d'Administration peut désigner au maximum 5 conseillers dont l'aumônier. Ils ont une voix consultative.

Les membres de la direction de la Mutualité peuvent être invités à participer au Conseil d'Administration avec voix consultative.

ARTICLE 37

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

La démission, la révocation ou l'exclusion comme membre de la mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la Mutualité.

L'administrateur qui aura été absent trois fois consécutives sans motif justifié est considéré comme démissionnaire. Est considéré comme absent tout membre ne s'étant pas, préalablement à la

réunion à laquelle il n'assiste pas, excusé pour l'absence de participation ou n'ayant pas remis de procuration pour ladite réunion.

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 et à l'arrêté royal du 13 juin 2010 portant exécution de l'article 19, alinéa 4, de la loi du 06 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités au cas où :

- l'administrateur commet une infraction à la loi instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité du 9 août 1990 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 pas, coulée en force de chose jugée ;
- l'administrateur accomplit des actes de manière à causer préjudice aux intérêts de la Mutualité ou de l'Alliance dont elle fait partie. L'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la Mutualité ou de l'Alliance dont elle fait partie.

Le Conseil d'Administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents. Chaque administrateur peut donner procuration à un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut toutefois disposer de plus d'une procuration. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés, à l'exception des propositions faites à l'Assemblée Générale, pour toutes adaptations des cotisations relatives aux matières définies à l'article 30 des statuts pour lesquelles les décisions doivent être prises à la majorité des trois quarts des votes exprimés. Lorsqu'il faut voter au sujet des personnes, il y a scrutin secret.

ARTICLE 38

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

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au Bureau de la Mutualité (Cfr articles 41 et 42).

Les membres du Conseil d'Administration qui sont présents lors de la réunion du Conseil d'Administration, reçoivent une indemnité de déplacement.

Section 4 - Président - Secrétaire - Trésorier.

ARTICLE 39

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Président et un Vice-Président issus de circonscriptions électorales différentes. Le Vice-Président assiste le Président et le remplace en cas d'absence.

ARTICLE 40

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration; il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux; il représente la Mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques; il soutient toutes actions au nom de la Mutualité, soit en demandant, soit en défendant.

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière à un membre du Conseil d'Administration pour traiter avec les autorités publiques et soutenir toutes actions au nom de la Mutualité.

Cette délégation de compétences ne peut être faite qu'à une personne qui a la qualité d'administrateur, conformément à l'article 23, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990.

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

ARTICLE 41

La fonction de Secrétaire de Mutualité est assurée par le Directeur régional. Il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contre-signé les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des documents officiels de la Mutualité. Pour ce faire, il peut être assisté par d'autres membres du Comité de Direction.

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

En accord avec le Président, il nomme et révoque les membres du personnel non visés à l'article 42. Il en informe le Bureau Journalier à la réunion suivant les décisions.

La fonction de Directeur régional est exercée conformément à l'article 25 de la loi du 6 août 1990 et à la circulaire OCM du 19/10/2006 définissant une fonction dirigeante.

ARTICLE 41bis

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

La fonction de Trésorier est confiée au directeur du département des finances.

Une fois l'an, lors de l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration fait rapport de la situation financière.

Section 5 - Bureau

ARTICLE 42

Outre, le Président et le Vice-Président, le Conseil élit en son sein, quatre membres qui constituent le Bureau Journalier.

Chacune des circonscriptions doit obligatoirement être représentée.

Les membres de la direction sont invités avec voix consultative.

Le Bureau est chargé de la gestion journalière dans les limites des prérogatives que lui confère le Conseil.

Il fait rapport au Conseil.

Il nomme et révoque les chefs de services.

CHAPITRE V

LES SERVICES DE LA MUTUALITE : AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS D’AFFILIATION SPECIALES, COTISATIONS

Répartition des articles

Section 1 - Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités

L'exécution de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités visée à l'article 2a) des présents statuts, est assurée par la Mutualité.

Section 2 - Assurance Complémentaire

Pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2 b des présents statuts, la M.C. de la Province de Namur organise des services pour ses membres (et leurs personnes à charge) selon des modalités fixées dans les articles ci-après.

ARTICLE 43 - Dispositions générales aux services

Article 43.1. COTISATIONS

Les cotisations sont dues à partir de l'entrée en vigueur de l'affiliation, telle que définie par l'article 6bis et ce, pour chaque mois entamé.

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

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

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

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.

Article 43.2. COTISATIONS D'UN MONTANT NUL

Les catégories suivantes de membres paient une cotisation de 0,00 euro :

- les personnes de moins de 21 ans, atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%, tel que visé à l'article 37, §19, 5° de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inscrites comme titulaires auprès de la mutualité ainsi que 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, inscrites comme titulaires auprès de la mutualité ainsi que ses personnes à charge.

Article 43.3. SANCTION EN CAS DE DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

§ 1. Introduction

Selon sa situation en ce qui concerne le paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis, une personne affiliée à la mutualité peut être :

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

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

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

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

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

Il s'agit du membre qui est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis :

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

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

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

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

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

2° pour la période de 23 mois qui précède.

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

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

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

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

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

Le membre qui est en ordre de cotisations depuis le 1er janvier 2019 est réputé, jusqu'au 31 décembre 2020, pour déterminer s'il peut prétendre au bénéfice d'un avantage en raison d'un événement qui s'est produit après le 31 décembre 2018, être en ordre de cotisations pour la période antérieure au 1er janvier 2019. Cette disposition ne porte pas préjudice au fait que l'action en paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis, pour une période qui ne remonte pas au-delà du 23^{ème} mois qui précède le mois au cours duquel l'événement qui peut donner lieu à l'octroi de l'avantage s'est produit, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est suspendue.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

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

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

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

Si une personne n'est pas en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis, pour une période qui dépasse 24 mois, la possibilité pour elle de bénéficier d'un avantage de l'assurance complémentaire est supprimée.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

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

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

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

- 1° à une période pour laquelle le membre était en ordre de cotisations lorsque celui-ci :
 - a) n'est pas un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée et qui n'a pas terminé la période de « recouvrement du droit » visée à l'alinéa 5 ;
 - b) se trouve dans une des situations suivantes :
 - 1° le membre était en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés ;
 - 2° le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services pour tous les mois au cours desquels il était affilié en tant que titulaire auprès d'une mutualité belge durant les 24 mois susvisés mais il effectue, au plus tard le mois durant lequel la nouvelle affiliation après la période d'interruption prend cours, le paiement de ces arrérages auprès de l'entité ou des entités concernées ;
- 2° à une période pour laquelle le membre n'était pas en ordre de cotisations pour lesdits services, dans les autres situations que celles visées sous 1°.

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

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

- 1° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, est légalement empêché de payer en raison d'un règlement collectif de dettes ou d'une faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle ce membre, qui a entamé le paiement des cotisations pour une période subséquente, a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

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

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

Article 43.4. LIBRE

Article 43.5. LIBRE

Article 43.6. PRESCRIPTION

La demande d'obtention d'avantages dans le cadre des services et opérations organisés par la mutualité se prescrit deux ans après l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi de l'avantage.

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 6bis, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

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

ARTICLE 44 - Exclusion de membres

Sont exclus de la mutualité les membres qui ont enfreint les présents statuts, les lois des 14 juillet 1994 et 6 août 1990 ou leurs arrêtés d'exécution. Le membre est informé de son exclusion par lettre recommandée.

ARTICLE 45

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

- a. L'intervention est accordée à tous les membres de l'entité mutualiste en règle de cotisation le jour de la dépense qui fait naître le droit à l'avantage.
- b. En aucun cas, l'intervention ne dépasse les montants réellement payés. Conformément à l'article 3bis de la loi du 6 août 1990, la mutualité remboursera dans un délai de 3 mois de la fin de l'affiliation, les cotisations perçues indûment pour la période au cours de laquelle la personne n'était plus affiliée auprès d'un service.

ARTICLE 46 - Libre

ARTICLE 46 bis - Libre

ARTICLE 46 ter - Orthodontie

- A. La Mutualité accorde conformément aux dispositions générales, une intervention dans le coût des traitements orthodontiques pour le placement d'un appareil fixe. L'intervention est octroyée uniquement pour les traitements orthodontiques autorisés par le médecin conseil dans le cadre de l'Assurance obligatoire soins de santé.

Le droit aux prestations de l'Assurance Complémentaire orthodontie n'est pas ouvert par les prestations relatives au traitement orthodontique de la première intention (code de nomenclature 305933-305944 et 305955 - 305966).

B. Le montant de l'intervention est fixé à 350 euros.

C. Pour les cas de malformation grave, une intervention supplémentaire de 250 euros peut être octroyée. Cette intervention est accordée s'il y a accord du conseil technique dentaire de l'INAMI pour malformation grave dans le cadre d'un traitement orthodontique donné en Assurance Obligatoire.

Ces dispositions restent valables pour les traitements entamés avant le 1^{er} janvier 2014 et jusqu'à extinction des périodes de prescription des droits. Pour les traitements à partir du 1^{er} janvier 2014, ce service est organisé par Solimut.

ARTICLE 46 quater - Diététique

Pour les prestations de diététique, une intervention de 10€ par séance est accordée jusqu'à 40€ par an.

ARTICLE 46quinquies - Libre

ARTICLE 47- Assurance Hospitalisation Solidaire

La Mutualité offre à ses membres et à leurs personnes à charge, les avantages statutairement octroyés par la Société Mutualiste SOLIMUT, dont le siège est établi à Bruxelles et auprès de laquelle elle est affiliée conformément aux dispositions de l'article 43 bis de la loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités.

ARTICLE 48 - Libre

ARTICLE 49 - Libre

ARTICLE 50 - Prêt de matériel

La mutualité oriente ses membres vers un service de prêt de matériel pour les aider à se procurer le matériel ou les instruments les plus adéquats dont ils ont besoin soit en prêt, soit en acquisition.

Dans ce but, la mutualité collabore avec « Qualias de la province de Namur », enregistrée sous le numéro d'entreprise n° 0 462 386 330.

Les membres de la mutualité bénéficient d'une réduction de 50% du tarif de location pour des appareils dont la liste est jointe en annexe 3 des statuts.

Le conseil d'administration peut modifier la liste limitative annexée aux statuts à condition que la décision soit immédiatement transmise à l'Office de Contrôle des Mutualités par courrier recommandé. Cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications sont reprises avec effet rétroactif dans la liste annexée aux statuts à la suite de l'assemblée générale suivante. Cette liste fait partie intégrante des statuts.

Les membres de la mutualité bénéficient également chez « Qualias de la province de Namur » d'une ristourne de :

1. 20 % sur les achats de matériel d'incontinence suivants réalisés dans les magasins de bandagisterie/orthopédie de la coopérative : les langes bébés, les langes adultes (y compris les protections anatomiques) et les alèses jetables. Les produits d'hygiène et de soins liés à l'incontinence ainsi que les alèses en tissu font aussi l'objet d'une réduction limitée à 10% ;
2. 10 % sur tous les achats réalisés dans les magasins de bandagisterie/orthopédie de la coopérative et autres que le matériel d'incontinence repris au point 1. du présent article.

ARTICLE 51 - Service Transport des malades

La Mutualité organise, conformément aux dispositions générales, un service qui intervient dans les frais de transports non urgents des affiliés lorsque les soins doivent être donnés en milieu hospitalier et que leur état de santé ne permet pas de se déplacer par leurs propres moyens. L'intervention est accordée pour les hospitalisations au sens large et les consultations en milieu hospitalier.

La notion de km chargé correspond à la distance effectuée par le transporteur du lieu de prise en charge du patient jusqu'au lieu de sa destination.

Le montant de l'intervention est fixé à :

- 0,15€ du km chargé pour les transports non médicalisés (transports en voiture privée, en transport en commun et en taxi). Pour ces transports, une franchise de 15 km par trajet aller ou trajet retour est appliquée (30 km pour l'aller/retour).

L'intervention pour un transport en voiture privée est octroyée si le trajet a été effectué par une personne ne vivant pas sous le même toit que le bénéficiaire.

Pour obtenir l'intervention, il y a lieu de remettre le document de la mutualité « avantage transports » spécialement prévu à cet effet, dûment complété par le transporteur.

- 0,45€ du km pour les transports en véhicule sanitaire léger.
Lorsque le transport est réalisé par un service agréé par la mutualité, le remboursement est fixé à 0,90€/km chargé.
- 1,30€ du km pour les transports en ambulance.
Lorsque le transport est réalisé par un service agréé par la mutualité, le remboursement est fixé à 2,60€/km chargé.
- Les notions d'ambulance et d'ambulance médicalisée sont définies par le décret du 29 avril 2004 relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire, mis en œuvre par l'Arrêté du 12 mai 2005.

L'intervention est limitée à 1.000€ par année civile. Pour les malades chroniques et les personnes se déplaçant pour des raisons de chimiothérapie ou dialyse, l'intervention est limitée à 1.500€ par an.

L'intervention cumulée d'une intervention en assurance obligatoire avec une intervention de l'assurance complémentaire ne peut être inférieure pour les personnes avec un statut social au sens de l'article 37, 1^{er}, 2, ou 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à celles des autres membres.

Le remboursement octroyé ne peut en aucun cas dépasser le montant de la facture.

Sont exclus de l'intervention :

- Les km parcourus en dehors du territoire national.

- En transport non médicalisé, les transports bénéficiant d'une intervention de l'Assurance obligatoire.

Particularité : pour les transports non urgents en ambulance de ou vers une maison de convalescence l'intervention est ramenée à 0,65€/km chargé et à 1,30€.km chargé pour les services agréés.

Pour obtenir l'intervention, il y a lieu de remettre le document de la Mutualité, spécialement conçu à cet effet, dûment complété par le médecin spécialiste et le transporteur et/ou un certificat médical justifiant le transport et/ou la facture originale.

Un accord de collaboration a été conclu entre la mutualité pour le transport non médicalisés avec l'asbl Cap Mobilité Namur.

Le système du tiers-payant est organisé lorsque les membres ont recours aux services précités.

ARTICLE 52 - Libre

ARTICLE 53 - Libre

ARTICLE 54 - Libre

ARTICLE 55 - Libre

ARTICLE 56 - Libre

ARTICLE 57 - Libre

ARTICLE 58 - Maisons d'accueil et Hôtel hospitalier

La Mutualité offre à partir du 1^{er} janvier 2001 à ses membres et à leurs personnes à charges, les avantages statutairement octroyés par la société mutualiste SOLIMUT, dont le siège est établi à Bruxelles et auprès de laquelle elle est affiliée conformément aux dispositions de l'article 43 bis de la loi du 6 août 1990 relative aux unions nationales de Mutualité.

ARTICLE 59 - Libre

ARTICLE 60. - Prime de naissance et d'adoption

La Mutualité accorde à ses membres 400 € de cadeaux ayant trait à la santé à valoir dans les magasins Qualias de la province de Namur ou 300 € de prime de naissance lors de l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté à la MCPN.
L'intervention est choisie par le membre.

La prime d'adoption ne concerne pas l'adoption par le conjoint de ou des enfants de son cohabitant.

Le droit à l'intervention est ouvert par le titulaire. Il n'est octroyé qu'une seule fois par enfant. L'enfant doit être personne à charge au sens de la législation assurance obligatoire. L'avantage est alloué au titulaire pour autant que celui-ci soit membre de la mutualité le jour de la naissance ou de l'adoption sur la présentation d'un extrait d'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant.

Les naissances multiples donnent droit à des primes multiples.

La prime est due dans l'éventualité où l'enfant serait mort-né.

ARTICLE 61 - Future maman

La mutualité octroie aux futures mamans, à partir du 3^e mois de grossesse, un cadeau ayant trait à la santé d'une valeur de 50 € en collaboration avec la SCRL Espace Solival de la Province de Namur. Le cadeau sera accordé sur présentation d'un certificat médical ou du décompte de la prestation 469895 (échographie du premier trimestre).

ARTICLE 62 - Libre

ARTICLE 63 - Libre

ARTICLE 64 - Libre

ARTICLE 65 - Activités et Sport

1. Activité sportive

La mutualité accorde une intervention financière à ses membres participant à une activité physique régulière.

Le montant de l'intervention est fixé à 40 euros par année civile pour un abonnement à un club de sport.

L'intervention de la mutualité ne peut excéder le prix réellement payé par le membre.

Club de sport : est assimilée à ce concept, toute organisation collective assurant l'organisation de l'activité sportive, mettant à disposition l'infrastructure nécessaire à l'activité, assurant l'encadrement, la formation, la sécurité et ayant la responsabilité civile de cette activité.

Sont donc assimilés : les associations, les centres sportifs, les salles de sport...

2. Programmes sportifs organisés par la MCPN

La mutualité accorde une intervention financière à ses membres participant de façon régulière à un programme « Je cours pour ma forme » ou au « programme vélo » organisé par la Mutualité chrétienne de la Province de Namur.

L'intervention de la Mutualité s'élève à 35 euros par session et est valable pour maximum 2 sessions par année civile.

Le remboursement est réalisé au terme du programme pour chaque membre ayant été présent aux trois premières semaines de la session.

Pour pouvoir bénéficier de ces interventions, la personne doit être membre de la Mutualité à la date du paiement, en application de la circulaire 10/06 du 31 mai 2010.

ARTICLE 66 - Jeunesse

1. Activités de vacances

La Mutualité accorde une intervention financière à ses membres scolarisés, à savoir ses membres valablement inscrits dans un établissement scolaire, participant à une activité de vacances récréative ayant lieu pendant les périodes de vacances scolaires.

A. Activités de vacances résidentielles

Sont considérés comme activités de vacances résidentielles, les séjours ou camps de vacances de minimum 3 nuitées.

L'intervention de la Mutualité s'élève à 30 euros par année civile et est doublée pour les membres handicapés.

B. Activités de vacances non résidentielles

Sont considérés comme activités de vacances non résidentielles, les stages, plaines et centres de loisirs.

L'intervention de la Mutualité s'élève à 30 euros par année civile et est doublée pour les membres handicapés.

2. Séjours scolaires

A. Séjours scolaires classiques

La mutualité accorde une intervention financière à ses membres scolarisés, à savoir ses membres valablement inscrits dans un établissement scolaire, participant à un séjour organisé par l'établissement scolaire de minimum 1 nuitée.

L'intervention de la Mutualité s'élève à 30 euros par année civile et est doublée pour les membres handicapés.

B. Classes de neige

L'intervention de la Mutualité s'élève à 80 euros par année civile pour un séjour organisé par un établissement scolaire de minimum 3 nuitées et est doublée pour les membres handicapés.

3. Formation d'animateurs

La Mutualité intervient annuellement à raison de 50 euros dans les frais de formation à l'animation de base dont l'opérateur est l'ASBL « **Jeunesse et Santé** » (numéro d'entreprise 411.971.074). A cet effet, un accord de collaboration a été conclu entre cette ASBL et la Mutualité. Au terme de cette formation, le membre aura accès au brevet d'animateur reconnu par la Fédération Wallonie Bruxelles.

L'intervention de la mutualité ne peut excéder le prix réellement payé par le membre.

Pour pouvoir bénéficier de ces interventions, la personne doit être membre de la Mutualité à la date du paiement, en application de la circulaire 10/06 du 31 mai 2010.

ARTICLE 67 - Libre

ARTICLE 68 - Libre

ARTICLE 69 - Libre

ARTICLE 70 - Jeunesse

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante :
A.S.B.L. « **Jeunesse et Santé** » dont le numéro d'entreprise est le 0411.971.074.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant : « L'association a pour but de promouvoir, par des activités sociales, culturelles et sportives et dans une dynamique d'éducation permanente, le sain épanouissement de la jeunesse, ce qui postule sa participation.

Le but est de soutenir l'ASBL « **Jeunesse et Santé** » en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1^{er}, 5° de l'A.R du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Ce but se réalise au travers des activités suivantes :

- a) la formation techno pédagogique d'animateurs de jeunes ;
- b) le développement de projets de promotion de la santé ;
- c) le soutien et la représentation des Régionales qui la constituent ;
- d) l'encouragement et la collaboration avec d'autres mouvements ou services de jeunesse ;
- e) la mise à disposition de toute l'infrastructure appropriée à ces activités. »

Le subventionnement est destiné aux activités suivantes :

- organisation de séjours de vacances pour les mineurs de 7 à 18 ans
- organisation de sessions de formation à l'animation de jeunes pour les mineurs de 15 à 18 ans.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 71 - Handicapés

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante :
L'A.S.B.L. « **Altéo** », enregistrée sous le numéro d'entreprise 410.383.442.

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

« L'association a pour but de prendre, promouvoir, soutenir toutes initiatives ayant pour but de favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale de toutes les personnes rencontrant des limites significatives d'ordre physique, mental ou de santé, dans le sens le plus large et en particulier leur insertion dans le circuit économique et social, ainsi que d'assurer leur représentation en vue de défendre leurs intérêts.

L'association a également pour objet, dans un esprit de solidarité de lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes handicapées, invalides ou malades et ce, conformément à la déclaration universelle des droits de l'homme. »

Le but est de soutenir l'ASBL « **Altéo** » en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1^{er}, 5° de l'A.R du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Ce but se réalise au travers des activités suivantes :

- activités de groupes spécifiques de personnes malades ou handicapées (jeunes, malades chroniques, invalides, ...)
- intégration des personnes malades ou handicapées par des activités sportives adaptées au handicap ou à l'état de santé.

- vacances et excursions d'un jour adaptées à l'état de santé des participants et bénéficiant d'un encadrement spécialisé
- coordination de volontaires qui assurent des actions de solidarité et d'entraide directe de personnes malades ou handicapées.
- lobbying politique dans la défense des droits et intérêts des personnes malades ou handicapées.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 72 - Coordination des soins à domicile

Sur base de l'article 3 des statuts de l'asbl « Aide et Soins à domicile en province de Namur » (numéro entreprise 0410.333.160), l'association a pour domaine d'activité la coordination qui vise à assister tout bénéficiaire souhaitant vivre à domicile ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien à domicile, notamment en élaborant un plan d'intervention pour le bénéficiaire et en coordonnant les interventions des services et prestataires.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

Article 72BIS - Accueil petite enfance

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante : A.S.B.L. « Sambrilou » dont le numéro d'entreprise est le 445.054.311.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant : « L'association a pour but l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent. L'activité principale est notamment l'accueil familial des enfants de 0 à 6 ans au domicile des accueillantes conventionnées du service ».

Le but est de soutenir l'ASBL « Sambrilou » en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1^{er}, 5° de l'A.R du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Ce but se réalise au travers des activités suivantes :

- organiser un service d'accueil de la petite enfance
- organiser une halte-accueil pour répondre aux nécessités d'un accueil rapide

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 73 - Pensionnés

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante :

L'ASBL « Enéo » dont le numéro d'entreprise est le 0414.474.169.

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

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

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

Le but est de soutenir l'ASBL « Enéo » en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1^{er},5° de l'A.R du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Ce but se réalise au travers des activités suivantes :

- des activités de rencontre et de détente entre membres de l'ASBL au sein de groupes locaux autogérés ;
- des clubs sportifs spécifiques ;
- des voyages et séjours de vacances ;
- des activités culturelles permanentes ou occasionnelles ;
- des actions citoyennes thématiques ;
- un journal d'information trimestriel.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

Article 73ter - Service prévention : promotion de la santé à l'école

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante :

A.S.B.L. « Sélima-PSE » dont le numéro d'entreprise est le 862.402.749.

L'objet social repris à l'article 3 des statuts de cette ASBL est le suivant : « L'association a pour but la gestion des activités du service PSE Libre dont les missions sont les suivantes :

- Assurer le suivi médical des élèves par le biais des bilans de santé.
- Assurer le suivi des vaccinations.
- Assurer la gestion des situations liées à l'apparition de maladies infectieuses dans l'école.
- Assurer la promotion d'actions en faveur de la santé à l'école dans le but de favoriser le bien-être de l'élève et sa qualité de vie tout au long de la scolarité. Pour atteindre ces objectifs, le service PSE accompagnera les écoles dans la mise en place de leur projet santé en

collaboration étroite avec les services PMS, la communauté éducative, les enfants et leurs parents.

Le but est de soutenir l'ASBL « Sélina-PSE » en tant que structure socio-sanitaire visée à l'article 1^{er}, 5° de l'A.R du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 74 - Fonds Social

Le Fonds Social peut octroyer une aide financière pour des dépenses engagées dans le cadre de leur santé. Peuvent en bénéficier les membres dont la moyenne économique journalière (somme d'argent disponible par jour et par personne pour se nourrir, se vêtir et se distraire) est inférieure à 15 euros.

La moyenne économique journalière est la différence entre les revenus du ménage et les charges fixes et régulières divisées par 30 ; ce coefficient de 30 est multiplié par le nombre de personnes vivant dans le ménage.

Ces aides sont octroyées sur base d'un rapport social dont il ressort que toutes les mesures ont été mises en œuvre pour répondre aux besoins sociaux du demandeur et établissant une moyenne économique journalière insuffisante sur base de l'alinéa 2 de cet article pour couvrir les frais pour lesquels l'intervention est demandée.

Les dépenses prises en compte sont :

- Les soins médicaux, paramédicaux et de revalidation.
- Les frais de transport médico-sanitaires.
- Les frais de maintien à domicile.
- Les frais d'aide matérielle qui permet à la personne de maintenir au maximum son autonomie, de compenser son handicap ou de prévenir son aggravation (arrêté du gouvernement wallon fixant les conditions et les modalités d'intervention individuelle à l'intégration des personnes handicapées - MB du 07/07/2009).
- Les frais d'activité de prévention-santé.

Le montant des interventions est plafonné à 600 euros par année civile et par membre.

ARTICLE 75 - Ergothérapie

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire « ASBL Solival Wallonie » dont le numéro d'entreprise est 460.213.530.

Le service s'adresse à toute personne invalide et en perte d'autonomie. Il vise à aider ces personnes à conserver leur autonomie, à l'acquérir ou à le recouvrir en leur fournissant l'information et le conseil nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes de la vie quotidienne, dans leur lieu de vie.

Le service a aussi pour mission d'aider les personnes dans leurs démarches administratives vis-à-vis de l'AWIPH.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le service sera rendu par un ergothérapeute qui pourra effectuer des visites à domicile.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 75 BIS - Planning familial

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire « ASBL Le Blé en Herbe, centre de planning et de consultation familiale et conjugale » dont le numéro d'entreprise est 413.262.263.

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

L'association a pour but social de promouvoir le bien-être de l'individu dans ses relations personnelles, conjugales et familiales, notamment :

- en organisant des permanences d'accueil
- en offrant des consultations assurées par une équipe pluridisciplinaire et des consultations médicales avec accueil psychosocial dans le cadre du planning pour jeunes
- en proposant des animations, espaces de paroles en groupe autour de la vie affective et sexuelle

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 76 - Soins à domicile

La mutualité veut favoriser l'accès de tous ses membres aux prestations de soins infirmiers dont ils peuvent avoir besoin à leur domicile ou dans un centre de soins.

Pour la réalisation de cet objectif, la mutualité fait appel aux services de soins à domicile développés par l'ASBL « Aide et Soins à Domicile en Province de Namur », dont le n° d'entreprise est le 0410.333.160. A cet effet, un accord de collaboration a été conclu entre cette ASBL et la mutualité.

En application de cet accord de collaboration, la mutualité rembourse les tickets modérateurs demandés aux membres par le service soins infirmiers de l'ASBL, conformément à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'application, tant que ces tickets modérateurs ne sont pas remboursés dans le cadre de la réglementation relative au « Maximum à Facturer » (loi du 05-06-2002).

La même intervention est accordée au membre qui fait appel aux services de soins à domicile des ASBL suivantes :

- 410.120.651 - Wit-Gele Kruis van Limburg
- 407.672.687 - Wit-Gele Kruis van Antwerpen
- 458.516.129 - Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant
- 410.442.335 - Wit-Gele Kruis van Oost-Vlaanderen
- 458.549.484 - Wit-Gele Kruis van Brussel
- 411.030.867 - het Wit-Gele Kruis van West-Vlaanderen
- 449.977.357 - Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg
- 465.170.923 - Aide et Soins à Domicile (ASD) - Croix Jaune et Blanche (CJB) de Mons Borinage
- 465.074.814 - Aide et Soins à Domicile (ASD) - Croix Jaune et Blanche (CJB) Tournai-Ath-Lessines-Enghien
- 413.282.257 - Croix Jaune et Blanche Liège-Huy-Waremme
- 449.513.143 - Aide et Soins à Domicile de l'Arrondissement de Verviers
- 410.333.160 - Aide et Soins à Domicile Province de Namur
- 465.214.770 - Croix Jaune et Blanche de Mouscron-Comines
- 458.549.484 - Croix Jaune et Blanche de Bruxelles
- 460.481.863 - Aide et Soins à Domicile (ASD) du Brabant Wallon

ARTICLE 77 - Libre

ARTICLE 78 - Vaccins

Le service intervient dans les coûts encourus par les bénéficiaires lors de l'achat d'un vaccin.

Le service intervient dans les frais de tous les vaccins reconnus en Belgique.

Le service vaccination rembourse 25% des frais restant à charge des membres (frais réellement encourus par les membres déduction faite de tout autre remboursement et de toute ristourne).

Le service n'intervient pas pour les vaccinations qui peuvent être obtenues gratuitement dans les réseaux de vaccination de la petite enfance, de la médecine du travail ou de toute autre réglementation.

L'intervention du service est limitée à 25 euros par bénéficiaire et par année civile.

L'intervention est accordée sur base de l'attestation de vaccination dûment remplie par le médecin ayant effectué la vaccination et/ou la preuve de paiement délivrée par le pharmacien.

L'action en paiement de l'avantage se prescrit par deux ans après la fin du mois de la date de l'attestation d'achat fournie par l'officine pharmaceutique.

ARTICLE 79 - Assistance juridique et judiciaire

La Mutualité organise, en collaboration avec l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, un service d'assistance juridique.

Ce service a pour but d'organiser et de prendre partiellement à sa charge l'assistance juridique des membres visés à l'article 9, ainsi que de personnes à leur charge en vue de la défense des droits qui résultent pour eux des problèmes que peut rencontrer un patient dans ses relations avec les prestataires et les institutions de soins, comme les honoraires, les factures d'hôpitaux, les fautes et négligences d'ordre professionnel et déontologique ou dans l'organisation de la dispensation des soins.

Les nouveaux membres effectifs doivent, pour pouvoir prétendre à cet avantage, avoir accompli un stage de 6 mois.

1. QUI PEUT BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE JURIDIQUE ?

Chaque membre bénéficiant des avantages statutaires, ainsi que les personnes à sa charge.

2. QUAND LE DROIT A L'ASSISTANCE JURIDIQUE PREND-T-IL FIN ?

Le jour qui suit la perte de la qualité de membre de la Mutualité, sauf en cas de décès.

3. POUR QUEL GENRE DE PROBLÈMES UN MEMBRE PEUT-IL RECOURIR A L'ASSISTANCE JURIDIQUE ?

Tous les problèmes que peut rencontrer un patient dans ses relations avec les prestataires et les institutions de soins, comme les honoraires, les factures d'hôpitaux, les fautes et négligences d'ordre professionnel et déontologique ou dans l'organisation de la dispensation des soins.

4. QUE COMPREND L'ASSISTANCE JURIDIQUE ?

4.1. Des consultations juridiques.

4.2. Des interventions en vue d'un règlement à l'amiable avec la partie adverse (conciliation) ; une fonction de médiation sera remplie s'il s'agit d'un problème opposant le membre à la Mutualité chrétienne dans le cadre de l'A.M.I. obligatoire.

4.3. Un avis médical dans les litiges repris au point 3a ; cet avis est donné par une personne compétente désignée par la Mutualité chrétienne.

4.4. Aux conditions reprises au point 5 ci-dessous, une assistance en justice.

5. L'ASSISTANCE EN JUSTICE

5.1. En quoi consiste l'assistance en justice ?

- La Mutualité chrétienne met à la disposition du membre un avocat qu'elle désigne. Elle avance ou prend en charge la totalité ou une partie des frais et honoraires de cet avocat (voir point 5.4. ci-dessous).
- La Mutualité chrétienne avance ou prend en charge la totalité ou une partie des frais de justice liés à la procédure engagée (voir point 5.4. ci-dessous).

5.2. Conditions liées à l'octroi de l'assistance en justice

- Dès que le litige survient, le membre doit informer sans délai le service assistance juridique.
- Il doit transmettre à ce service tous les éléments de preuves permettant d'évaluer ses chances de succès en justice, ceci à ses frais.
- Pour chaque cas, la décision d'octroi de l'assistance en justice est prise par le service assistance juridique ; une nouvelle décision est nécessaire en cas d'appel ou de recours en cassation.
- Eventuellement, la décision d'octroi de l'assistance en justice est liée à l'accord du membre au sujet des moyens juridiques qui seront développés devant le tribunal.
- L'assistance en justice se limite aux litiges portés devant les juridictions belges.

5.3. L'assistance en justice est refusée

- 5.3.1. Lorsqu'un règlement à l'amiable par le service assistance juridique est rendu impossible par le comportement du membre.
- 5.3.2. En cas d'assignation en justice par un prestataire ou une institution de soins suite à une négligence manifeste ou un comportement manifestement fautif du membre.
- 5.3.3. Lorsque le service assistance juridique estime que la procédure en justice n'a pas de chance d'aboutir favorablement ou que son coût est disproportionné par rapport aux avantages escomptés.
- 5.3.4. Si les informations ou données transmises par le membre sont manifestement erronées, incomplètes ou fausses, dans ce cas les frais et honoraires déjà pris en charge devront être remboursés par le membre.
- 5.3.5. Si le litige est né avant l'affiliation à l'assurance libre complémentaire.

5.4. Prise en charge de la procédure en justice

5.4.1. Honoraires et frais de l'avocat

- La Mutualité chrétienne fait l'avance des honoraires et frais d'avocat.
- Si le membre perd le procès, ces frais et honoraires restent définitivement à charge de la Mutualité chrétienne.
- Si le membre gagne le procès, il rembourse le montant des frais et honoraires à la Mutualité avec un maximum égal à 10 % des sommes qui lui sont octroyées. Si aucune somme n'est octroyée, les honoraires et frais restent à charge de la Mutualité chrétienne.
- Néanmoins dans les litiges se rapportant à une faute professionnelle d'un prestataire ou d'une institution de soins, une contribution personnelle de 50 € est demandée au début de la procédure.

5.4.2. Frais judiciaires

- La Mutualité chrétienne fait l'avance des frais judiciaires (frais d'huissiers et frais d'expertise).
- Si le membre perd le procès, ces frais tombent à charge de la Mutualité chrétienne ainsi qu'une éventuelle indemnité de procédure.
- Si le membre gagne le procès, ces frais ainsi que l'indemnité de procédure tombent à charge de la partie adverse ; le membre reverse ces sommes à la Mutualité chrétienne sous déduction de son éventuelle contribution personnelle.

- 6. Le recours du membre au service assistance juridique implique l'acceptation du présent règlement.

ARTICLE 80 - Service Social

Objet

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

Bénéficiaires

Ce service s'adresse à tout le monde.

Avantage

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

Moyens

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

Modalités

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

Les directives sont celles arrêtées en Région Wallonne par le Titre IV du « Code wallon de l'action sociale et de la santé » institué par l' « Arrêté du Gouvernement wallon du 29 septembre 2011 portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale », publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, deuxième édition et confirmé par le « Décret de la Région wallonne du 1er décembre 2011 », publié au Moniteur belge du 21 décembre 2011, cinquième édition et par l'arrêté du 14 septembre 1987 de l'Exécutif de la Communauté française fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.

ARTICLE 81 - Centre administratif (code 98/2) - réserves en frais d'administration

Le centre administratif (98/2), distinct du centre administratif (98/1), a pour but de prendre en charge, le cas échéant, le mali des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce à l'aide notamment des cotisations administratives perçues et des bonis éventuels des frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités obtenus au cours des exercices précédents et imputés à ce service. Les produits et charges déterminés par l'Office de Contrôle sont également attribués à ce service de code 98/2.

ARTICLE 81bis - Information périodique des membres

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

ARTICLE 82 - Centre administratif (Code 98/1) - Centre de répartition

Le service administratif visé sous le code (98/1), distinct du service administratif (98/2) mentionné à l'article 81, a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l'assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé y seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur la base de clés objectives. A l'issue de l'exercice comptable, ce service administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.

ARTICLE 82bis - Informations thématiques diverses

Ce service a pour but la promotion de tous les services repris aux articles 2a, 2b, et 2c.
Ce service est d'application générale.

ARTICLE 83 - Coopération au développement

Objet

Le financement d'actions collectives 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 2012 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, la mutualité chrétienne de la province de Namur :

- soutient et accompagne les initiatives sociales dans le cadre de la solidarité internationale.
- soutient et collabore avec d'autres organisations sociales favorisant le bien-être physique, psychique et social de la population et sa situation vis-à-vis de la sécurité sociale.

La mutualité soutient la création d'une mutualité au Congo établie à Massina.

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

ARTICLE 84 - Service Médico-Social

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante : l'asbl Rémésó. Cette asbl a pour objet de soutenir l'action d'entraide, de solidarité et de prévoyance, ainsi que toute action médico-sociale dans l'environnement de la Mutualité chrétienne de la Province de Namur.

Elle a également pour but de procurer à tous organismes ou institutions, constitués dans le même but, toute aide matérielle et morale destinée à leur faciliter la réalisation de leur objet social. Le but peut être modifié par l'assemblée générale statuant à la majorité des quatre cinquièmes des voix des membres présents ou représentés.

Pour la réalisation de ces buts, l'association peut organiser tout service et exercer toute activité généralement quelconque. Elle peut posséder, soit en propriété, soit en jouissance, tous meubles ou immeubles nécessaires à son objet, et accomplir toutes opérations mobilières et immobilières se rapportant directement ou indirectement à cet objet.

Elle peut s'intéresser par tous moyens, y compris la prise de participations, dans toutes associations ou entreprises belges ou étrangères quelle qu'en soit la forme, ayant un objet identique, analogue ou connexe au sien, ainsi qu'à toutes opérations utiles à son propre développement.

Elle peut conclure toute convention de partenariat avec des personnes morales sans but lucratif poursuivant des buts identiques ou similaires au sien et leur accorder éventuellement des prêts financiers.

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 85 - EnéoSport

La mutualité accorde un subventionnement à la structure socio-sanitaire suivante :

L'ASBL « EnéoSport » dont le numéro d'entreprise est le 0418.415.834.

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

« L'association a pour but la promotion et l'organisation de la pratique sportive des aînés sous toutes ses formes en Communauté française.

L'association a pour objet :

- d'encourager et d'organiser, dans les meilleures conditions de sécurité, la pratique sportive des aînés et tout particulièrement des membres de l'asbl Enéo, mouvement social des aînés de manière à contribuer, par l'intermédiaire de ses activités, à l'épanouissement et au bien-être physique, psychique et social des membres de ses cercles
- d'assurer la formation de moniteurs et de cadres sportifs spécialisés dans le domaine de l'activité sportive des aînés
- de garantir aux aînés l'accès à des activités sportives adaptées à leurs potentialités
- de coordonner l'activité de clubs. »

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

La subvention octroyée à la structure socio-sanitaire ne sert pas à financer un avantage individuel particulier pour les membres de la mutualité par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à la structure socio-sanitaire.

ARTICLE 86 - Patrimoine

Afin de réaliser les objectifs repris à l'article 2, la M.C. de la Province de Namur a conclu un accord de collaboration avec l'ASBL Entraide et Santé du Namurois qui en contrepartie de la cotisation prévue se portera garante de gérer les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation des objectifs prévus à l'article 2.

ARTICLE 87 - Libre

ARTICLE 88 - Libre

ARTICLE 89 - Libre

CHAPITRE VI

BUDGETS ET COMPTES

ARTICLE 90 : Budget et comptes

- A. Pour chacun des services mentionnés à l'article 2 a et c des présents statuts, la Mutualité emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 p. 3, 2° de la loi du 6 août 1990, modifiée par l'article 56 de la loi du 20 juillet 1991. Les recettes de chacun des services sont constituées par :
1. les cotisations mentionnées à l'article 45;
 2. les subsides de pouvoirs publics;
 3. les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux;
 4. les intérêts ainsi que le bénéfice sur titre réalisés afférents à chacun d'eux.
 5. Les produits et les charges techniques, à savoir les produits et les charges afférents, par nature, directement à un service déterminé de l'assurance complémentaire, tels les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les prestations, les variations des provisions techniques, sont directement imputés à ce service.
Les charges, autres que techniques et notamment les frais de personnel, les charges en matière d'infrastructure et d'équipement et les autres charges d'exploitation, doivent être imputées à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une part et aux différents services ou groupes de services de l'assurance complémentaire, d'autre part, sur la base d'une analyse des charges effectives afférentes à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
- B. Le patrimoine de la Mutualité ne peut être affecté à d'autres fins que celles qui sont expressément définies par les présents statuts.
- C. Le patrimoine de la Mutualité doit être placé conformément aux dispositions de l'article 29 p. 4 de la loi du 6 août 1990.

CHAPITRE VII**MODIFICATIONS DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS***Modification des statuts***ARTICLE 91** - Libre**ARTICLES 92 à 95** - Libres**ARTICLE 96**

Toute proposition tendant à modifier les statuts et les règlements spéciaux doit être soumise au Conseil d'Administration qui juge s'il y a lieu d'y donner suite.
Une suite doit être donnée à toute proposition contresignée par au moins un cinquième des membres de l'Assemblée Générale.

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée Générale, en conformité avec l'article 15, § 1, 1° de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 97

La Mutualité peut être dissoute sur décision de l'Assemblée Générale convoquée spécialement à cet effet et qui ne délibère valablement que si la moitié des membres sont présents et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés.
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.

En cas de dissolution, la liquidation doit être opérée conformément aux articles 45 et 48 de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 98

La Mutualité peut fusionner avec une autre Mutualité membre de la même Union Nationale, selon les modalités prévues à l'article 44 de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 99

Pendant la durée de la Mutualité, tout partage de fonds est interdit.

CHAPITRE VIII
Entrée en vigueur

Les présents statuts entrent en vigueur au 01/01/2020.

ANNEXES

Tableau de cotisations de l'entité: 134 - Mutualité chrétienne de la province de Namur

Version: 2020/1

Date d'approbation: 14/11/2019

Date d'application: 01/01/2020

Statut: A0 - à approuver par l'OCM

Catégories de membres

Cat.1: Ménage mutualiste sans personnes à charge

Cat.2: Ménage mutualiste avec personnes à charge

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

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

A. Cotisations propres

Services		Accords (nombre)	Références (articles des statuts)	Montants par catégorie de membres (EUR/an)	
Code	Nom			Cotisations normales	
				Cat.1	Cat.2
15	Autres opérations	5	Divers	30,72	30,72
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	Divers	0,24	0,24
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	8	Divers	16,92	16,92
93	Patrimoine	0	86	2,28	2,28
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	82	0,00	0,00
98/02	Centre administratif : réserves en frais d'administration de l'assurance obligatoire	0	81	0,00	0,00
Total				50,16	50,16

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
15	Autres opérations	0462.386.330	SCRL QUALIAS de la Province de Namur
15	Autres opérations	0449.977.357	ASD LUXEMBOURG à Arlon
15	Autres opérations	0411.971.074	ASBL JEUNESSE ET SANTE
15	Autres opérations	0432.622.275	CAP MOBILITE NAMUR
15	Autres opérations	0410.333.160	ASD en Province de Namur
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0418.415.834	ASBL Enéosports
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0460.213.530	ASBL Solival Wallonie - Bruxelles
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.383.442	ASBL Altéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0414.474.169	ASBL Enéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0411.971.074	ASBL Jeunesse et Santé
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.333.160	ASD Province de Namur
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0475.008.109	ASBL Entraide et Santé du Namurois
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0413.262.263	Le Blé en Herbe

B. Union nationale + Société(s) mutualiste(s)

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2019/2	01/01/2019	82,32	82,32	0,00	0,00
Total				93,29	93,29	0,00	0,00

Total A + B

Entité		Tableau de cotisations		Montants par catégorie de membres (EUR/an)			
N°	Dénomination	Version	Date d'application	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4
134	Mutualité chrétienne de la province de Namur	2020/1	01/01/2020	50,16	50,16	50,16	50,16
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes	2019/1	01/01/2019	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2019/2	01/01/2019	82,32	82,32	0,00	0,00
Total				143,45	143,45	50,16	50,16

Annexe 2 (voir si = subventionnement structure socio-sanitaire code 38)

Montants des subventionnements de structures socio-sanitaires ou de financement d'actions collectives.

Référence : lettre OCM 2012/AD/1304.

L'OCM a décidé de permettre au conseil d'administration de déterminer, et le cas échéant modifier, le montant envisagé des subventions ou du financement d'une action collective prévu dans les statuts à la condition que :

- la décision du conseil d'administration soit communiquée immédiatement à l'Office de Contrôle par lettre recommandée et signée par un responsable de l'entité mutualiste ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
- lesdites décisions soient reprises avec effet rétroactif dans les statuts lors de la prochaine assemblée générale.

L'OCM a également décidé d'obliger les entités mutualistes à reprendre dans leurs statuts le montant des subventions et du financement de chaque action collective effectivement accordé au cours de l'année précédente à une structure socio-sanitaire.

– Adaptation des subsides 2019-2020.

Dénomination	Article	code	Réalisé 2019	Subvention maxima 2019	Subvention maxima 2020
Ocarina	Art. 70	38	398.951,17	650.000,00	650.000,00
Altéo	Art. 71	38	382.651,07	650.000,00	650.000,00
Enéo	Art. 73	38	382.283,47	650.000,00	650.000,00
Solival Wallonie - Bruxelles	Art. 75	38	45.581,81	60.000,00	60.000,00
Planning familial	Art. 75 bis	38	9.108,10	15.000,00	15.000,00
Patrimoniaire	Art. 86	93	257.821,37	300.000,00	300.000,00
Coopération au développement	Art. 83	38	30.443,36	40.000,00	40.000,00
Coordination des soins à domicile	Art. 72	38	40.000,00	50.000,00	50.000,00
Accueil petite enfance	Art. 72 bis	38	28.255,80	60.000,00	60.000,00
Sélina PSE	Art. 73 ter	38	62.000,00	80.000,00	80.000,00
Enéosport	Art. 85	38	38.560,39	100.000,00	100.000,00
Rémésos	Art. 84	38	109.271,03	200.000,00	200.000,00
Sélina PMS		38	0,00	30.000,00	30.000,00
Médico-Social	Art. 84	38	16.660,30	100.000,00	100.000,00

Annexe 3 des statuts

Tarifs de location de prêt de matériel Qualias

Tarifs mensuels de location (1er octobre 2012)	
Matériel	Membres de la Mutualité chrétienne
Aérosol	€ 7,50
Cadre de marche 2 roues	€ 6,00
Chaise percée	€ 6,00
Compresseur pour sur matelas	€ 7,50
Lève personne électrique avec sangles	€ 30,00
Perroquet sur pied	€ 6,00
Pèse-bébé électronique	€ 7,50
Pied à perfusion	€ 6,00
Table de lit	€ 4,50
Tire-Lait électrique	€ 9,00
Lit électrique	€ 30,00
Voiturette	€ 12,00