

Société mutualiste Solimut
Mutualité n° 180/2
Etablie à Bruxelles
Chaussée de Haecht, 579
1031 Schaerbeek

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} juillet 2016

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

- Décidées par l'assemblée générale de Solimut le 25 octobre 2016
- Approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 23 mars 2017

La société mutualiste Solimut est affiliée à l'union nationale : "ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES", en abrégé ANMC, établie à Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579. Les statuts de l'union nationale ANMC, de la société mutualiste Solimut et des mutualités affiliées sont disponibles sur le site internet de l'ANMC à l'adresse suivante : www.mc.be/statuts.

Cette version remplace toute autre version précédente

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution. Après délibération, les membres des mutualités nommés ci-dessous, réunis en Assemblée générale le 8 mai 1999, ont décidé à la majorité des voix exigées par la loi, de fixer les statuts de la société mutualiste comme suit :

Chapitre 1 : Constitution – dénomination – buts – siège social et circonscription de la société mutualiste

Article 1

Caritas-Mutualité chrétienne du Brabant Wallon et la Mutualité chrétienne de Mouscron-Comines, ont décidé de créer au 1.4.1999, une société mutualiste, en vertu des dispositions de l'article 43 bis, § 1^{er} de la loi du 6 août 1990.

Article 2

Dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, la société mutualiste organise des opérations et autres services en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social conformément à l'article 3 al. 1^{er}, b et c de la loi du 6 août 1990 et de l'art. 67, 5^{ème} alinéa de la Loi du 26 avril 2010.

Ces services sont organisés à l'intention des affiliés et de leurs personnes à charge des mutualités affiliées, ils sont destinés à mettre en œuvre l'aide, l'information, la guidance et l'assistance nécessaire en matière d'hospitalisation, d'aide à domicile, d'éducation permanente.

En ce sens, la société mutualiste instaure les opérations et autres services obligatoires suivants :

- assurance hospitalisation solidaire,
- soins ambulatoires pour l'enfance
- information des membres et promotion,
- soutien aux activités socio-éducatives,
- service Jeunesse et Santé
- service Aide aux personnes malades ou handicapées
- soutien aux activités de revalidation et de maintien à domicile,
- Subsidiation de services de garde d'enfants malades
- Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades
- Dento solidaire

A.1. Les services statutaires suivants sont obligatoires dans le chef des mutualités affiliées à la société mutualiste :

- Hospi solidaire ;
- Maison d'accueil et hôtel hospitalier ;
- Transports urgents en Belgique ;
- Assistance ;
- Information et Promotion ;
- Fonds de soutien aux activités socio-éducatives ;
- Fonds de soutien aux activités de revalidation et de maintien à domicile ;
- Entraide féminine ;
- soins ambulatoires pour l'enfance.
- Jeunesse et santé
- Aide aux personnes malades ou handicapées
- Logopédie
- Subsidiation de services de garde d'enfants malades
- Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades
- Dento solidaire

B.1. Les opérations et autres services suivants sont obligatoires dans le chef des membres des mutualités affiliées à la société mutualiste :

- Hospi solidaire ;
- Maison d'accueil et hôtel hospitalier ;
- Transport urgent en Belgique ;
- Assistance ;
- Information et Promotion ;
- Fonds de soutien aux activités socio-éducatives ;
- Fonds de soutien aux activités de revalidation et de maintien à domicile ;
- Entraide féminine

- Soins ambulatoires pour l'enfance.
- Jeunesse et santé
- Aide aux personnes malades ou handicapées
- Logopédie
- Subsidiation de services de garde d'enfants malades
- Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades
- Dento solidaire

Le paiement des avantages ou l'octroi des prestations ne peut se faire que dans la limite des moyens disponibles.

Pour atteindre ces objectifs, la société mutualiste SOLIMUT est affiliée à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes dont le siège est à Bruxelles.

Article 3

Le siège social de la société mutualiste est établi à Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579 et son champ d'activité s'étend au territoire de la Belgique.

La société mutualiste s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique pour autant qu'elles soient membres d'une mutualité affiliée, telles que définies par l'art. 2 de l'AR du 7 mars 1991 ainsi qu'aux :

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

Article 4

Sont affiliées à la société mutualiste, les mutualités suivantes :

- 109 Caritas-Mutualité chrétienne du Brabant Wallon, Boulevard des Archers, 54 à 1400 - NIVELLES
- 128 Mutualité chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie, Rue du Douaire, 40, 6150 - ANDERLUES
- 129 Mutualité chrétienne Hainaut-Picardie, Rue St Brice, 44, 7500 - TOURNAI
- 130 Mutualité chrétienne de Liège, Place du XX Août, 38, 4000 - LIEGE
- 132 Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg, rue de la Moselle 7-9, 6700 - ARLON
- 134 Mutualité chrétienne de la Province de Namur, rue des Tanneries 55, 5000 - NAMUR
- 135 Mutualité St Michel, Boulevard Anspach 111-115, 1000 - BRUXELLES
- 137 Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen, Rue Laoureux, 25- 29, 4800 - VERVIERS.

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

1. la dénomination de la mutualité et son siège social ;
2. la date de sa fondation et celle de sa reconnaissance légale ;
3. la convocation et le procès-verbal de l'assemblée générale qui a décidé de la demande d'admission.

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

L'Assemblée générale de la société mutualiste statue sur les demandes d'admission.

Article 5

La société mutualiste est affiliée à l'union nationale : "ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES", en abrégé ANMC, établie à Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579.

La société mutualiste remplit les conditions requises par l'article 43bis, §1^{er}, de la loi du 6 août 1990 et obtient la qualité de société mutualiste en vertu des dispositions de l'article 70 § 2 de la même loi.

Chapitre 2 : Admission, démission et exclusion

Article 6

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

Membre :

toute personne affiliée à la mutualité pour l'assurance obligatoire pour les services et opérations offerts. Cette personne est affiliée, soit comme titulaire, soit comme personne à charge.

Titulaire :

tout membre visé à l'article 32, alinéa premier, 1° à 16°, 20°, 21° et 22° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que le membre qui est affilié aux services et opérations et qui

- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est affilié à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire affilié à la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins ;
- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est affilié à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
- pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale/ régime de la sécurité sociale d'Outre-mer ;
- bénéficie en nom propre d'un droit au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ;
- en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'une autorité belge, n'est plus soumis à l'assurance obligatoire.
- a sa résidence ou son domicile principal en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à un traité de sécurité sociale, ouvre en nom propre un droit au remboursement des prestations de soins de santé à charge de l'étranger.

Personne à charge :

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

- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins ;
- pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
- pour les soins de santé, est assurée en nom propre à l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale/ régime de la sécurité sociale d'Outre-mer ;
- bénéficie en nom propre d'un droit au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ;
- en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'une autorité belge, n'est plus soumise à l'assurance obligatoire.
- a sa résidence ou son domicile principal en Belgique et qui, en application d'un règlement CE ou conformément à un traité de sécurité sociale, ouvre en nom propre un droit au remboursement des prestations de soins de santé à charge de l'étranger ;

Bénéficiaire :

Toute personne affiliée à une mutualité affiliée pour les services et opérations offerts et qui a droit aux avantages offerts par ces services et opérations ;

L'affiliation aux services visés à l'article 2, peut prendre cours au plus tôt :

- pour une personne à charge qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une mutualité affiliée : le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'inscription en qualité de titulaire auprès de ladite mutualité;
- en cas de mutation : le premier jour du trimestre qui suit la demande d'affiliation à une mutualité affiliée.

L'affiliation en tant que membre ouvre le droit aux avantages prévus à l'article 2 des présents statuts.

Droit aux avantages : dans les présents statuts, il faut entendre par cette notion la possibilité pour le membre affilié de bénéficier des avantages prévus par les présents statuts dans la mesure des moyens disponibles.

Article 6bis

Les cotisations sont dues à partir de la date d'affiliation et pour chaque mois entamé.

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

Le montant annuel des cotisations pour les services et opérations organisés par la société mutualiste est fixé dans le tableau des cotisations se trouvant à l'annexe 1 des présents statuts.

Les cotisations sont dues jusqu'au 1er du mois qui suit la fin du mois de la cinquième année suivant le mois auquel elles se rapportent.

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

Article 7

Les membres qui ne payent plus leurs cotisations à l'assurance complémentaire ne bénéficient plus des avantages prévus par les présents statuts pour les périodes non couvertes par des cotisations. La suspension dure jusqu'au paiement de toutes les cotisations dues.

Article 7bis

Les membres qui n'ont pas payé leurs cotisations pour les services et opérations offerts durant une période de 24 mois (pas nécessairement consécutifs) sont exclus des services et opérations offerts, après qu'un courrier recommandé leur a été envoyé au plus tard dans le courant du mois suivant ce 24^e mois, les mettant en demeure de payer les cotisations dues et les informant de leur exclusion des services et opérations offerts au terme du trimestre suivant ces 24 mois (consécutifs ou non) de non paiement des cotisations.

Pour un membre exclu des services et opérations offerts, le droit aux avantages s'éteint à partir du 1^{er} jour du 1^{er} mois de non paiement des cotisations.

Peuvent être exclus comme membres des services visés à l'article 2 les membres qui se rendent coupables d'une infraction qui a un rapport avec la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et la loi du 6 août 1990 ou avec leurs arrêtés d'exécution.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'administration (ou la personne ou la commission désignée à cet effet par le Conseil d'administration suite à la possibilité de délégation de compétence - article 23 de la loi du 6 août 1990) après avoir entendu le membre en ses moyens de défense. Le membre qui ne répond pas au jour et heure proposés, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense pour autant qu'il ait été convoqué à temps (au moins 10 jours ouvrables avant l'audience) et qu'il n'ait pu justifier valablement son absence.

L'exclusion a lieu le premier jour du second trimestre suivant l'audience.

Chapitre 3 : Catégories de membres

Article 9
supprimé

Article 10

Les membres de la société mutualiste sont les membres titulaires ainsi que leurs personnes à charge tels que définis dans les statuts des mutualités affiliées dont la liste est reprise à l'article 4 des présents statuts.

Chapitre 4 : Les organes de la société mutualiste

Section 1 : L'Assemblée générale

Article 11

L'Assemblée générale de la société mutualiste est composée de délégués des Assemblées générales de toutes les mutualités affiliées, à raison d'un délégué par tranche de 7.500 membres, avec un minimum de 3 et un maximum de 30 délégués par mutualité.

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

Pour l'application de cet article, on entend par membre, les membres désignés à l'article 2 § 3, premier alinéa de la loi du 6 août 1990.

Sont invités aux réunions de l'Assemblée Générale

- les présidents des mouvements socio-éducatifs nationaux avec lesquels a été signé un accord de collaboration. Les responsables de ces mouvements sont également invités.
- les directeurs régionaux, les membres de la direction nationale francophone de l'ANMC, le directeur de la société mutualiste.

Article 12

Pour pouvoir être élu en qualité de délégué à l'Assemblée générale de la société mutualiste, il faut être membre avec droit de vote de l'Assemblée générale d'une des mutualités affiliées.

Cesse de plein droit de faire partie de l'Assemblée générale le délégué qui perd sa qualité de membre de l'Assemblée générale de la mutualité affiliée qu'il représente. Il peut être remplacé par un autre membre de la même assemblée, ou le cas échéant, par un délégué suppléant.

Le remplacement d'un délégué effectif par un suppléant ne peut intervenir qu'après accord de la plus proche assemblée générale suivant la perte de qualité de délégué effectif.

Article 12bis

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'Assemblée générale des mutualités affiliées qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée générale de la société mutualiste doivent poser leur candidature par lettre recommandée au président de leur mutualité, au plus tard quinze jours avant la date de l'Assemblée générale de la mutualité qui procédera à l'élection, le cachet de la poste faisant foi.

Article 12ter

Les délégués des mutualités qui composent l'Assemblée générale de la société mutualiste sont proposés par le Conseil d'administration de la mutualité affiliée dont ils sont délégués et sont élus par l'Assemblée générale de cette mutualité.

Les délégués sont élus par l'assemblée générale de la mutualité concernée sur la base de la liste des candidatures qui ont été introduites valablement.

Des délégués suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions que les délégués effectifs.

Article 12quater

Le vote est secret. 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, le mandat est attribué au candidat le plus jeune.

Article 13

L'Assemblée générale de la société mutualiste élit, sur présentation du Conseil d'administration, au maximum 10 conseillers pour l'Assemblée générale. Ceux-ci ont une voix consultative. Ils sont élus pour la durée de six ans et leur mandat est renouvelable.

Article 14

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, ainsi qu'au sujet de la demande d'adhésion d'une mutualité.

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

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée générale désigne un réviseur d'entreprise parmi le collège de réviseurs d'entreprise désigné par l'Assemblée Générale de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

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.

Article 15

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

Les votes exprimés sont les votes en séance des personnes présentes ou valablement représentées, à l'exclusion des votes blancs ou nuls et des abstentions.

Si le quorum des présences exigées n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée générale est convoquée qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents, aux mêmes conditions de vote, à la même majorité que celle qui aurait été d'application si la première assemblée générale avait eu lieu.

Chaque membre présent ou valablement représenté de l'Assemblée générale dispose d'une voix.

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

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

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

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

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

- le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des activités ;
- le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services et activités ;
- le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication, ainsi que le rapport du réviseur ;

- le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services et activités.

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

Section 2 : Le Conseil d'administration

Article 16

Les membres du Conseil d'administration sont élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans. Le mandat d'administrateur est renouvelable.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur et être de bonne conduite, vie et mœurs et ne pas se trouver dans un des cas d'incompatibilité fixés par l'art. 20 § 3 de la loi du 6 août 1990.

La liste des administrateurs, ainsi que les modifications à cette liste sont transmises à l'Office de contrôle dans les trente jours civils de la date de leur élection s'il s'agit du remplacement d'un administrateur avant la fin du mandat de ce dernier, dans les trente jours civils de la prise d'effet des modifications de la composition du Conseil d'Administration. Cette liste et ces modifications sont publiées au Moniteur belge.

Article 17

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

Article 18

Le Conseil d'administration de SOLIMUT est composé comme suit :

- deux administrateurs représentant les membres par mutualité ou trois si la mutualité compte plus de 75000 membres ;
- un administrateur représentant la Christliche Ostbelgische Krankenkasse (COK), société mutualiste de la Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de VERVIERS et d'EUPEN ;
- trois administrateurs présentés par le Conseil d'administration ;
- cinq conseillers au maximum désignés par le Conseil d'Administration. Ils disposent chacun d'une voix consultative ;
- le Directeur de la société mutualiste SOLIMUT dispose d'une voix consultative ;
- les Directeurs régionaux des mutualités affiliées et le Directeur du département socio-éducatif sont invités et disposent d'une voix consultative.

Le Conseil d'administration doit compter au moins trois personnes de chaque genre et ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par la société mutualiste Solimut.

Le Bureau sortant de la société mutualiste présente au vote de l'assemblée générale une liste des candidats au conseil d'administration, sur base des propositions transmises par les conseils d'administration des mutualités affiliées. Ces propositions sont transmises au Président de la société mutualiste au plus tard un mois avant l'assemblée générale.

L'assemblée générale élit les administrateurs lors de la première réunion d'installation.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont automatiquement élus. Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, l'Assemblée générale de la société mutualiste doit procéder au vote. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus. En cas d'égalité de voix pour le dernier mandat à pourvoir, priorité est donnée au candidat le plus jeune.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions que les administrateurs effectifs.

Un administrateur suppléant remplace un administrateur effectif uniquement en cas de décès, démission ou révocation dont question à l'art. 20, de celui-ci. L'administrateur suppléant ayant obtenu le nombre de votes le plus élevé est présenté au vote de l'Assemblée générale.

Le mandat de membre du Conseil d'administration est exercé à titre gratuit, à l'exception des remboursements de frais de déplacements qui peuvent être prévus par l'assemblée générale.

Article 19

Article supprimé - A.G. 11-10-2003

Article 20

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 de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la société mutualiste.

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

L'Assemblée générale peut prononcer la révocation d'un administrateur. La procédure de révocation est celle prévue par l'A.R du 13 juin 2010 portant exécution de l'art. 19,al.4, de la loi du 6 août 1990 et s'applique dans les situations suivantes :

- l'administrateur commet une infraction à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou à 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 société mutualiste, de la mutualité ou de l'Alliance.
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la société mutualiste, de la mutualité ou de l'Alliance.
- d'autres faits susceptibles de justifier la révocation sont constatés.

Lorsque de tels faits sont constatés, l'assemblée générale se prononce à ce propos lors de la première assemblée générale qui est convoquée après ladite constatation.

L'administrateur dont la révocation est inscrite à l'ordre du jour de l'assemblée générale et qui est par ailleurs également membre de cette assemblée générale ne peut ni participer à la délibération et au vote quant à ce point de l'ordre du jour ni être pris en considération pour le calcul du quorum de présences pour ce point.

La décision de l'assemblée générale est prise au scrutin secret. Deux tiers des membres doivent être présents ou représentés et la décision doit être prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Si le quorum de présences n'est pas atteint lors de l'assemblée générale, une deuxième assemblée générale est convoquée avec le même ordre du jour. Cette assemblée générale délibérera valablement, quel que soit le nombre de membres présents.

Article 20bis

Le conseil d'administration ne pourra délibérer qu'à la condition qu'au moins la moitié des membres soient présents ou représentés.

En cas d'empêchement, un administrateur peut donner procuration à un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut être détenteur que d'une seule procuration.

Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Les votes exprimés sont les votes en séance des personnes présentes ou valablement représentées, à l'exclusion des votes blancs ou nuls et des abstentions. En cas de parité, la voix du Président est prépondérante.

Lorsque le vote du conseil d'administration concerne des personnes, ou si le conseil d'administration le décide à la majorité simple, le vote a lieu à scrutin secret.

Article 21

Le Conseil d'administration est chargé de la gestion journalière et de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée générale. Il exerce toutes les compétences que la loi ou les statuts n'ont pas explicitement attribuées à 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 société mutualiste.

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

Section 3 : Président – Directeur – Trésorier

Article 22

Le Conseil d'administration élit en son sein un président et deux vice-présidents. Les vice-présidents assistent le Président et le remplacent en cas d'absence.

Le directeur de la société mutualiste assume les fonctions de trésorier et de secrétaire de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration. Celui-ci est désigné par le Conseil.

Article 23

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 société mutualiste dans tous ses rapports avec les autorités publiques. Il soutient toutes actions au nom de la société mutualiste, soit en demandant, soit en défendant.

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

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration et l'Assemblée générale.

Article 24

Le directeur de la société mutualiste fait toutes les écritures requises, il signe la correspondance, il rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives.

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

Article 25

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

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

Section 4 : Le Bureau

Article 26

Outre le président et les deux vice-présidents du conseil d'administration, le bureau de Solimut est composé des administrateurs présentés par le conseil d'administration conformément à l'article 18.

Les directeurs régionaux des mutualités affiliées à la société mutualiste Solimut, la direction médicale francophone, le directeur du département socio-éducatif francophone et le directeur de la société mutualiste Solimut participent à la réunion avec voix consultative.

Le bureau est chargé de la gestion journalière dans les limites de la délégation que lui confère le conseil d'administration.

Il fait rapport au conseil d'administration.

Chapitre 5 : Les opérations et autres services

Sous-chapitre 1 : Affiliation et cotisations

Article 27 – Conditions d'adhésion

Pour être membre, il faut répondre aux conditions suivantes :

1. Être titulaire ou personne à charge au sens de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités auprès d'une Mutualité chrétienne affiliée à SOLIMUT.
2. Être en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire, due en exécution des dispositions reprises dans les statuts de la Mutualité chrétienne auprès de laquelle le membre adhérent est titulaire.

Conformément aux statuts de leur mutualité d'affiliation, les membres s'engagent à payer anticipativement, une cotisation sur base mensuelle. Cette cotisation comprend, de manière indivisible, la cotisation nécessaire aux opérations et autres services décrits aux articles 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 47bis, 47ter, 47quater.

Article 28

Abrogé.

Article 29 – Stage

Les membres qui bénéficiaient effectivement des opérations et autres services le jour précédant celui où ils ont quitté leur ancienne mutualité bénéficient immédiatement des avantages de ces services. Les autres doivent effectuer une période de stage de 6 mois.

Lorsque la personne concernée n'avait pas encore effectué auprès de son ancienne mutualité l'entièreté du stage d'attente qui y était prévu pour le service auquel elle était affiliée, la période d'affiliation au service similaire antérieur doit être portée en diminution du stage d'attente imposé par la société mutualiste.

Toutefois, pour l'opération « Hospi solidaire », un stage de 6 mois est à accomplir dans toutes les situations où le membre ne bénéficiait pas d'une opération similaire le jour précédant celui où il a quitté son ancienne mutualité.

Une opération « hospitalisation » est considérée comme similaire à l'opération « Hospi solidaire » si l'indemnisation est faite sur base des frais réellement supportés par le membre.

Au cas où, en vertu de l'alinéa précédent, plusieurs opérations accessibles aux membres de la mutualité peuvent être considérées comme similaires à celle à laquelle la personne était affiliée à la date mentionnée, l'opération pour laquelle il ne peut pas être prévu de stage est celle qui, comme l'opération à laquelle la personne était affiliée à la date précitée, prévoit une couverture d'hospitalisation d'une durée supérieure à 180 jours consécutifs ou non par année civile.

Au cas où, en vertu de l'alinéa précédent, plusieurs opérations accessibles aux membres de la mutualité peuvent être considérées comme similaires à celle à laquelle la personne était affiliée à la date mentionnée, l'opération pour laquelle il ne peut pas être prévu de stage est celle pour laquelle la cotisation demandée se rapproche le plus de celle demandée pour le service auquel la personne était affiliée à la date précitée.

Article 30 – Date de prise de cours de l'affiliation

L'affiliation à l'assurance complémentaire peut prendre cours au plus tôt :

Pour une personne qui était affiliée à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités auprès d'une mutualité en qualité de personne à charge et qui s'inscrit comme titulaire auprès d'une autre mutualité visée à l'art. 4 des présents statuts:

- Le premier jour du mois qui suit la signature de la demande d'affiliation pour ce qui concerne les opérations et autres services visés à l'article 2 des présents statuts.

Dans l'hypothèse d'une affiliation non visée à l'alinéa précédent auprès d'une mutualité visée à l'art. 4 des présents statuts, à partir du premier jour du trimestre de l'entrée en vigueur de cette affiliation.

Article 31 – Prise de cours de l'affiliation

Lorsqu'une personne à charge affiliée en tant que telle devient titulaire, elle bénéficie des avantages définis au chapitre 1 sans stage à la condition qu'elle paie ses cotisations conformément à l'article 27.

En cas de mutation ou transfert d'un titulaire ou d'une personne à charge provenant d'une autre Mutualité, la condition de stage prévue à l'article 29 disparaît si le titulaire bénéficiait effectivement des opérations et autres services le jour précédant celui où il a quitté son ancienne mutualité.

Lorsque la personne concernée n'avait pas encore effectué auprès de son ancienne mutualité l'entièreté du stage d'attente qui y était prévu pour le service auquel elle était affiliée, la période d'affiliation au service similaire antérieur doit être portée en diminution du stage d'attente imposé par la société mutualiste.

Article 32 – Durée de l'affiliation

L'affiliation est valable pour une durée indéterminée.

Article 33 – Fin de l'affiliation

1° Mutation ou transfert

Dans le cas d'une mutation ou d'un transfert du membre vers une autre entité mutualiste, la couverture du service « hospitalisation solidaire » reste garantie, pour autant que le membre concerné soit en ordre de cotisations, jusqu'à, soit :

- la fin du mois au cours duquel la personne, qui était à la charge d'un titulaire affilié au service hospitalisation auprès de l'entité mutualiste, s'inscrit en qualité de titulaire auprès d'une autre entité mutualiste ;
- la fin du trimestre qui précède l'entrée en vigueur de l'affiliation d'une personne non visée ci-dessus auprès d'une mutualité non affiliée à la société mutualiste.

2° Décès du titulaire

En cas de décès du titulaire, l'affiliation aux services de l'assurance complémentaire prend fin le dernier jour du mois dans lequel le décès a eu lieu.

Toutefois, si à la date à laquelle l'affiliation visée à l'alinéa 1^{er} doit normalement cesser en vertu du principe précité, une personne qui était à la charge du titulaire décédé est hospitalisée, le bénéfice de la couverture pour le service « hospitalisation solidaire » se poursuit, pour cette personne, jusqu'à la fin de son hospitalisation, à la condition que cette personne soit affiliée à une mutualité affiliée à la société mutualiste Solimut.

Article 34 – Remboursement des cotisations

Si des cotisations ont été payées par un membre pour une opération ou autre service de l'assurance complémentaire, pour une période au cours de laquelle elle n'est plus affiliée auprès de ce service, la Mutualité à laquelle ce membre est affilié remboursera les cotisations indues dans les trois mois de la fin de l'affiliation.

Sous-chapitre 2 : Les services organisés par la Société mutualiste

Article 35 – Lexique

A.S.S.I. : Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités.

A.C. : Assurance Complémentaire. Il s'agit de la cotisation statutaire qui ouvre le droit aux différentes opérations organisées par la Mutualité d'affiliation, la Société mutualiste ou l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes en complément de l'A.S.S.I.

ACCIDENT : Un événement soudain et imprévisible portant atteinte à l'intégrité physique de la personne par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

CHIRURGIE ESTHETIQUE : chirurgie plastique dont la seule motivation est d'améliorer ou de corriger l'aspect esthétique du corps. Ces traitements ne sont pas remboursés par l'Assurance Soins de Santé obligatoire en vertu de l'article 1 § 7 de la nomenclature.

FECONDATION IN VITRO : traitement médicalement assisté de la procréation consistant en un prélèvement d'ovule, suivi d'une fécondation de celui-ci en laboratoire puis, après maintien en incubateur pendant quelques jours, en une réimplantation de l'embryon en intra-utérin.

FRANCHISE : la partie des frais qui reste à charge du membre avant notre intervention. La franchise s'applique à chaque admission (sauf réadmission dans les 3 jours).

ETABLISSEMENT HOSPITALIER : les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire dans les conditions de soins et le cadre médical médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins, afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

Ne sont notamment pas considérés comme établissements hospitaliers : les établissements de thermalisme, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les maisons de convalescence, les centres de rééducation, les préventoriums.

HOSPITALISATION : séjour médical nécessaire d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier.

HOSPITALISATION DE JOUR : séjour médical, dans un établissement hospitalier, pour des interventions définies dans la nomenclature des soins de santé de l'A.S.S.I. :

Hospitalisation chirurgicale de jour, telle que définie à l'article 2 ;

Maxi forfait, tel que défini à l'article 4, § 4° ;

Forfait hôpital de jour, tel que défini à l'article 4, § 5 ;

Forfait pour traitement de la douleur chronique, tel que défini à l'article 4, § 8 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs applicable au 01-07-2007.

HOPITAL PARTENAIRE : il s'agit d'un hôpital ayant signé une convention avec SOLIMUT.

MALADIE GRAVE OU COUTEUSE : affection entraînant pour le patient et/ou sa famille des dépenses importantes. La maladie peut être de longue durée voire de très longue durée (affection chronique).

MAISON D'ACCUEIL : certains établissements hospitaliers disposent d'une infrastructure permettant d'accueillir la personne accompagnant le patient.

M.R. : maison de repos pour personnes âgées

M.R.S. : maison de repos et de soins

MUTATION : la loi prévoit que les membres d'une mutualité peuvent décider de changer de mutualité. Ceci ne peut se faire que chaque trimestre, une fois par année.

PLAFOND INDIVIDUEL : il s'agit du montant maximum à charge d'un membre pour l'ensemble de ses hospitalisations durant l'année civile après application des règles d'intervention de l'HOSPI SOLIDAIRE.

PROTHESES : équipement ou appareil destiné à remplir partiellement ou totalement la fonction d'un organe ou d'un membre.

PROTHESES DENTAIRES : matériel destiné à remplacer des dents absentes. Elles prennent la forme de prothèses amovibles, de prothèses fixes ou de prothèses sur implants dentaires.

ROOMING-IN (accompagnant) : il s'agit du séjour d'un parent proche dans la chambre du patient. Certains frais sont portés à charge de l'accompagnant (repas).

SOINS AMBULATOIRES : soins réalisés hors hospitalisation classique ou de jour

SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX : soins réalisés par un prestataire agréé par l'INAMI.

STAGE : période pendant laquelle le service statutaire n'intervient pas en cas d'hospitalisation.

TICKET MODERATEUR : différence restant à charge du patient entre l'honoraire fixé par la convention et le remboursement organisme assureur.

TRANSPORT EN URGENCE : il s'agit du transport par une ambulance suite à un appel au service d'appel unifié (le 100).

VISCERO-SYNTHESE (matériel de) : matériel de suture mécanique complexe utilisé en chirurgie et remplaçant les points de suture faits à la main ou les agrafes placées une par une à l'aide d'une pince

Article 36

La société mutualiste réalise les buts visés à l'article 2 des présents statuts, en instituant des opérations et autres services selon les modalités déterminées ci-après.

Article 37 - Règles d'intervention communes

Limite générale

Les remboursements octroyés dans le cadre des opérations ou autres services organisés par la société mutualiste SOLIMUT, cumulés avec toute autre intervention pour la même cause, ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement supportés par l'affilié.

Concours

- a) lorsque l'assurance obligatoire, l'assurance contre les accidents du travail, le Fonds des maladies professionnelles, les pouvoirs publics ou une assurance, une caisse, un fonds ou un organisme institué par les pouvoirs publics, prévoit une prise en charge ou une intervention, la mutualité n'accorde son intervention qu'après déduction de cette prise en charge ou cette intervention.
- b) La disposition de l'alinéa précédent ne peut pas avoir pour effet :
 - que la somme de toutes les prises en charge ou interventions soit inférieure pour un bénéficiaire de l'intervention majorée que pour un bénéficiaire qui n'y a pas droit ;
 - qu'un bénéficiaire se verrait refuser un avantage pour le motif que la prise en charge ou l'intervention visée à l'alinéa précédent n'est accordée qu'après la fin du délai de prescription visé à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

Les remboursements octroyés par les services ne peuvent couvrir une intervention personnelle complémentaire découlant d'une disposition légale et ne pouvant faire l'objet d'un contrat d'assurance ou d'un quelconque remboursement sous quelque forme que ce soit.

En cas de concurrence d'intervention en vertu du droit commun, d'une autre législation, d'un autre contrat d'assurance ou d'un fonds social statutaire ou non, il peut y avoir intervention subsidiaire de SOLIMUT moyennant le respect des conditions suivantes :

- le membre aura signalé au préalable sur la demande d'intervention, l'existence d'une autre couverture
- lorsque les sommes accordées par l'intervention concurrente sont inférieures aux remboursements possibles dans les services obligatoires, le membre bénéficiaire a droit au remboursement de la différence à charge de la société mutualiste SOLIMUT.

Lorsque les dépenses sont causées par un dommage susceptible d'être couvert par le droit commun ou une autre législation, la société mutualiste SOLIMUT octroie les remboursements à titre provisionnel.

Dans ce cas, la société mutualiste SOLIMUT est subrogée dans tous les recours que le membre ou ses ayants droits peuvent exercer envers le débiteur de la prestation. Cette subrogation s'exerce sans l'autorisation préalable du membre.

L'action en paiement des prestations organisées par les présents statuts se prescrit par un délai de deux ans à compter du moment où l'évènement qui, en vertu des statuts peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

L'intervention financière des services organisés par la société mutualiste SOLIMUT est accordée sur présentation des pièces justificatives originales des frais exposés accompagnées du formulaire de demande d'intervention dûment complété et signé.

Sous-chapitre 3 : Service d'assurance hospitalisation – « Hospi solidaire »

Article 38

Cette opération a pour objet d'accorder, à charge de la société mutualiste SOLIMUT, une intervention financière dans les frais résultant de l'hospitalisation d'un membre d'une Mutualité chrétienne, affiliée à SOLIMUT, dans un établissement situé en Belgique et dont le coût est partiellement pris en charge par l'assurance maladie - invalidité.

Ce service couvre les frais résultant d'une hospitalisation et réellement supportés par l'affilié dans le respect des dispositions

légal et réglementaire en vigueur.

Le séjour doit avoir lieu dans un hôpital général ou un établissement psychiatrique situé en Belgique en application de l'article 136 § 1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Sont également prises en compte, les hospitalisations d'un affilié ou d'une personne à sa charge, ayant lieu en dehors du territoire national, dans le cadre d'un accord bilatéral ou multilatéral dans le cadre des projets européens "Interreg".

Toutefois, les prestations fournies en dehors du territoire national sont accordées aux bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière qui se font soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de sa résidence principale (art. 294, 7° de l'A.R. du 2 juillet 1996). Ces dispositions sont étendues aux bénéficiaires visés au 9° a et b de l'article précité.

Ce service couvre forfaitairement l'accouchement à domicile ou dans une maison de naissance, assimilé à une hospitalisation.

Pour rappel, l'A.S.S.I n'intervient pas :

1. pour les interventions purement esthétiques ;
2. pour les accidents de sport professionnel ;
3. lorsque l'assuré n'est pas en ordre d'assurabilité ;
4. pour les séjours en hôpital militaire.

Modification des conditions de couverture

Les conditions de couverture des membres du service ne peuvent être modifiées que sur la base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments.

Toute modification doit être décidée par l'Assemblée générale de la société mutualiste et publiée dans la presse mutualiste.

Article 39 – Limites générales et cas de non-intervention

Aucune intervention supplémentaire n'est accordée pour des prestations dont la réalisation à titre d'autre alternative thérapeutique a été rendue nécessaire suite au refus pour une raison non médicale de la part du patient hospitalisé de prestations adéquates en concordance avec les données actuelles de la science et de la bonne pratique médicale.

Aucune intervention n'est accordée pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières relevant de l'esthétique ou de la chirurgie plastique. Toutefois, si le conseiller médical de Solimut donne un accord préalable à ces prestations, il y aura intervention des services selon les mêmes modalités de remboursement que celles prévues dans les services concernés.

Lorsque les critères prévus dans les dispositions légales et réglementaires (indications médicales, procédures, listes) ne sont pas rencontrés, il ne peut y avoir d'intervention de la part du service si le montant facturé légalement au membre est supérieur à 200 euros.

Dans ces situations, l'affilié pourra introduire une demande motivée avec l'avis de son médecin-traitant auprès du conseiller médical de Solimut. Sur avis positif de celui-ci, la société mutualiste Solimut couvrira la totalité du montant légalement facturé au membre. Le conseiller médical, prend sa décision en tenant compte des preuves scientifiques existantes par rapport à l'utilisation thérapeutique de l'implant non remboursable ou du médicament onéreux administré, des alternatives possibles, ainsi que du caractère absolu ou relatif de l'indication thérapeutique. Cette décision sera confirmée par écrit.

En cas d'intervention partielle de l'assurance obligatoire, l'intervention du service portera sur le montant restant à charge de l'affilié. Le total des interventions accordées ne pourra jamais dépasser le montant maximum de l'intervention du service.

Aucune intervention n'est accordée pour les prothèses ou implants dentaires placés au cours d'un séjour hospitalier.

Article 40 – Modalités d'intervention*

1° Eligibilité des montants facturés

Ne sont pris en compte que les frais légalement facturés restant à charge du patient après l'intervention selon l'une ou plusieurs des législations suivantes:

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964;
- les législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et l'arrêté royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'arrêté royal d'exécution);

* AG 24-10-2007 – application 01-01-2008

- les règlements CEE n° 1408/71 et 574/72 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le Maximum à Facturer
- l'arrêté royal du 26 février 2001 organisant le fonds spécial de solidarité.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions.

2° Exclusions

Ne sont pas couverts :

- Les hospitalisations en cours au moment de la prise de cours de l'affiliation. Ce point ne vise pas les personnes à charge affiliées à SOLIMUT qui deviennent titulaires et restent affiliées à SOLIMUT et qui étaient hospitalisées au moment du changement de qualité.
- Les hospitalisations qui débutent pendant le stage.
- Les forfaits salles de plâtre, les forfaits pour dialyse.
- Les frais de transport, les séjours en maisons de repos, en maison de repos et de soins, en maisons de convalescence autres que ceux prévus à l'article 40 § 7 ainsi que les frais en centre de rééducation.

3° Cumul des couvertures

L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle. Dans ces cas, l'octroi du remboursement le sera à titre d'avance récupérable. Lorsque le membre ou sa famille se voient signifier le droit à l'intervention de ladite législation, la société mutualiste SOLIMUT récupérera toute somme pouvant être couverte par ladite législation.

Cette récupération se fera, soit par note de débit adressée au membre, soit sur base d'une convention subrogatoire signée par le membre.

4° Calcul du remboursement

§ 1 Hospitalisation en chambre commune ou double

L'"Hospi solidaire" intervient dans les frais réellement supportés par le membre de la manière suivante :

- a) remboursement des frais à charge du patient hormis les frais de téléphone.
- b) remboursement des suppléments d'honoraires à raison de 100 % de l'honoraire prévu au barème officiel de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
- c) remboursement des frais d'accompagnement d'un parent auprès de son enfant âgé de moins de 18 ans hospitalisé. Le remboursement de ces frais est plafonné à 15 euros par jour.

Pour les autres situations d'accompagnement, le remboursement est plafonné à 6,20 euros par jour. ¹

- d) Remboursement des frais de séjour, dans une maison d'accueil hospitalière, de l'accompagnant et/ou du patient mutualiste chrétien hospitalisé à raison de 6,20 € par nuit.
Remboursement des frais de séjour d'un patient mutualiste chrétien dans un hôtel hospitalier à raison de 6,20 € par nuit Cette intervention sera également accordée, en cas d'hospitalisation de jour, et limitée à deux nuits, à savoir la veille et le lendemain de l'hospitalisation de jour.
Les interventions précitées sont limitées à 60 nuits par année civile et à deux accompagnants maximum par patient hospitalisé.
- e) une franchise de 275 euros est appliquée par admission sur le remboursement des frais repris en a, b, c, lorsque le membre hospitalisé a plus de 18 ans.

§ 2 Hospitalisation de jour en chambre commune ou double

Le service "Hospi solidaire" intervient dans les frais réellement supportés par le membre lors d'une hospitalisation de jour, telle que définie à l'article 35 des statuts, de la manière suivante:

- a. - remboursement des frais à charge du patient hormis les frais de téléphone.
- remboursement des suppléments d'honoraires à raison de 100 % de l'honoraire prévu au barème officiel de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
- remboursement des frais d'accompagnement d'un parent auprès de son enfant âgé de moins de 18 ans hospitalisé. Le remboursement de ces frais est plafonné à 15 euros par jour.
Pour les autres situations d'accompagnement, le remboursement est plafonné à 6,20 euros par jour.

¹ AG 22.10. 2005 – application 01.01.2006

- b. pour les bénéficiaires de plus de 18 ans, une franchise de 150 euros est appliquée par admission sur le remboursement des frais repris en a.
- c. en cas de traitement médical, les frais réellement supportés par le membre, en ce compris, en dérogation à l'article 40, 2°, 3 les mini forfaits, sont cumulés à l'issue du traitement, afin d'y appliquer une seule franchise de 275 €.
- d. en cas de traitement médical à suivre par un affilié de moins de 18 ans, aucune franchise n'est appliquée.
- e. pour la FIV, intervention dans les traitements effectués dans les centres de médecine agréés et exclusivement lorsque le traitement répond aux conditions de l'article 76bis de l'A.R. du 4 juin 2003.
L'intervention porte sur les éventuels frais de laboratoire et est plafonnée à 250 euros par cycle.
- f. Remboursement des frais de séjour d'un patient mutualiste chrétien dans un hôtel hospitalier à raison de 6,20 € par nuit. Cette intervention sera également accordée, en cas d'hospitalisation de jour, et limitée à deux nuits, à savoir la veille et le lendemain de l'hospitalisation de jour.
Les interventions précitées sont limitées à 60 nuits par année civile et à deux accompagnants maximum par patient hospitalisé.

§ 3 Hospitalisation en chambre privée

L'"Hospi Solidaire" intervient de la même manière telle que décrite au § 1 et § 2 du présent article. Toutefois, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires sont exclus du calcul du remboursement.

§ 4 Hospitalisation dans un établissement psychiatrique

L'"Hospi Solidaire" couvre, sauf interdiction légale, les frais résultant de l'hospitalisation d'un affilié ou d'une personne à sa charge dans un établissement psychiatrique, pour lesquels l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est intervenue. L'intervention est identique à celle décrite au § 1 du présent article. Un plafond d'intervention de 450 euros par année civile par affilié est appliqué à ces remboursements.

§ 5 Une intervention forfaitaire de 150 euros est accordée lors d'un accouchement en « maison de naissance » ou lors d'un accouchement à domicile sur présentation d'un justificatif établi par l'accoucheuse.

§ 6 En cas de plusieurs hospitalisations pendant une même année civile, le montant cumulé des franchises est limité à 550 euros par affilié.

§ 7 Lors d'un séjour en maison de convalescence dans un centre agréé, le service intervient dans la quote-part personnelle facturée par l'établissement à concurrence de 50 % du montant journalier pour les membres classés en patients aigus régime ordinaire tel que précisé à l'article 45 des statuts de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Seuls les séjours jusqu'à 3 mois après l'hospitalisation sont pris en compte. La convalescence doit avoir un lien direct avec l'hospitalisation. Le séjour doit avoir été approuvé par le service « Caisse nationale de convalescence » de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes dans les 14 jours suivant la sortie de l'hôpital.

Le remboursement sera limité à 30 jours par séjour et par année.

§ 8 Couverture Maladies graves ou coûteuses

1. L'Hospi solidaire a pour objet de favoriser le suivi médical et le bien-être des personnes présentant une maladie grave ou coûteuse en accordant, à charge de la société mutualiste Solimut, une intervention financière forfaitaire en vue de couvrir les dépenses 'Frais ambulatoires' ou 'Frais hors Assurance Maladie', qui n'ont fait l'objet d'aucune autre intervention et qui peuvent se révéler importantes.
2. Les maladies suivantes sont reconnues comme maladies graves ou coûteuses :

Liste des "maladies graves ou coûteuses"	Critères
Accident vasculaire cérébral invalidant	Handicap moteur étendu
Aplasie médullaire	
Artériopathie oblitérante (coronarienne ou périphérique) chronique et évolutive avec manifestations cliniques ischémiques	
Cirrhose du foie décompensée	

Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire grave acquis (syndrome immunodéficitaire acquis)	
Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime	
Epilepsie	Pharmacorésistante des crises
Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie)	Handicap moteur étendu
Hémoglobinopathie homozygote	
Hémophilie	
Insuffisance cardiaque grave	Classification NYHA, stade III
Insuffisance rénale	GFR < 45 à deux reprises par analyse sanguine ou protéinurie > 1 gr/j à deux reprises par analyse urinaire
Insuffisance respiratoire chronique grave	VEMS < ou = 30 %
Maladie de Parkinson	
Maladie métabolique héréditaire nécessitant un traitement prolongé spécialisé	
Mucoviscidose	
Paraplégie	
Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	HAQ > 0,5 (Health Assessment Questionnaire) ou présence de manifestations systémiques ou DAS28 >= 3,7
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	Durée de la maladie supérieure à un an avec conséquences fonctionnelles majeures dans la vie quotidienne
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	A l'occasion de toute poussée évolutive et/ou nécessitant un traitement de fond
Sclérose en plaques invalidante	Nécessitant un traitement de fond et/ou avec handicap permanent
Spondylarthrite ankylosante grave	BASBAI > 4 malgré traitement AINS maximal ou présence de manifestations systémiques
Suites de transplantation d'organe	
Tuberculose active	
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	

+ les maladies dites "hors liste" (description nécessaire + accord bureau) :

maladies graves, non inscrites sur la liste, nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, et particulièrement coûteux et qui présente un caractère chronique.	Rapport médical et estimation des coûts
les polyopathologies : plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins coûteux d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.	Rapport médical et estimation des coûts

3. Procédures d'intervention

- a. Pour obtenir l'intervention prévue au point 1, le membre doit être atteint d'une des affections reprises dans la liste établie par le Conseil d'Administration ci-dessus. Le cas échéant, le diagnostic sera complété par une motivation du médecin-traitant.

- b. Lorsque la pathologie ne figure pas dans la liste reprise au point 2., l'intervention forfaitaire ne sera pas accordée. La liste est adaptée chaque début d'année civile sur base d'une proposition du Conseil d'Administration qui tient compte de l'état des connaissances médicales et du consensus scientifique relatifs aux maladies graves ou coûteuses. Les critères de décision, élaborés en fonction de l'état des connaissances médicales et du consensus scientifique, sont une durée de traitement prévisible supérieure à six mois ainsi que la présence de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins d'une durée prévisible à six mois.
- c. L'intervention est accordée suite à une hospitalisation classique ou de jour relative à la pathologie déclarée et sur présentation du formulaire prévu à cet effet dûment complété et signé par le membre et par son médecin traitant.
- d. Cette intervention est versée à l'affilié ou à toute personne désignée par ce dernier. En cas de décès, elle sera payée aux héritiers.
- e. La demande de remboursement doit nous être adressée dans les 30 jours après la sortie de l'hospitalisation définie au point c.

4. Montant de l'intervention

Cette intervention forfaitaire s'élève à 150 €. Elle est versée une seule fois à l'ouverture d'un dossier 'Maladie grave ou coûteuse.

5° Procédure de remboursement

Les remboursements seront effectués à l'affilié ou à toute personne désignée par ce dernier dès réception des pièces justificatives originales des frais exposés et du formulaire « demande d'intervention » dûment complété et signé. En cas de décès, les prestations seront payées aux héritiers.

La demande de remboursement doit obligatoirement nous être adressée avant l'expiration d'un délai de deux ans prenant cours à la fin du mois au cours duquel le membre reçoit la facture d'hospitalisation. Est retenue comme date de réception de la facture, le troisième jour ouvrable qui suit la date reprise comme date d'envoi sur la facture émise par l'établissement de soins concerné.

6° Subrogation

En cas de sinistre dont une autre personne peut être rendue totalement ou partiellement responsable, la société mutualiste est subrogée à concurrence de ses dépenses aux droits de l'affilié ou des ayants droits en ce qui concerne les droits de recours. Mais la société mutualiste n'exerce pas ce droit contre les membres de la famille de l'affilié qui ont causé l'accident non intentionnellement, sauf si ces personnes peuvent effectivement invoquer une assurance de responsabilité.

Article 41 – Cotisation

La cotisation pour ce service est reprise en annexe des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC. Elle est perçue par les mutualités affiliées pour compte de la société mutualiste.

Modification des cotisations

Les cotisations du service ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'index-santé, être augmentés que :

1° lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ;

2° ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

Toute modification doit être décidée par l'Assemblée générale de la société mutualiste et publiée dans la presse mutualiste chrétienne.

La cotisation est liée à l'indice santé et est adaptée chaque année sur base de l'évolution de cet indice.

L'indice de départ est celui du mois de septembre 2003 (base=1996), soit 112,47.

Le calcul se fait de la manière suivante :

cotisation année précédente x indice année en cours / indice année précédente.

Article 42 – Assistance

La société mutualiste SOLIMUT met à la disposition de l'ensemble de ses affiliés un service d'information - conseil téléphonique gratuit, afin de répondre à toute demande de renseignements liée aux aspects administratifs, financiers, ainsi qu'aux modalités pratiques d'une hospitalisation. Ce service pourra également fournir toutes les informations utiles au patient pour préparer sa sortie de l'hôpital et son retour au domicile ou dans une autre institution de soins.

La cotisation pour ce service est reprise en annexe des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC.

En vue de réaliser l'objet du présent article, un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL FESOL dont l'objet social est le soutien aux services organisés par les Mutualités chrétiennes affiliées à la société mutualiste Solimut. Par soutien aux services, on entend prendre, promouvoir, soutenir toutes initiatives susceptibles de préserver, d'améliorer et de défendre la santé physique et morale des membres des Mutualités concernées.

Article 43 – Transports urgents en Belgique

La société mutualiste intervient, en outre, financièrement, dans les frais résultant du transport urgent d'un affilié ou d'une personne à sa charge.

Par transport urgent, on entend le transport effectué par ambulance ou par hélicoptère, dans le cadre de l'aide médicale urgente définie par la législation, suite à un appel via le système d'appel unifié assurant l'assistance, le transport et l'accueil dans un service hospitalier adapté. Après arrivée dans un établissement suite à un appel au centre d'appel unifié, le transfert vers un autre établissement sous surveillance d'un médecin dont la présence physique est attestée par certificat médical et le transfert immédiat sont assimilés à un transport urgent.

1. Le service couvre les frais de transports en ambulance ou par hélicoptère après déduction de l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités tels que fixés par l'arrêté royal du 26 avril 2009 :

- a) Si l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités est supérieure à 25 euros :
le service interviendra sur le solde à charge du membre après intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités, après application d'une franchise de 75 euros.
- b) Si l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités est inférieure à 25 euros :
le service complètera l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités de façon à ce qu'une indemnité forfaitaire de 25 euros soit garantie au membre.
- c) Le service interviendra ensuite sur le solde éventuel à charge du membre, après intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités, après application d'une franchise de 75 euros.
Pour les transports par hélicoptère, l'intervention du service est plafonnée à 500 euros par déplacement.

2. Pour les transports pour lesquels l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités n'est pas permise,

- a) le service interviendra à concurrence du montant de la facture après application d'une franchise de 100 euros par déplacement. En complément, un remboursement forfaitaire de 25 euros est accordé sur toutes les factures à concurrence du montant réel de la facture.
- b) Il s'agit des transports :
 - en cas d'admission par le service des urgences suite à un transport demandé par le médecin de famille. Une attestation établie par le service des urgences de l'établissement hospitalier sera jointe à la facture relative au transport.
 - en cas de réorientation (dans les 48 heures) vers un autre établissement lorsque l'admission dans le premier établissement a eu lieu par le service des urgences quel que soit le moyen de transport utilisé. Un justificatif médical rédigé par l'établissement hospitalier sera joint à la facture relative au transport.
 - en cas de transport médicalisé (réanimation) inter hospitalier effectué par un transporteur agréé. Un certificat médical justifiant l'urgence et la présence de personnel médico-infirmier sera joint à la facture originale.
- c) Pour les transports en hélicoptère, le service interviendra à concurrence du montant de la facture avec un plafond de 500 euros par déplacement.
Toutefois, l'intervention prévue au point 2, a) ci-dessus sera accordée si le calcul sur base de la distance est plus avantageux. Dans ce cas, le trajet « aller » doit être supérieur à 80 km et un certificat médical sera joint à la facture originale.

Le service couvre également les frais restant à charge du patient suite à un transport pour prématurés après intervention de l'Assurance Soins de Santé Indemnités.

L'affiliation à une société de transport de malades exclut toute intervention.

Ne font l'objet d'aucune intervention, les transports pour la délivrance de soins ambulatoires ou pour tout examen médical en milieu hospitalier ou au cabinet d'un prestataire.

Dans le cadre du Service Mobile d'Urgence (SMUR), le service ne couvre pas les frais de déplacement de l'équipe médicale. L'intervention financière de ce service est accordée sur base des pièces justificatives originales (factures) des frais exposés.

La cotisation pour ce service est reprise en annexe des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC.

Article 44 – Service information et promotion

Le service information et promotion a pour mission de développer, d'améliorer et de renforcer la visibilité de l'action mutualiste chrétienne en mettant en œuvre des outils d'information, en lançant des campagnes de communication ou en entreprenant toute démarche pour réaliser cet objectif, à l'intention des mutualités affiliées à SOLIMUT, de leurs affiliés, de la presse, des médias ou de toute personne susceptible d'être intéressée par l'organisation mutualiste chrétienne et ses activités.

La cotisation pour ce service est reprise en annexe des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC.

Article 45

Supprimé au 01-01-2013

Article 45 bis – Subventionnement de structures socio-sanitaires

La société mutualiste soutient les personnes morales suivantes qui sont des structures socio-sanitaires visées à l'art. 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, al.6, de la loi du 26 avril 2010. Ces ASBL ne réalisent pas d'opération ouvrant un droit à une intervention répondant à un événement futur et incertain.

La subvention octroyée par la société mutualiste à un bénéficiaire, ne sert pas à financer d'avantage individuel particulier pour les membres mutualistes chrétiens par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité subventionnée.

Les subventions sont fixées annuellement par l'Assemblée générale.

Le conseil d'administration peut modifier les montants proposés, pourvu que les conditions suivantes soient remplies :

- La décision du Conseil d'administration est immédiatement communiquée par lettre recommandée à l'OCM ;
- Dans cette lettre figure la date d'entrée en vigueur de la décision;
- Les changements avec effets rétroactifs sont votés à l'Assemblée générale suivante pour être intégrés dans les statuts.

1. L'ASBL « Jeunesse & Santé » dont le numéro d'entreprise est BCE : 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 montant annuel du subside est fixé à maximum 525.000 euros. Pour 2014, le montant effectivement versé était de 502.565 euros. Pour 2015, le montant maximum sera de 522.000 euros. Pour 2016, le montant maximum qui sera versé s'élèvera, exceptionnellement, à 760.000 euros.

2. L'ASBL « Altéo » dont le numéro d'entreprise est BCE : 0410.383.442.

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 montant annuel du subside est fixé à **maximum** 410.000 euros. En 2013, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 360.000 euros. Pour 2014, le montant effectivement versé est de 377.043 euros. Pour 2015, le

montant maximum sera de 395.000 euros..

3. L'ASBL SOLIVAL WALLONIE-BRUXELLES dont le n° d'entreprise est BCE : 460 2135 30

L'objet social repris à 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 le recouvrir en leur fournissant l'information, l'aide et le soutien nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et 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 (...). »

Le montant annuel du subside est fixé à maximum 198 400 euros. En 2013, il était de 198.400 euros. Pour 2014, le montant effectivement versé était de 198.400 euros. Pour 2015 le montant maximum sera de 198.400 euros.

4. L'ASBL Fédération des services maternels et infantiles dont le n° d'entreprise est BCE : 421.218.045

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

« L'association a pour but de coordonner les actions des services liés à l'enfance en Communauté française et en Communauté germanophone. »

Le montant annuel du subside est fixé à maximum 37.000 euros, en 2012 37 000 euros, en 2013 montant maximum de 37 000 euros. Pour 2014, le montant effectivement versé était de 37.000 euros. Pour 2015, le montant maximum sera de 50.000 euros.

5. L'ASBL « Altéo sport » dont le numéro d'entreprise est BCE 4180.89.202

L'objet social repris aux articles 2 de ses statuts est le suivant :

« Altéo Sport asbl est une fédération de cercles sportifs pour personnes malades, valides et handicapées qui a pour but, dans les limites de sa compétence, de :

- Favoriser la promotion du sport et des activités physiques en général pour personnes malades, invalides et handicapées, tant au niveau du sport pour tous que des compétitions ;
- Aider au maximum, les cercles, les clubs, groupements, ententes ou associations affiliés en sollicitant et/ou en recevant tout appui moral et matériel des initiatives privées ou des pouvoirs publics ;
- Inciter à et organiser des épreuves individuelles, par équipes, inter clubs, des rencontres provinciales, régionales, fédérales ou internationales ;
- Collaborer éventuellement à l'activité d'une fédération internationale.
- Encourager l'intégration et la valorisation des personnes malades et handicapées par la pratique du sport et des activités physiques. »

En 2013, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 94.156 euros. En 2014, le montant effectivement versé était de 47 000 euros. Pour 2015, le montant maximum sera de 47.000 euros.

6. L'ASBL « énéo » dont le numéro d'entreprise est BCE 0414.474.169

L'objet social repris aux articles 3 de ses statuts est le suivant :

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

- d'encourager la participation et l'engagement des aînés dans la vie sociale, culturelle, économique et politique
- de promouvoir la prise de responsabilité des aînés par le biais de l'action collective dans le but de les associer à la construction d'un monde plus juste
- de développer et d'animer un réseau associatif démocratique et participatif porteur de solidarité et générateur

- d'une meilleure qualité de vie
- de représenter ses membres et de les accompagner dans la défense de leurs droits dans un esprit de dialogue intergénérationnel
- de lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes âgées
- de prendre et d'appuyer toute initiative visant une véritable promotion de l'autonomie et du bien-être physique, mental et social des aînés.

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

En 2013, le montant du subside effectivement octroyé s'élevait à 51.071 euros. En 2014, le montant effectivement versé est étai de 80.487 euros. Pour 2015, le montant maximum sera de 85.000 euros.

7. L'ASBL Centre d'éducation du patient (en abrégé CEP) avec le n° d'entreprise BCE : 0424 320 164.

L'objet social repris à l'art.4 **des statuts** de cette ASBL vise

- À proposer des formations, sensibilisations aux institutions, prestataires du secteur de la santé
- Sensibiliser le grand public sur les maladies cardio-vasculaires
- Développer une expertise dans la mise en place de programmes d'interventions sur le terrain pour les publics vulnérables.

Le montant du soutien financier à cette ASBL sera de 100.000 euros maximum pour l'année 2015.

Ce soutien est accordé jusqu'à l'année 2017. Son renouvellement est soumis à évaluation par le Conseil d'Administration à la mi 2017.

- ~~8. L'ASBL **L'association de fait** Mouvement Ouvrier Chrétien (en abrégé MOC) avec le n° d'entreprise BCE : 0850.201.238.~~

L'objet social repris aux articles 1 et 3 vise

Article 1

Le Mouvement Ouvrier chrétien (MOC) est le mouvement de coordination, d'action commune et d'expression politique de ses organisations constitutives.

Ses valeurs de référence sont précisées dans ses options fondamentales.

Il se définit prioritairement comme mouvement social dont les objectifs principaux sont l'émancipation du monde du travail, notamment par l'approfondissement de la démocratie économique, culturelle, sociale et politique.

Le MOC n'est pas un parti politique. Il n'adhère en tant que tel à aucun parti politique.

Article 3

Assurer la collaboration, la coordination et l'unité au sein du Mouvement Ouvrier Chrétien

Pour assurer cette mission, le MOC doit :

1/Garantir le débat démocratique et la recherche de compromis dans l'élaboration des programmes communs et globaux du Mouvement et dans la définition de ses positions.

2/Veiller à l'unité de direction et d'action de l'ensemble du Mouvement sur son programme global et ses positions communes, en garantissant le respect et la loyauté des composantes par rapport aux décisions adoptées démocratiquement.

3/Assurer la planification et la coordination des programmes communs d'actions collectives en favorisant au maximum la démarche d'action commune de l'ensemble du Mouvement.

Le montant du soutien financier à cette ASBL sera de 105.000 euros maximum pour l'année 2016.

9. L'ASBL eneosport avec le n° d'entreprise BCE : 0418.415.834

L'objet social repris à l'article 3 de ses statuts 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 énéo, 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 cercles et de clubs.

Le montant du soutien financier à cette ASBL sera de 25.000 euros maximum pour l'année 2016.

10. L'ASBL Senoah avec le n° d'entreprise BCE : ~~0424.320.164~~ **0421.461.434**.

L'objet social repris à l'article 4 de ses statuts est le suivant : L'association a pour but social de favoriser le bien-être des aînés, dans une logique d'autodétermination et de respect du libre choix de la personne.

§1. Pour atteindre son but, elle développe les missions suivantes :

1. Observatoire des lieux de vie pour seniors

- Observer les attentes et besoins des seniors en matière de lieu de vie, dans le cadre de travaux de recherche et de l'accompagnement des seniors dans les visites d'établissements
- Mettre à disposition des citoyens, des professionnels et des décideurs politiques des données et observations concernant les lieux d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées
- Réaliser des recherches exploratoires sur des thématiques en lien avec les lieux de vie des seniors

2. Accompagnement

- Soutien individualisé des seniors et/ou de leur famille dans la recherche d'un lieu de vie adapté, notamment par l'accompagnement dans la visite d'établissements
- Soutien à la prise de conscience et à l'anticipation du vieillissement en termes de lieux de vie
- Service d'appui juridique
- Sensibilisation aux pratiques visant le bien-être dans les lieux de vie à l'attention du grand public et des professionnels du secteur

§2. L'association peut, en outre, développer ou soutenir toute action ou initiative en lien direct avec son objet social. L'association pourra conclure toute convention avec les pouvoirs publics ou avec des partenaires privés.

Le montant du soutien financier à cette ASBL sera de 20.000 euros maximum pour l'année 2016.

11. L'ASBL Fédération Aide et Soins à Domicile (en abrégé FASD) avec le n° d'entreprise BCE : 449.690.614.

L'objet social repris à l'art. 2 des statuts de l'asbl a pour but, à l'exclusion de tout but lucratif :

- 1° de fournir aux associations affiliées un ensemble de services leur permettant de gérer leur activité de manière efficiente et de répondre aux besoins des personnes qui souhaitent être aidées et soignées à domicile, notamment (...)
- 2° de soutenir ces associations en favorisant (...) une offre d'aide et de soins coordonnés centrés sur le bénéficiaire (...)

Le montant du soutien financier à cette ASBL sera de 25.000 euros maximum pour l'année 2016.

But : Financement d'actions collectives telles que visées à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Le financement octroyé par la société mutualiste à un bénéficiaire, ne peut en aucun cas servir à financer un avantage individuel particulier pour les membres mutualistes chrétiens par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité dont les actions collectives sont financées.

Fonctionnement : Afin de réaliser le but, la société mutualiste octroie un financement à l'ASBL VIE FEMININE dont le n° d'entreprise est BCE : 041.905.856 en vue de la construction d'une société paritaire où hommes et femmes réalisent un projet social solidaire et démocratique et plus précisément en réalisant un travail d'éducation permanente en Wallonie et à Bruxelles, en préparant des programmes d'études et d'action afin de réduire les inégalités qui touchent les femmes et les familles des milieux populaires et aussi en défendant les intérêts des femmes au plan local, régional, national et international.

Le montant versé pour 2013 était de 126 000 euros. En 2014, le montant effectivement versé était de 126 000 euros. Pour 2015, le montant maximum sera 126.000 euros.

Article 46

Supprimé au 01-01-2013

Article 47

Supprimé au 01-01-2013

Article 47bis – Soins ambulatoires pour l'enfance

§ 1. Objet : favoriser le suivi médical et le bien-être des enfants en accordant, à charge de la société mutualiste Solimut, une intervention financière dans les frais restant à charge des bénéficiaires énoncés ci-après lors de soins médicaux et paramédicaux ambulatoires réalisés à partir de l'entrée en vigueur de ce service.

§ 2. Modalités d'intervention :

1. Cette intervention est accordée aux membres qui possèdent un dossier médical global chez un médecin pour les soins réalisés de leur naissance jusqu'à la veille de leur dix-huitième anniversaire. Toutefois, la condition de posséder un DMG est facultative pour les enfants entre la naissance et la veille de leur premier anniversaire.
2. L'opération couvre les tickets modérateurs des soins infirmiers, des soins de kinésithérapie, des consultations, visites et prestations techniques auprès des médecins spécialistes et généralistes et des soins d'orthodontie réalisés en ambulatoire.

Ne sont pris en compte que les frais qui ne sont pas couverts par :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964;
- les règlements CEE n° 1408/71 et 574/72 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le Maximum à Facturer
- l'arrêté royal du 26 février 2001 organisant le fonds spécial de solidarité.

3. Exclusions

- Les suppléments aux tarifs des honoraires de la convention ne sont pas pris en compte.
- les médicaments et fournitures pharmaceutiques
- les soins qui ne font pas partie de la nomenclature AMI
- les soins médicaux et paramédicaux réalisés pendant le stage en assurance complémentaire
- les forfaits pour appareillage en orthodontie (codes prestations INAMI 305631 et 305675) qui font l'objet d'une intervention dans le cadre du service Dento solidaire.

4. Procédure de remboursement

Les remboursements seront effectués sur base des justificatifs originaux

5. Cotisations

La cotisation pour ce service est reprise en annexe des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC

Article 47ter - Opération couvrant une intervention pour les enfants participant à des plaines de vacances ou des séjours de vacances (code 15)

Définitions

Il faut entendre au sens du présent article par centre de vacances :

- 1° les plaines de vacances qui sont des services d'accueil non résidentiels d'enfants;
- 2° les séjours de vacances qui sont des services d'accueil résidentiels d'enfants;

Par « enfant handicapé » ou « enfant porteur de handicap », il faut entendre le participant au centre de vacances âgé de 30 mois à 21 ans (par référence à l'âge limite de l'octroi des allocations familiales majorées) qui nécessite une aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se nourrir, communiquer ou avoir conscience des dangers.

Objet

Pour chaque enfant personne à charge bénéficiant effectivement de la couverture des opérations et autres services d'une Mutualité affiliée à la société mutualiste Solimut, le membre titulaire peut bénéficier des interventions suivantes dans les conditions suivantes et dans la mesure des moyens disponibles :

1. Séjours de vacances organisés par l'ASBL Jeunesse & Santé (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2016)

Pour les enfants ayant entre 7 et 17 ans, et entre 7 et 21 ans pour les enfants porteurs de handicap (*il faut entendre le participant au centre de vacances âgé de 30 mois à 21 ans qui nécessite une aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se nourrir, communiquer ou avoir conscience des dangers*) : une intervention d'un montant forfaitaire annuel de 170 €, valable entre le 01 janvier et le 31 décembre d'une même année, sur un ou plusieurs séjours organisés par jeunesse et santé. Nonobstant l'intervention financière susmentionnée, une somme minimale de 50 € pour un enfant par séjour restera toujours à charge du membre. Dans la mesure où le forfait n'est pas totalement épuisé après la première intervention, le solde du montant forfaitaire peut être appliqué dans les mêmes conditions sur d'autres séjours sans jamais que les interventions cumulées ne puissent dépasser le montant maximal forfaitaire annuel tel qu'il est fixé dans le présent article.

Dans les mêmes conditions, les enfants qui, au moment de l'inscription, relèvent du statut social au sens de l'art. 37, §§ 1^{er}, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, bénéficient d'une intervention d'un montant forfaitaire annuel de 270 €. Nonobstant l'intervention financière susmentionnée, une somme minimale de 30 € pour un enfant par séjour restera toujours à charge du membre.

2. Plaines de vacances organisées par l'ASBL Jeunesse & Santé

Une intervention journalière par enfant personne à charge participant à une plaine de vacances organisée par J&S asbl est allouée au membre titulaire à concurrence de 4 € par jour dans une plaine où il n'y a pas de repas chaud servi et à 5 € par jour dans une plaine où un repas chaud est servi.

Ces forfaits sont portés respectivement à 7 et 8 € par jour pour les enfants porteurs de handicap, ces plaines présentant une infrastructure ou un encadrement adapté.

3. Centres de vacances autres

Une intervention financière est allouée au membre titulaire pour les enfants personnes à charge participant à des centres de vacances agréés par l'ONE, organisés par d'autres structures que l'ASBL Jeunesse & Santé. Une intervention spécifique est prévue pour les enfants porteurs de handicap participant à un centre de vacances spécialisé dans l'accueil d'enfants handicapés et présentant une infrastructure ou un encadrement adapté. Cette intervention est attribuée sous forme d'un forfait journalier pour une période de minimum 5 jours consécutifs, et elle est plafonnée à 10 jours par an, par enfant. Elle ne peut être octroyée pour un même enfant qu'une fois par année.

L'intervention forfaitaire journalière est fixée à 1 € et l'intervention spécifique pour la participation à un centre de vacances spécialisé dans l'accueil d'enfants handicapés à 2,5 € par jour.

Article 47quater – Séjours de vacances (code 15)

Chaque membre bénéficiant effectivement de la couverture des opérations et autres services d'une Mutualité affiliée à la société mutualiste Solimut peut bénéficier des interventions suivantes dans les conditions suivantes et dans la mesure des moyens disponibles

1. Séjour ALTEO et Altéo SPORT

Une intervention financière est octroyée selon la liste des prix en annexe aux présents statuts par participation d'un membre aux séjours de vacances ou pèlerinages organisés par l'ASBL Altéo ou Altéo Sport.

2. Séjour énéo et énéo sport

Est accordée une intervention financière dans les prix des séjours énéo et énéo sport de :

- 30 € sur le prix d'un séjour en Belgique, par an, par membre participant
- 75 € sur le prix d'un séjour à l'étranger, par an, par membre participant

Le membre qui, au moment de l'inscription, relève du statut social au sens de l'art. 37, §§ 1er, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, bénéficie d'une intervention majorée dans le prix du séjour de 30€ tant à l'étranger qu'en Belgique.

Article 47quinquies A – Service Logopédie

1. Ce service a pour objet d'intervenir dans les frais engendrés par des traitements en logopédie et ce, de deux manières :
 - Tout d'abord, en intervenant dans les frais de traitement en logopédie non repris dans l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités ;
 - Ensuite, en intervenant financièrement dans les frais du test de QI que le patient doit passer pour obtenir le remboursement des prestations en logopédie liées à la dysphasie (catégorie F) et aux troubles du langage (catégorie B2) en Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités.
2. Traitement logopédique non repris dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2.a. Procédures d'intervention

- a. Le traitement logopédique est accordé par la société mutualiste SOLIMUT si le traitement a été refusé par la mutualité dans le cadre de l'A.S.S.I.. L'accord est donné sur base d'un bilan logopédique circonstancié ainsi que d'une prescription médicale émise par un médecin spécialiste pour les premières demandes ou par un médecin spécialiste ou généraliste pour les demandes de prolongation.
- b. L'accord du traitement logopédique donne droit à un remboursement de 10€ par bilan ou séance de traitement (séance de 30') pour un maximum de 75 séances (bilan y compris).
L'accord est renouvelable une seule fois par pathologie, par an.

2.b. Exclusions

- Le traitement logopédique dans les cas où le bénéficiaire:
 1. Suit un enseignement spécial. Cette exclusion n'est valable que pour les troubles du langage oral, du langage écrit et du calcul ainsi que pour la dysphasie;
 2. Est traité et/ou hébergé dans une institution reconnue et subsidiée par les communautés/régions et dans laquelle la fonction "logopède" est comprise dans les normes d'agrément;
 3. Est hospitalisé dans un service agréé sous l'un des indices G, T, A, Sp ou K;
 4. Séjourne en MSP, en MRPA ou en MRS;
 5. Est rééduqué dans un établissement ayant conclu avec l'INAMI une convention couvrant notamment le traitement par un logopède.
- Le traitement logopédique de troubles secondaires dus aux démences telles que décrites dans la CIM - 10 (classification internationale des maladies).

2.c. Procédures de remboursement

Les remboursements sont effectués sur base des attestations de soins ou des formulaires de demande de remboursements dûment complétés (dates, honoraires, identité du bénéficiaire) et signés par le logopède ayant un numéro d'agrément INAMI actif.

3. Test de QI

3.a. Procédures d'intervention

- Le test de QI a été réalisé obligatoirement pour une demande de remboursement d'un traitement de logopédie pour trouble du langage (catégorie B2) ou dysphasie (catégorie F) en A.S.S.I..
- Le service intervient à concurrence de 20€ pour le test de QI réalisé, pour autant que ce test n'ait pas été réalisé gratuitement ou déjà remboursé par l'A.S.S.I..
- Le remboursement n'est accordé que dans le cas où le traitement qui suit est accepté (par l'A.S.S.I. ou par la société mutualiste SOLIMUT).
- Le test de QI doit avoir été réalisé par un psychologue (gradué/bachelier ou licencié/master en psychologie).
- L'intervention est unique par bénéficiaire.

3.b. Procédures de remboursement

Le remboursement est effectué sur base du formulaire de demande de remboursement dûment complété (date et honoraire) et signé par le psychologue.

Article 47quinquies B – Service psychomotricité

Solimut rembourse 10€ par séance ou bilan de psychomotricité, à concurrence de maximum 75 séances par an.

Les séances doivent être soit prescrites par un médecin généraliste, un pédiatre, un neuro-pédiatre ou un pédopsychiatre, soit demandées par un psychologue de centre PMS, de santé mentale ou de planning familial, et doivent être pratiquées par un psychomotricien diplômé reconnu par l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones.

L'intervention sera accordée pour une durée maximale de 2 années consécutives et sur présentation des factures du psychomotricien mentionnant les dates des séances.

Article 47sexies – Subsidiation de services de garde d'enfants malades

La société mutualiste SOLIMUT subsidie des structures socio-sanitaires qui organisent une aide pour la garde à domicile des enfants mineurs malades. Lorsqu'ils ne peuvent se rendre à la crèche, chez l'accueillante ou à l'école. Par enfant malade, il faut entendre une impossibilité pour l'enfant de fréquenter le milieu préscolaire ou scolaire constatée par un certificat médical.

Solimut veille en particulier à ce que le service soit rendu avec toutes les garanties de qualité par du personnel formé et diplômé et dans le respect d'une charte de qualité élaborée par Solimut.

Solimut octroie un subventionnement aux personnes morales reprises ci-dessous, le montant annuel du subventionnement est fixé chaque année par l'Assemblée générale

La subvention octroyée par la société mutualiste à un bénéficiaire, ne peut en aucun cas servir à financer un avantage individuel particulier pour les membres mutualistes chrétiens par rapport aux autres personnes qui peuvent s'adresser à l'entité subventionnée.

Le subventionnement soutient la finalité de ces ASBL qui consiste en :

- L'épanouissement de l'enfant par le respect de ses besoins
- L'épanouissement des familles par le soutien à la parentalité, l'égalité des chances face à l'emploi, le respect de la structure et de l'organisation familiale, l'accès aux loisirs ...

Au travers des services offerts par ces ASBL, la prise en charge des enfants se fait sans discrimination de race, de sexe, d'origine culturelle, de situation familiale, sociale ou financière.

Les subsides annuels maximum sont :

L'ourson enrhumé (ASBL Les Arsouilles) – rue E. Dinot 21 bte 5 – 5590 Ciney BCE 0418.415.042

L'association a pour but l'éducation des enfants de 0 à 12 ans, et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 33.300 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 35.000 euros.

Adomisil (ASBL La Babillarde) – rue de Brantignies 20 – 7800 Ath BCE 0421.346.719

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.

Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 9.500 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 10.000 euros. Subsidée pour un montant de 27.000 euros en 2012 et de 0 euros en 2011. Le montant versé pour 2013 était de 45.760 euros. Pour 2014, le montant maximum est 60.000 euros. Pour 2015, le montant maximum sera de 60.000 euros.

Aide et Soins à Domicile Tournai Ath Lessines Enghien – Chaussée de Renaix, 196 – 7500 Tournai BCE 0465.068.577.

L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie, des aides familiales ou des aides seniors à la disposition de toute famille, de personnes âgées ou de personnes gravement handicapées qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. En outre, pour répondre aux besoins des personnes qui font appel à ses services, l'association a pour but de collaborer avec des services de soins infirmiers et palliatifs, d'aides ménagères, de gardes à domicile de jour et de nuit, de gardes d'enfants malades, etc. Enfin, l'association a pour but de favoriser et de systématiser la réponse coordonnée aux différents besoins de la personne, liés au but décrit ci-dessus.

Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 21.800 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 23.000 euros. Subsidée pour un montant de 21.000 euros en 2012 et de 0 euros en 2011. Le montant versé pour 2013 était de 8.339 euros. Pour 2014, le montant maximum est 16.000 euros. Pour 2015 le montant maximum sera 18.000 euros.

Aide et Soins à Domicile Mouscron Comines – Rue Saint-Joseph, 8 – 7700 Mouscron BCE 0464.879.527 L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie, des aides familiales ou des aides seniors à la disposition de toute famille, de personnes âgées ou de personnes gravement handicapées dans le sens le plus large, qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. En outre, afin de favoriser et de systématiser, notamment dans le cadre des centres de coordination de soins et services à domicile, elle peut organiser ou collaborer avec tous les services qui présentent un rapport direct ou indirect avec son objet. Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 24.700 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 26.000 euros.

Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental – Rue du Douaire 40/1 – 6150 Anderlues BCE 0465.077.485 L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des professionnels qualifiés dans le domaines de l'aide à domicile (notamment des aides familiales ou des aides seniors) à la disposition de toute famille, de personnes âgées, de personnes gravement handicapées ou de familles avec jeunes enfants, qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. En outre, afin de favoriser et de systématiser, notamment dans le cadre des centres de coordination de soins et services à domicile, elle peut organiser ou collaborer avec tous les services qui présentent un rapport direct ou indirect avec son objet.

Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 108.600 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 115.000 euros.-

Aide et Soins à Domicile Brabant Wallon – Chaussée de Namur, 52c – 1400 Nivelles BCE 0460.481.863 L'association a pour but social d'intervenir à domicile afin de favoriser le retour et le maintien à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté en concertation avec l'environnement familial et de proximité et stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie. Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 114.600 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 122.000 euros.

Aide Familiale – Région bruxelloise ASBL – rue Malibran, 53 – 1050 Bruxelles BCE 0415.862952

L'association a pour but la mise en œuvre, la gestion et le développement de toute initiative de santé ou sociale visant à répondre aux besoins socio-sanitaires de la population de Bruxelles sans discrimination aucune. Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 64.600 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 140.000 euros.

Aide et Soins à Domicile en province de Namur – rue du Lombard, 8 – 5000 Namur BCE 0410.333.160 L'association couvre trois domaines d'activité, à savoir, l'aide à la vie journalière, la coordination, les soins infirmiers. (...) Ces activités sont fournies eu égard aux demandes et besoins des personnes, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses. Elles s'inscrivent dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile. Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 45.300 euros. En 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 48.000 euros.

Aide et Soins à Domicile en province de Luxembourg – Rue de Rédange, 8 – 6700 Arlon BCE 0449.977.357

L'association a pour but de contribuer, notamment dans le cadre du domicile, à l'autonomie et au bien-être physique et moral, des personnes malades, blessées, accidentées, âgées ou rentrées d'hospitalisation, mais aussi de celles qui éprouvent des difficultés passagères ou de longue durée et qui vivent des circonstances sociales ou familiales particulières. (...) Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 47.300 euros. En 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 50.000 euros.

Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme – Rue d'Amercoeur, 55 – 4020 Liège BCE 0435.882.762 L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie des personnes et sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, des professionnels qualifiés dans le domaines de l'aide à domicile (notamment des aides familiales ou des aides seniors) à la disposition de toute famille, de personnes âgées, de personnes gravement handicapées ou de familles avec jeunes enfants, qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. Son activité est animée de valeurs chrétiennes. Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 53.500 euros. En 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 52.000 euros.

Familienhilfe – dienst der christlichen frauenliga – deutschsprachige gemeinschaft – Aachener Straße (rue d'Aix la chapelle), 11-13 – 4700 Eupen BCE : 0430.305.757 Zielsetzung der VoG ist

1. Personen vorübergehend eine qualifizierte Hilfe (Familien- und SeniorenhelferIn – Putzhilfe – Krankenwache) zur Unterstützung in den häuslichen Aufgaben sowie in der täglichen Lebensführung zur Verfügung zu stellen. Dies mit der Zielsetzung den Menschen eine angemessene Lebensqualität für den Verbleib zu Hause zu verschaffen, wobei darauf geachtet wird, dass die Selbständigkeit der Person maximal zu fördern ist.
2. Diese Hilfe richtet sich an alle Personen, gleich welcher politischen, ideologischen und philosophischen Weltanschauung.
3. Ein Ausbildungszentrum für Familien- und SeniorenhelferInnen zu organisieren.
4. Die Vereinigung bietet außerdem Dienstleistungen im Rahmen des Dienstleistungsschecksystems (Vertrag sui generis) an.

Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 4700 euros. En 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 5000 euros.

Bab'Atchoum (ASBL RAIDS) – Rue Laoureux 28 – 4800 Verviers BCE 0451.253.106

L'association a pour but, en dehors de tout esprit de lucre :

- D'assurer la promotion, la création, la gestion et le développement d'actions et de services d'aide dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse.
- D'assurer l'information et l'accompagnement pédagogique et psychologique des familles à but préventif dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse.
- De coordonner l'action et d'assurer la formation permanente et professionnelle des personnes qui assurent des responsabilités dans les domaines susmentionnés
- De mener une réflexion sur les enjeux actuels et futurs en particulier de la politique de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et des politiques d'insertion.

Pour couvrir l'activité relative à l'année 2014, le montant effectivement versé à l'asbl était de 14.900 euros. Pour 2015 et 2016, le montant maximum envisagé est de 16.000 euros.

ASBL PSD – Chaussée de Louvain 292- 4400 BOUGE BCE 0445.266.919

L'association a pour objet premier, à l'exclusion de tout but lucratif :

1° la création, l'organisation et l'exploitation d'une permanence téléphonique destinée notamment à répondre aux besoins suivants :

- le service de garde assurant la continuité des soins selon le prescrit du décret de la Communauté française organisant l'agrément et le subventionnement des Centres de coordination de soins et services à domicile;
- le télésecrétariat pour l'ensemble des Associations Croix Jaune et Blanche, des Associations Aide Familiale et des Associations Aide et Soins à Domicile (A.S.D.) affiliées à la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile;

2° la création, l'organisation et l'exploitation d'un service de biotélégilance au bénéfice des personnes isolées et/ou à fort degré de dépendance.

§ 2. L'association peut de plus organiser, développer et soutenir toute autre initiative au bénéfice des Centres de coordination, des Associations A.S.D. ainsi qu'à tout service d'aide et de soins à domicile, aux conditions prévues au paragraphe 4.

§ 3 : L'association offre ses services à tout organisme à but social et/ou d'utilité publique sollicitant une activité de centrale téléphonique aux conditions prévues au § 4.

§ 4. L'association offre ses services à tout centre de coordination de soins et services à domicile, à tout service d'aide et de soins à domicile et à tout organisme à but social et/ou d'utilité publique, sous réserve, pour chaque cas, d'une décision du Conseil d'Administration à la majorité des trois quarts de voix.

L'ASBL n'a pas été subsidiée en 2012. Le montant versé pour 2013 était de 24.889 euros. Pour 2014, le montant maximum est de 25.000 euros. Pour 2015, le montant maximum est de 28.000 euros.

Article 47septies – Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades

L'intervention du service est prévue pour les enfants malades, de 0 à 12 ans et la maladie doit être attestée par un certificat médical. Solimut rembourse la totalité des frais exposés par le ménage mutualiste qui fait appel à un service mentionné à l'art.47 sexies pour l(es)enfant(s) à sa charge, avec un maximum de 10 jours par enfant par année civile.

Si les prestations du service excèdent les 10 jours, Solimut rembourse les jours supplémentaires à concurrence de la différence entre la somme facturée et le montant de 12 € par jour.

L'intervention est octroyée sur base de la facture originale du service qui a effectué la prestation et uniquement si l'enfant bénéficiaire a fait l'objet d'une préinscription auprès du service concerné.

Solimut rembourse également un forfait de maximum 25 € par jour, avec un maximum de 10 jours par année civile au ménage mutualiste qui fait appel pour l'enfant à sa charge à toute autre ASBL lorsque les services évoqués à l'art. 47 sexies n'ont pas pu répondre à la demande. Cette impossibilité doit être attestée par les services évoqués à l'art.47 sexies.

L'intervention est octroyée sur base de la facture originale du service qui a effectué la prestation accompagnée de l'attestation du service ayant refusé la prise en charge de l'enfant

La cotisation pour ce service est reprise en annexe.

Article 47octies – Dento solidaire

Objet : intervenir dans les frais de soins dentaires accessibles aux praticiens de l'art dentaire et ce, de deux manières :

1. En intervenant dans les frais de traitements d'orthodontie classique, repris dans l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités, de la manière suivante.

- 1.1. Un montant forfaitaire de 187,50€ sera octroyé au membre lors des prestations A.S.S.I « forfait pour appareillage », à savoir les codes prestations:

- 305631 – 305642 : forfait pour appareillage et par traitement, en début de traitement
- 305675 – 305686 : forfait pour appareillage et par traitement, après les 6 premiers forfaits de traitement régulier et au plus tôt au cours du 6^{ème} mois civil de traitement.

Aucune intervention forfaitaire n'est prévue pour l'orthodontie de première intention.

- 1.2. Pour les patients atteints par les affections particulières reprises dans la liste ci-dessous, un montant forfaitaire supplémentaire de 375€ sera octroyé au membre lors de la 24^{ème} prestation A.S.S.I. « forfait de traitement régulier », à savoir les codes prestations :

- 305616 - 305620 : forfait de traitement régulier, max 2 par mois civil et 6 par 6 mois civils
- 305653 – 305664 : forfait de traitement régulier avant interruption de plus de 6 mois
- 305712 – 305723 : forfait de traitement régulier auquel succède une période de traitement régulier non remboursé ou dont l'autorisation de remboursement n'a pas encore été accordée.

- 1.3. Les pathologies suivantes sont reconnues comme affection particulière :

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

- Dysplasie cranio-faciale (déformation des os du crâne au niveau facial) avec fente de la mâchoire supérieure ou inférieure ; avec absence osseuse complète ou partielle (dysostose) au niveau de la ligne médiane ou latéralement ; avec soudure osseuse anormale (synostose) ; avec absence osseuse complète ou partielle + soudure osseuse anormale (crouzon, apert, triphyllocéphalie)
- Dysplasie cranio-faciale avec synchondrose (avec trouble du développement du maxillaire) ; un trouble pathologique du développement cartilagineux résultant d'une croissance défectueuse en incurvée des os longs (achondroplasie).

- Dysplasie cranio-faciale d'autre origine : dysplasie osseuse (ostéopétrose, dysplasie crânio-tubulaire, dysplasie fibreuse) ; dysplasie cutanée (dysplasie ectodermique, neuro-ectodermique, neurofibromatose), dysplasie neuromusculaire (syndrome de Pierre Robin, de Moebius), dysplasie musculaire (fente linguale, aglossie, agénésie unilatérale de muscles faciaux (syndrome cardio-facial - Cayler), dysplasie vasculaire (hémangiome, lymphangiome, hémolymphangiome)
- Agénésie congénitale d'au moins trois dents définitives à l'exception des dents de sagesse

1.4. Les remboursements sont effectués sur base des attestations de soins ou des pièces justificatives originales.

2. En intervenant dans les frais de prothèses dentaires, non reprises dans l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités, à savoir :

- - Les prothèses amovibles pour les membres âgés de moins de 50 ans.
 - Les prothèses fixes
 - Les implants.

2.1. Un montant forfaitaire de 175 € sera octroyé au membre. Cette intervention est renouvelable, par membre, une fois tous les 7 ans. Les remboursements seront effectués sur base des pièces justificatives originales ou du formulaire de demande de remboursement « demande d'intervention prothèse dentaire » dûment complété.

Aucune intervention n'est accordée par le service pour les prestations à caractère cosmétique ou esthétique ni pour les prestations de la nomenclature ASSI réservées aux stomatologues ».

Aucune intervention n'est accordée pour les prestations qui ont lieu à l'étranger excepté celles qui sont dispensées par des prestataires agréés, dans les territoires métropolitains des pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 47 nonies Médecines douces

Objet : Ce service intervient dans le coût des prestations d'ostéopathie, d'acupuncture et de chiropraxie des membres et des personnes à leur charge.

Modalités d'intervention :

- Les soins doivent être donnés par un ostéopathe, un acupuncteur, un chiropracteur.
- Chaque membre peut obtenir, sur simple demande, la liste des prestataires agréés pour ce service ou la consulter sur le site internet de la mutualité.

Le Conseil d'administration de Solimut peut modifier la liste à condition que :

- la décision du Conseil mentionnant la date d'entrée en vigueur de la décision soit signée par le directeur de SOLIMUT et immédiatement transmise à l'office par lettre recommandée ;
- les modifications soient reprises dans les statuts avec effet rétroactif, à l'occasion de l'Assemblée générale qui suit cette décision du Conseil.

Pour chaque prestation d'acupuncture et de chiropraxie, les données suivantes doivent être reprises sur l'attestation de soins délivrée par le prestataire :

- la date de traitement,
- le nom du prestataire,
- le nom du patient,
- le montant payé par le patient,
- le cachet et la signature du prestataire.

Pour l'ostéopathie, les ostéopathes agréés sont tenus de délivrer à leurs patients une attestation conforme au modèle d'attestation d'ostéopathie uniforme tel que prévu pour l'ensemble des Unions nationales. Le remboursement des prestations d'ostéopathie par la mutualité s'effectuera exclusivement sur la base de ce modèle.

Le remboursement sera effectué après réception d'un reçu ou d'une note d'honoraires du prestataire reprenant les coordonnées de ce prestataire, le nom du bénéficiaire de la séance, la date de la séance, le montant des honoraires réclamés.

Les prestations doivent avoir lieu sur le territoire belge.

Le remboursement s'élève à 10 € par séance et est plafonné à 70 € par année civile et par bénéficiaire. Les interventions pour l'ostéopathie, l'acupuncture et la chiropraxie peuvent être combinées, mais le nombre d'interventions est toutefois limité à 7 par année civile.

Art. 47 decies Homéopathie

Objet : Ce service accorde aux membres et à leurs personnes à charge une intervention dans le coût des médicaments homéopathiques.

Modalités d'intervention

- a. Les médicaments homéopathiques doivent être prescrits par un médecin disposant d'un numéro INAMI.
- b. Les médicaments homéopathiques doivent avoir été achetés en pharmacie.
- c. La mutualité intervient pour les médicaments homéopathiques si ceux-ci respectent le critère de dilution (minimum 10.000) et s'il s'agit de préparations orales.

Les produits suivants n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement dans le cadre de l'homéopathie, même lorsqu'ils répondent aux critères mentionnés ci-dessus : vitamines, teintures mères et extraits de plantes, suppléments alimentaires, organothérapie, nosodes, ondes telluriques et médicaments anthroposophiques.

d. Le remboursement des médicaments homéopathiques s'élève à 25 % du prix d'achat réellement payé par le bénéficiaire. Il est limité à 175€ par année civile et par bénéficiaire.

e. L'achat de médicaments homéopathiques reconnus par la mutualité doit être prouvé par une attestation délivrée par le pharmacien et conforme aux prescrits de l'Arrêté royal du 21/01/2009 portant instructions pour les pharmaciens. Cette attestation peut être obtenue auprès du pharmacien à la demande du patient. Seuls sont pris en compte les médicaments homéopathiques à côté desquels un astérisque est indiqué dans la liste BVAC.

Art. 47 undecies Contraception

SOLIMUT intervient dans le coût des méthodes contraceptives qui sont supportées par le membre après « après déduction de l'intervention éventuelle de l'ASSI

Cette intervention a lieu dans les conditions suivantes :

- intervention de 40 € maximum par année civile, par membre, pour la pilule contraceptive, les patches, l'injection d'hormones, l'anneau vaginal, le préservatif (masculin et féminin), les spermicides, sur présentation d'une preuve d'achat,
- intervention de 120 € maximum par membre, par période de 3 années civiles lors de l'utilisation d'un stérilet ou d'un implant contraceptif, sur présentation d'une attestation médicale et d'une copie de la facture.

Art. 47 duodecies Vitatel - Télévigilance

Une intervention mensuelle de 6 € est accordée au titulaire ou au bénéficiaire qui a fait appel aux prestations de services de biotélévigilance de l'ASBL Permanence Soins à Domicile, n° 0445.266.919.

Cette intervention est déduite de la facture établie par «Permanence et Soins à Domicile ».

Pour les membres ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, une intervention de 6 euros par mois est également octroyée au bénéficiaire qui fait appel aux prestations des seuls services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les C.P.A.S. des communes.

Art. 47 terdecies Service « répit »

Solimut veut apporter une aide à ses membres qui ont à leur charge une personne handicapée en finançant le recours occasionnel à un service de répit. Le service doit figurer dans la liste définie par le Conseil d'Administration et jointe aux présents statuts.

Selon le modèle AVIQ , et reproductible dans les différentes régions, Solimut rembourse le montant demandé par le service prestataire, limité au montant horaire autorisé par l'AVIQ, à savoir :

- Le répit à domicile avec un maximum de 8 heures de garde par mois.
 - o **La prestation de répit à domicile consiste en une présence active de l'intervenant auprès de l'usager au domicile ou sur un lieu défini entre l'aidant proche, l'usager et le service de répit, hors activité scolaire**
- Ou le répit collectif avec un maximum de 4 demi-journées par mois.
 - o **La prestation de répit en demi-journée d'activité collective consiste à accueillir des usagers lors d'activités extérieures collectives organisées en journée par le service répit, hors activité scolaire.**
- Et le répit résidentiel avec un maximum de ~~10 journées par année civile~~ **2 journées par mois.**
 - o **1° assurer l'accueil des usagers en dehors de leur milieu de vie habituel et hors activité scolaire, permettant à ceux-ci de vivre de nouvelles expériences de vie;**
 - o **2° permettre aux usagers de bénéficier d'un service résidentiel soit sur site soit via des activités collectives extérieures et comprenant au moins une nuit. »**

L'intervention est octroyée sur présentation de la facture du service qui a réalisé la prestation active.

Cet article entre en vigueur au 1^{er} avril 2016

Article 48 – Juridiction

Toute contestation relative au respect des présentes conditions générales relève de la compétence des juridictions du lieu de domicile du membre.

Sous-chapitre 4 : L'assurance hospitalisation à affiliation facultative

Article 49 à Article 72bis

Supprimés au 01-01-2012

Sous-chapitre 5 : L'assurance libre petits risques des travailleurs indépendants

Section 1 : Définition du service

Articles 73 à 91

Supprimés au 1er janvier 2008

Section 10 : Organe consultatif

Article 92

Une commission consultative composée d'au moins 6 indépendants (un par province) est constituée. Cette commission a pour mission de formuler des propositions en matière de services à rendre aux membres ayant un statut d'indépendant.

Section 11 : Disposition transitoire

Article 93

Supprimé au 1er janvier 2008

Chapitre 6 : Budgets et comptes

Article 94

Pour chacun des services mentionnés à l'article 2 des présents statuts, la Société mutualiste emploie des comptes d'exploitation distincts, comme stipulé par l'article 29 § 3,2° de la loi du 6 août 1990.

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

- les cotisations mentionnées pour les opérations et autres services tels que reprises dans le tableau EGUS en annexe des présents statuts.
- les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers spécialement destinés à chacun d'eux ;
- les intérêts ainsi que le bénéfice sur titres réalisés afférents à chacun d'eux.

Les produits et charges techniques afférents aux services leurs sont imputés directement et les autres charges à répartir le sont sur base des art. 74 et 75 de l'AR du 21 octobre 2002 portant exécution de l'art 29 §§ 1^{er} et 5 de la loi du 6 août 1990. Chaque service

Le patrimoine de la Société mutualiste ne peut être affecté à d'autres fins que celles qui sont expressément définies par les présents statuts.

« Le patrimoine de la société mutualiste doit être placé conformément aux dispositions de l'article 29 §4 de la loi du 6 août 1990 et à ses arrêtés d'exécution ».

Chapitre 7 : Modifications statutaires – fusion - dissolution – liquidation

Article 95 – Modifications statutaires

Sans préjudice des dispositions légales concernant les compétences de l'Assemblée générale ainsi que des modalités de convocation de celle-ci, toute proposition tendant à modifier les statuts doit être soumise au Conseil d'administration qui juge s'il y a lieu d'y donner suite sous réserve de la souveraineté de l'Assemblée générale

Une suite doit être donnée à toute proposition contresignée par au moins un tiers des membres de l'Assemblée générale.

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée générale, dont l'ordre du jour prévoit la modification des statuts, si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés et si la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Les votes exprimés sont les votes en séance des personnes présentes ou valablement représentées, à l'exclusion des votes blancs ou nuls et des abstentions. Si le quorum de présences requis n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée, qui délibérera valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, à la même majorité que celle qui aurait été applicable si la première assemblée avait eu lieu.

Article 96 - Fusion

La société mutualiste peut fusionner avec une autre société mutualiste du type prévu à l'art. 43 bis § 1 de la loi du 6 août 1990 pour autant que les mutualités qui y sont affiliées appartiennent à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. La fusion fait l'objet d'une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, qui ne peut statuer valablement que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés. La décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés. Si le quorum de présence requis n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée, qui délibérera valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, à la même majorité que celle qui aurait été applicable si la première assemblée avait eu lieu.

La convocation doit être envoyée aux membres de l'Assemblée générale au moins six semaines avant la date de l'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la fusion. L'opération de fusion se fera selon les conditions et dans les formes prévues à l'art. 44 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions de mutualités.

Article 97 - Dissolution

La société mutualiste peut être dissoute par une décision de l'Assemblée générale convoquée spécialement à cet effet. Cette Assemblée ne délibère valablement que si la moitié des membres sont présents ou représentés. La décision doit être prise à la majorité des trois quarts des votes exprimés.

Si le quorum des présences exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, à la même majorité que celle qui aurait été applicable si la première assemblée avait eu lieu.

En cas de décision de dissolution, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis dans la liste des réviseurs agréés par l'Office de contrôle. En outre, l'Assemblée générale désigne deux commissaires, membres de l'Assemblée générale ayant voix délibérative.

L'Assemblée générale qui décide de la dissolution décide aussi de la destination à donner aux éventuels actifs résiduels, dans le respect de ses buts statutaires. Ils sont affectés en priorité au paiement des avantages au profit des membres

Chapitre 8

Article 98 – Entrée en vigueur

Ces statuts entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013, à l'exception des articles 45, 45bis, 45ter, 47ter, 47quater, 47 sexies qui entrent en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2012.

Article 99 - Disposition transitoire

Les adaptations aux articles 61 et 71 entrent en vigueur avec effet au 1^{er} janvier 2012.

La suppression du sous-chapitre 4 (articles 49 à 72bis) entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

Annexe : Tableau des cotisations ETAC

180/02 - Date d'approbation : 14/11/2015 - Date d'application : 01/01/2016

Cotisations obligatoires (annuel)

A. Cotisations obligatoires propres

Cat.1 Ménage mutualiste sans personne à charge

Cat.2 Ménage mutualiste avec personnes à charge

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

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

CODE	SERVICES	Art. des statuts	(1)	CATEGORIE DE MEMBRES			
				Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
14	Hospitalisation	38 à 41		24,60	24,60	0,00	0,00
15	Autres opérations	43 et 47		27,24	27,24	0,00	0,00
	Sous total des opérations			51,84	51,84	0,00	0,00
37	Information aux membres sur les avantages offerts	44		1,68	1,68	0,00	0,00
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	45 et 47	*	4,44	4,44	0,00	0,00
93	Patrimoine	42		0,12	0,12	0,00	0,00
98/1	Centre administratif : centre de répartition	néant		0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			58,08	58,08	0,00	0,00

CODE	(1) Personnes morales avec lesquelles un accord de collaboration a été conclu
38	<p>Aperçu des actions collectives 38/1 et subventionnement de structures socio-sanitaires 38/2</p> <p>Numéro de suiteNom et Numéro d'entreprise</p> <p>1 (38/1)ASBL VIE FEMININE - BCE 0410.905.856</p> <p>2 (38/2)ASBL JEUNESSE & SANTE - BCE 0411.971.074</p> <p>3 (38/2)ASBL ALTEO - BCE 0410.383.442</p> <p>4 (38/2) ASBL ENEO</p> <p>5 (38/2) ASBL ALTEO SPORT</p> <p>6 (38/2)ASBL SOLIVAL WALLONIE-BRUXELLES - BCE 0460.213.530</p> <p>7 (38/2)ASBL FEDERATION DES SERVICES MATERNELS ET INFANTILES - BCE 421.218.045</p> <p>Aperçu des subventionnements de services de garde d'enfants malades</p> <p>Numéro de suiteNom et Numéro d'entreprise</p> <p>8 (38/2)L ourson enrhumé (ASBL Les Arsouilles) - BCE 0418.415.04:</p> <p>9 (38/2)Adomisil (ASBL La Babillarde) - BCE 0421.346.719</p> <p>10 (38/2)Aide et Soins à Domicile Tournai Ath Lessines Enghien BCE 0465.068.577</p> <p>11 (38/2)Aide et Soins à Domicile Mouscron Comines BCE 0464.879.527</p> <p>12 (38/2)Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental BCE 0465.077.485</p> <p>13 (38/2)Aide et Soins à Domicile Brabant Wallon BCE 0460.481.86:</p> <p>14 (38/2)Aide et Soins à Domicile Bruxelles ASBL BCE 0415.86295:</p> <p>15 (38/2)Aide et Soins à Domicile Namur BCE 041.333.160</p> <p>16 (38/2)Aide et Soins à Domicile Luxembourg BCE 0449.977.357</p> <p>17 (38/2)Aide et Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme BCE 0435.882.762</p> <p>18 (38/2)Familienhilfe dienst der christlichen frauenliga deutschsprachige gemeinschaft BCE : 0430.305.757</p> <p>19 (38/2)Bab Atchoum (ASBL RAIDS) - BCE 0451.253.106</p> <p>20 (38/2) Permance Soins à Domicile - BCE 0445.226.919</p>

"pour les catégories de membres 3 et 4, se référer à l'article 6bis des statuts de la société mutualiste "

LISTE DES MALADIES GRAVES ET CHRONIQUES DES ENFANTS DE 0 A 18 ANS ETABLIE POUR LA GARDE D'ENFANTS MALADES

1. Infirmité motrice cérébrale
2. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire grave acquis.
3. Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime.
4. Epilepsie
5. Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie) avec handicap moteur étendu.
6. Malformations cardiaques graves
7. Insuffisances rénales
8. Insuffisances respiratoires
9. Hémophilie
10. Hémoglobinopathie homozygote
11. Maladie métabolique héréditaire nécessitant un traitement prolongé spécialisé
12. Mucoviscidose
13. Polyarthrite inflammatoire
14. Psychose, troubles de la personnalité, arriération mentale
15. Suites de transplantation d'organe
16. Tuberculose active
17. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (cancer)
18. Maladies hors liste nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 12 mois.

Toutes ces maladies attestées par un médecin spécialiste.

LISTE DES ATTESTATIONS DE HANDICAP NECESSAIRES POUR L'OBTENTION D'UNE GARDE REPIT

1. Décision AWIPH en accueil – Hébergement – Accompagnement – Aide matérielle

Documents attestant de la présence d'un handicap ; à savoir :

2. Attestation d'un service hospitalier agréé
3. Attestation d'un service reconnu par l'INAMI
4. Décision d'un Gouverneur de Province dans le cadre de l'ex-fonds 81
5. Attestation établie par une équipe pluridisciplinaire, composée au moins d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social ou paramédical
6. Attestation établie par un service de consultation ONE
7. Document provenant d'une administration (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.
8. Attestation délivrée par un médecin spécialisé et agréé par l'INAMI

Liste établie par l'AWIPH pour les services handicap répit.

Séjour ALTEO et Altéo SPORT : liste des prix

Séjours	Lieux	Altéo	DATES (de)	DATES (à)	Nuits	Évaluation Places	Prix non MC	Prix MC	Réduction
Belgique	Ter Duinen	Anderlues	27-02-15	06-03-15	7	64	720	515	205 EUR
Belgique	Spa Semaine Sainte	Secrétariat Général	30-03-15	06-04-15	7	44	720	515	205 EUR
Belgique	Russeignies	Hainaut Picardie	10-04-15	17-04-15	7	25	460	310	150 EUR
Belgique	Ostende	Anderlues	08-05-15	15-05-15	7	50	755	585	170 EUR
Belgique	Ter Duinen	Hainaut Picardie	16-05-15	22-05-15	6	64	720	515	205 EUR
Belgique	Ter Duinen	Liège	22-05-15	29-05-15	7	64	760	555	205 EUR
Belgique	Ter Duinen	Bruxelles	03-07-15	10-07-15	7	96	720	515	205 EUR
Belgique	Ter Duinen	Namur	10-07-15	17-07-15	7	55	720	515	205 EUR
Belgique	Spa	Hainaut Picardie	10-07-15	17-07-15	7	85	735	530	205 EUR
Belgique	Spa (francoforties)	Liège	17-07-15	24-07-15	7	55	940	700	240 EUR
Belgique	Ter Duinen	MRB	17-07-15	24-07-15	7	64	720	515	205 EUR
Belgique	Stoumont	Hainaut Picardie	19-07-15	26-07-15	7	35	550	400	150 EUR
Belgique	Spa	Namur	24-07-15	31-07-15	7	40	720	515	205 EUR
Belgique	Spa	Bruxelles	07-08-15	14-08-15	7	40	720	515	205 EUR
Belgique	Spa	Luxembourg	07-08-15	14-08-15	7	40	720	515	205 EUR
Belgique	Sandeshoved	Anderlues	08-08-15	15-08-15	7	30	758	594	164 EUR
Belgique	Banneux	Hainaut Picardie	10-08-15	14-08-15	4	44	470	320	150 EUR
Belgique	Bredene	Hainaut Picardie	22-08-15	29-08-15	7	40	650	500	150 EUR
Belgique	Ter Duinen	Liège	11-09-15	18-09-15	7	64	720	515	205 EUR
Belgique	Spa	Anderlues	11-09-15	18-09-15	7	42	720	515	205 EUR
Belgique	Ostende	Bruxelles	11-09-15	18-09-15	7	40	770	605	165 EUR
Belgique	Juseret	Verviers	14-09-15	18-09-15	4	26	490	360	130 EUR
Belgique	Ter Duinen	Bruxelles	25-09-15	02-10-15	7	52	720	515	205 EUR
Belgique	Ter Duinen	Namur	25-09-15	02-10-15	7	52	720	515	205 EUR
Belgique	Ostende	Anderlues	25-09-15	02-10-15	7	50	755	585	170 EUR
Belgique	Orval	Brabant Wallon	12-10-15	16-10-15	4	40	460	310	150 EUR
Belgique	Ostende	Brabant Wallon	23-10-15	27-10-15	4	40	530	380	150 EUR
Belgique	Sandeshoved	Anderlues	30-10-15	06-11-15	7	40	758	594	164 EUR
Belgique	Ter Duinen	Secrétariat Général	21-12-15	28-12-15	7	64	720	515	205 EUR
Belgique	Spa	Hainaut Picardie	19-12-15	26-12-15	7	75	720	515	205 EUR
Belgique	Spa	Namur	26-12-15	02-01-16	7	85	720	515	205 EUR
Belgique	Ter Duinen	Anderlues	26-02-16	04-03-16	7	64	720	515	205 EUR
Etranger	Benidorme	Liège	15-04-15	22-04-15	7	35	1000	900	100 EUR
Etranger	Jura	Anderlues	17-04-15	24-04-15	7	40	1230	1080	150 EUR
Etranger	Côte d'Azur	Luxembourg	17-05-15	24-05-15	7	45	1149	999	150 EUR
Etranger	Corfou	Luxembourg	27-05-15	03-06-15	7	45	1515	1365	150 EUR
Etranger	Bulgarie Bien-être	Liège	06-06-15	18-06-15	12	43	1235	1160	75 EUR
Etranger	Bulgarie Bien-être	Liège	15-06-15	22-06-15	7	15	1000	925	75 EUR
Etranger	Rome	Namur	15-06-15	22-06-15	7	40	1650	1500	150 EUR
Etranger	Le Bouveret	Hainaut Picardie	19-06-15	27-06-15	8	40	845	695	150 EUR
Etranger	La Salette	Luxembourg	12-06-15	18-06-15	6	45	900	750	150 EUR
Etranger	Presqu'île de Giens	Brabant Wallon	18-06-15	27-06-15	9	50	1170	1020	150 EUR
Etranger	Cap d'Agde	Anderlues	26-06-15	05-07-15	9	40	1310	1160	150 EUR
Etranger	Vosges	Luxembourg	28-06-15	05-07-15	7	45	930	780	150 EUR
Etranger	Saint-Antonin	Hainaut Picardie	01-07-15	09-07-15	8	39	700	550	150 EUR
Etranger	Valais	Bruxelles	13-07-15	23-07-15	10	25	905	755	150 EUR
Etranger	Dunkerke	Verviers	15-06-15	22-06-15	7	28	900	750	150 EUR
Etranger	Rumo	Namur	19-07-15	26-07-15	7	40	780	680	100 EUR
Etranger	Bourgogne	Luxembourg	18-07-15	25-07-15	7	45	1149	999	150 EUR
Etranger	Bray Dunes (collab J&S)	Hainaut Picardie	25-07-15	01-08-15	7	20	530	380	150 EUR
Etranger	Normandie	Hainaut Picardie	01-08-15	08-08-15	7	35	700	550	150 EUR
Etranger	Toscane	Liège	28-07-15	08-08-15	11	41	695	620	75 EUR
Etranger	La Loire	Anderlues	22-08-15	29-08-15	7	40	980	830	150 EUR
Etranger	Ile de Ré	Brabant Wallon	22-08-15	29-08-15	7	45	940	790	150 EUR
Etranger	Lourdes	Secrétariat Général	24-08-15	28-08-15	4	100	850	670	180 EUR
Etranger	Camargue	Liège	28-08-15	06-09-15	9	38	1090	1015	75 EUR
Etranger	Hautes Alpes	Namur	29-08-15	05-09-15	7	40	1100	950	150 EUR
Etranger	Saint-Pierre la Mer	Hainaut Picardie	04-09-15	13-09-15	9	40	1175	1025	150 EUR
Etranger	Alsace	Bruxelles	19-09-15	26-09-15	7	42	960	810	150 EUR
Etranger	Caen	MRB	03-10-15	10-10-15	7	56	850	740	110 EUR
Etranger	Rhodes	Anderlues	04-10-15	11-10-15	7	40	1300	1150	150 EUR
Etranger	Alsace	Brabant Wallon	20-12-15	26-12-15	6	45	1200	1050	150 EUR
Etranger	Foret Noire	Anderlues	21-12-15	28-12-15	7	40	1160	1010	150 EUR

Séjours	Lieux	AltéoSport	DATES (de)	DATES (à)	Nuits	<u>Evaluation Places</u>	Prix MC	Prix non MC	Réduction
Belgique	Ter Duinen	AltéoSport	20-03-15	22-03-15	2	37	125	180	55 EUR
Belgique	Arlon	AltéoSport	16-08-15	21-08-15	5	40	310	490	180 EUR
Belgique	Juseret	AltéoSport	20-07-15	27-07-15	7	40	340	490	150 EUR
Belgique	Juseret	AltéoSport	16-08-15	21-08-15	5	30	310	440	130 EUR
Belgique	Spa	AltéoSport	16-10-15	18-10-15	2	25	125	180	55 EUR
Belgique	Ter Duinen	AltéoSport	10-07-15	17-07-15	7	70	515	720	205 EUR