

Mutualité Neutre du Hainaut

Avenue de Waterloo, 23 – 6000 Charleroi

Tél : 071/20 52 11

Mail : contact@mut216.be

www.mut216.be

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1er janvier 2016

- Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été décidées par l'assemblée générale de la mutualité le 14 décembre 2015
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 24/03/2016

L'Office de contrôle a approuvé les dispositions statutaires suivantes sans aucune réserve.

Mutualité Neutre du Hainaut (216) est affiliée à :

- l'Union Nationale des Mutualités Neutres (200), dont les statuts sont disponibles sur son site internet, à l'adresse www.mutualites-neutres.be/status/public
- la société d'assistance mutuelle Neutrale Zorgkas Vlaanderen, dont les statuts sont disponibles sur le site internet suivant <http://www.nzvl.be/sites/default/files/Statuten%20op%201%20juli%202016%20MOB%20NZV.pdf>
- la société mutualiste d'assurances « Neutra », dont les statuts sont disponibles sur le site internet suivant <http://neurahospi.be/>

Mutualité : «Mutualité Neutre du Hainaut»

établie à **6000 Charleroi**

Reconnue par arrêté royal du 30 décembre 1898

STATUTS

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

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

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

Après délibération, l'assemblée générale réunie le 14 décembre 2015 à 18 h 30 a décidé, au quorum de présence et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la mutualité comme suit :

CHAPITRE I

Constitution - Dénomination - Buts

Siège social et champ d'activité de la mutualité.

Article 1. Une fédération mutualiste a été établie à CHARLEROI, le 29 décembre 1889, sous la dénomination FEDERATION DES SOCIETES DE SECOURS MUTUELS RECONNUE DU BASSIN DE CHARLEROI. La dénomination : FEDERATION NEUTRE DES SOCIETES DE SECOURS MUTUELS RECONNUE DU BASSIN DE CHARLEROI a été homologuée par arrêté royal du 16 novembre 1926.

Une nouvelle dénomination : FEDERATION NEUTRE DES SOCIETES DE SECOURS MUTUELS DU BASSIN DE CHARLEROI a été homologuée par arrêté royal du 22 novembre 1929.

Sa dénomination actuelle : MUTUALITE NEUTRE DU HAINAUT a été homologuée par arrêté royal du 28 décembre 1990.

Article 2. Les buts de la mutualité sont :

a) Dans le cadre de l'article 3, a) et c), de la loi du 6 août 1990 : la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'Union Nationale auprès de laquelle elle est affiliée l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance, comme le stipule l'article 3.c de la loi du 6 août 1990, lors de l'accomplissement de cette mission.

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

En outre, cette tâche comprend aussi, uniquement pour les aspects qui concernent l'exécution de l'assurance obligatoire, la guidance des membres afin de veiller à ce que leurs soins qualitatifs soient assurés et de veiller que chacun ait accès à ces soins.

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

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution ou de l'article 3, alinéa 1^{er}, c, de la loi du 6 août 1990.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a lieu sous la responsabilité de l'Union Nationale. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'Union Nationale.

b) Dans le cadre de l'article 3, b) et c), de la même loi et de l'article 67, alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 : l'organisation de services et opérations dans le cadre des services complémentaires pour l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses affiliés et à leurs personnes à charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

A.1. Services et opérations obligatoires pour les assurés :

service information et propagande (ce service n'est ni une
opération, ni une assurance)

service administratif 98/2

opérations diverses :

- service transport
- prestations de services - service juridique
- service diététique,
- service affiliation à un club sportif
- service sevrage tabagique
- service naissance et adoption,
- service vacances,
- service convalescence,
- service hospitalisation,
- service pédicure,
- service posturopodie
- service logopédie,
- service solidarité,
- service psychologie,
- service greffe,
- service matériel sanitaire

- service aides familiales
- service télévigilance,
- service alimentation et soins des bébés,
- service fécondation in vitro
- service soins à domicile,
- service garde d'enfants malades
- service optique
- arbitrage,
- service contraception,
- service gynécologie,
- service bilan santé,
- service enfants cancéreux et autres affections,
- service vaccin,
- service remboursement des tickets modérateurs
- service diabète,
- service prothèses,
- service médecines alternatives
- service traitements orthodontiques
- service éducation et promotion du bien- être et de la santé
- service social agréé par la Région Wallonne (ce service n'est ni une opération, ni une assurance)
- service Médecine spécialisée et soins paramédicaux
- service aide mutualiste, bénévolat, rencontre et voyages
- service promotion à l'éducation
- service Tourisme social
- service patrimonial (ce service n'est ni une opération, ni une assurance)

Les membres doivent s'affilier à l'ensemble des services et opérations repris ci-dessus

La mutualité permet à ses affiliés et à leurs personnes à charge de bénéficier des avantages statutaires octroyés par l'Union nationale auprès de laquelle elle est affiliée.

(article 7 § 2 de la loi du 6 août 1990).

c) La mutualité, en tant qu'intermédiaire d'assurances auprès de la S.M.A. NEUTRA, se charge de la promotion et de la vente des produits proposés par ladite S.M.A. et offre à ses membres la possibilité de souscrire à une assurance hospitalisation.

Article 3. Le siège social de la mutualité est établi à Charleroi et son champ d'activité s'étend sur tout le territoire national. La mutualité s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique, ainsi qu'aux :

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

Article 4. La mutualité est affiliée auprès de l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES établie à BRUXELLES.

Article 5. Abrogé.

CHAPITRE II.

Autorisation, démission et exclusion.

Article 6. Tout titulaire au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution qui souhaite s'affilier auprès de la mutualité, pour lui-même et pour ses personnes à charge, est accepté, quel que soit l'âge, le sexe et l'état de santé, à condition qu'il ne soit pas membre d'une autre mutualité, que ce soit pour les activités visées à l'article 2 a. des présents statuts ou pour celles visées à l'article 2 b.

Les avantages prévus à l'article 2 b. de ces statuts sont octroyés pour autant que le membre soit en règle de paiement de cotisations aux services complémentaires.

L'affiliation aux services complémentaires est obligatoire pour tous les services repris à l'article 2b A.1.

Toutefois, cette affiliation doit se faire pour l'ensemble des services complémentaires de la mutualité et de l'Union Nationale auxquels la mutualité adhère.

L'affiliation à l'épargne prénuptiale organisée par l'Union Nationale est toujours facultative.

Article 7. Le non-paiement de la cotisation pour les services visés à l'article 2 b) A.1. des présents statuts constitue une cause d'exclusion des membres. Cette exclusion ne concerne que les services complémentaires. La notion de « services complémentaires » vise tant les opérations que les éventuels services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010.

La procédure d'exclusion des membres qui ne paient pas leurs cotisations aux services complémentaires est la suivante :

- Si les cotisations n'ont pas été payées relativement à une période de 23 mois consécutifs ou non, la procédure d'exclusion est entamée.
- Au plus tard, dans le courant du mois qui suit l'expiration de ce délai, une lettre recommandée sera adressée aux membres concernés les invitant à s'acquitter du paiement des cotisations avant l'expiration du délai de 24 mois de non-paiement des cotisations et les informant que l'exclusion prendra effet à la fin du trimestre qui suit ce délai de 24 mois.

- En cas de paiement de l'arriéré des cotisations avant l'expiration du délai de 24 mois susvisé, le membre ne sera pas exclu. Par contre, si le membre paie les arriérés après l'expiration du délai de 24 mois de non-paiement des cotisations, il sera exclu. Cette exclusion sera communiquée au membre par lettre recommandée. L'exclusion ne dispense pas le membre exclu du paiement des arriérés de cotisations dues, dans les limites de la prescription prévue à l'article 48 bis de la loi du 6 août 1990.

L'Union Nationale délègue à la mutualité le pouvoir d'exclure les membres qui ne paient pas leurs cotisations aux services complémentaires.

Conformément à l'article 38 de la loi du 6 août 1990, la mutualité ne pourra déduire du montant des prestations à payer dans le cadre de l'assurance obligatoire, le montant des cotisations de l'assurance complémentaire impayées par le membre.

Article 8. Peuvent être exclus comme membre des services visés à l'article 2 b, les membres qui se rendent coupables d'une infraction.

La Mutualité peut refuser l'affiliation à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à la personne qui refuse de se soumettre à ses statuts et à ceux de l'Union Nationale des Mutualités Neutres à laquelle la mutualité adhère.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration (ou la personne ou 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 aux jour et heure proposés, est censé avoir renoncé à ses moyens de défense, sauf excuse valable ou cas de force majeure.

CHAPITRE III.

Catégories de membres.

Article 9. Dans le présent article on entend : par «services complémentaires» les prestations, opérations et services organisés par la mutualité ou l'Union nationale.

Pour bénéficier des avantages octroyés par les services et opérations organisés par les présents statuts, les membres font partie de l'une des catégories reprises ci-après :

1. Les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et d'indemnités en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'extension et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires décrits à l'article 2.b. et qui sont en règle de paiement. La cotisation est due par chaque ménage mutualiste au sens de l'arrêté royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010 portant les dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire.

2. Les personnes, travailleurs frontaliers qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires décrits à l'article 2.b. et qui sont en règle de paiement. La cotisation est due par chaque ménage mutualiste au sens de l'arrêté royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010 portant les dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire

3. Les personnes qui, pour l'assurance obligatoire, sont inscrites à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité

ou à la Caisse de Santé des soins de santé HR Rail, de l'Office des Régimes Particuliers de Sécurité Sociale / Régime de la sécurité sociale d'outre mer, de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins, les détenus à charge de la justice, les fonctionnaires de l'Union Européenne, les agents du SHAPE, de l'OTAN et de l'ONU ainsi que les personnes qui ne sont plus soumises à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le gouvernement belge ainsi que les travailleurs frontaliers qui ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire à condition qu'ils résident en Belgique et qu'ils paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires. Il en est de même pour les personnes qui en assurance obligatoire sont à charge d'une autre institution nationale ou supranationale autre que notre système d'assurance obligatoire et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires décrites à l'article 2.b. et qui sont en règle de paiement.

Article 9 bis. L'assemblée générale du 6 novembre 2000 a décidé, à l'unanimité, de supprimer l'article 9 Bis de nos statuts au 1er janvier 2001.

CHAPITRE IV - ORGANES DE LA MUTUALITE.

SECTION 1 - L'assemblée générale.

Composition.

Article 10. L'assemblée générale se compose d'un délégué par 1.000 membres tels que définis à l'article 2 de l'Arrêté royal du 7 mars 1991.

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

Conditions de droit de vote et d'éligibilité.

Article 11. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'assemblée générale :

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

Pour être élu à l'assemblée générale, les membres ou les personnes à charge doivent :

- a. avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent ;
- b. être en possession d'un certificat de bonne vie et moeurs et ne pas être privés des droits civils ;
- c. être affiliés depuis au moins 3 années avant la date d'élection ;

- d. hormis le Directeur Général et le Directeur d'Administration retraités, ne pas être un ancien membre du personnel de la mutualité, de l'ASBL «La Sécurité» ou de l'Union nationale,
- e. ne pas être membre du personnel de la mutualité, de l'A.S.B.L. La Sécurité ou de l'Union nationale.

Procédure électorale.

Article 12. Les membres et leurs personnes à charge, majeurs ou émancipés, sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité :

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

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

Article 13. Les candidatures doivent être adressées au président de la mutualité par lettre recommandée.

Le président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 11 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date d'envoi de la candidature.

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

Article 14. Le Conseil d'administration de la mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

Article 15. La date des élections ainsi que la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être portées à la connaissance des membres et aux personnes ayant droit de vote par publication dans un délai maximum de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

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

Bureau électoral.

Article 16. L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un président, d'un secrétaire et de deux assesseurs. Le bureau électoral est composé au plus tard trente jours avant le début des élections.

Le président, le secrétaire et les assesseurs sont désignés par le Conseil d'administration.

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

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

Etablissement de la liste électorale.

Article 17. Il existe une liste électorale unique.

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur la liste d'électeurs.

Cette liste mentionne le nom, les prénoms, le numéro de membre et l'adresse de chaque électeur.

La liste d'électeurs est définitivement clôturée à la fin du trimestre qui précède le trimestre au cours duquel commence la procédure électorale.

Le vote.

Article 18. Le vote est libre.

Il se déroule dans un bureau choisi par le Conseil d'administration.

Les bulletins sont déposés dans une urne scellée.

Le vote ayant lieu dans un bureau unique choisi par le Conseil d'administration, l'électeur doit être informé par les publications de la mutualité de l'endroit et des date et heure auxquels il est possible de voter.

Les personnes ayant droit de vote et résidant dans une commune où un bureau électoral est prévu peuvent être obligées de voter dans ce bureau. Elles peuvent toutefois également voter par correspondance si elles demandent par écrit un bulletin de vote.

Les personnes n'habitant pas la commune avec bureau de vote doivent obligatoirement avoir la possibilité de voter par correspondance. A cette fin, la convocation et le bulletin de vote doivent être envoyés à toutes les personnes ayant droit de vote, à savoir les assurés et leurs personnes majeures à charge.

Dans le bureau de vote, le secrétaire note l'identité des électeurs qui se présentent et vérifie s'ils figurent sur la liste d'électeurs.

Article 19. Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote.

Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

L'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste a été déterminé par le Conseil d'administration conformément à l'article 14 des présents statuts.

Si l'électeur est d'accord avec l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste, il peut voter en case de tête.

Dépouillement des bulletins de vote.

Article 20. Après la fermeture du bureau de vote, les membres du bureau électoral procèdent immédiatement au dépouillement et transmettent le résultat du scrutin au président de la mutualité.

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

Les voix en case de tête sont réparties parmi les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis.

Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir.

En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, celui-ci est accordé au candidat qui cotise aux services complémentaires de la mutualité depuis le plus longtemps.

Sont nuls :

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

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin.

Exemption de l'obligation d'organiser des élections.

Article 21. Lorsque le nombre de candidats est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont automatiquement élus (cfr articles 14 et 15 de l'arrêté royal du 7 mars 1991).

Article 22. Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par publication de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après celui-ci.

Le candidat qui conteste le résultat peut saisir l'Office de Contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991.

Article 23. Un exemplaire des publications visées aux articles 12, 15, 18 et 22 de ces statuts, ainsi que la composition du bureau électoral et un double du procès-verbal de la procédure électorale sont transmis à l'Union nationale auprès de laquelle la mutualité est affiliée ainsi qu'à l'Office de Contrôle, ceci dans les trente jours suivant la date de clôture du scrutin.

Article 24. La nouvelle assemblée générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale.

Un recours auprès de l'Office de Contrôle suspend la période de trente jours.

Le Directeur Général assiste à l'assemblée générale avec voix consultative.

Compétence de l'assemblée générale.

Article 25. 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.

En cas d'empêchement, un délégué à l'assemblée générale peut donner procuration écrite à un autre délégué de l'assemblée générale de la Mutualité. Toutefois, chaque personne ne peut être porteuse que d'une seule procuration.

Le mandat de membre de l'assemblée générale n'est pas rémunéré. Toutefois il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence.

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.

SECTION 2 - Election des représentants pour l'assemblée générale de l'Union Nationale.

Article 26. La délégation de la mutualité au sein de l'assemblée générale de l'Union nationale comprend un nombre de délégués communiqué par l'Union nationale sur base de ses statuts.

Article 27. Les délégués sont élus par l'assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut proposer une liste de candidats.

Exceptés le Directeur Général et le(la) Directeur(Directrice) d'Administration, ces délégués ne peuvent être membres du personnel salarié, appointé ou indépendant rémunéré par la mutualité.

Article 28. Les représentants des membres et des personnes à charge à l'assemblée générale des mutualités qui souhaitent être élus délégués à l'assemblée générale de l'Union nationale, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'assemblée générale qui procédera à l'élection.

Article 29. Le vote est secret. Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix. Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, ce mandat est attribué au candidat qui cotise aux services complémentaires de la mutualité depuis le plus longtemps.

SECTION 3 - Conseil d'administration

Article 30.

Le Conseil d'administration de la mutualité est composé de 14 membres, hommes et/ou femmes; ils sont élus pour une durée maximale de 6 ans, et rééligibles. La totalité des mandats ne peut être octroyée à des personnes d'un même sexe.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur, de bonnes conduite, vie et mœurs, ne pas être privé de ses droits civils, hormis le Directeur Général et le(la) Directeur(Directrice) d'Administration, ne pas être rémunéré par la mutualité ou l'Union nationale, soit en qualité de salarié ou appointé, soit en qualité de travailleur indépendant.

Le Conseil d'administration de la mutualité se réunit au moins trois fois l'an.

En cas d'empêchement un Administrateur peut donner procuration écrite à un autre Administrateur.

Toutefois, chaque personne ne peut être porteuse que d'une seule procuration.

La fonction de membre du Conseil d'administration n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence.

Le montant du jeton de présence seul est fixé par l'assemblée générale.

Article 31. Le Conseil d'administration est élu par les membres de l'assemblée générale.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au président du Conseil d'administration. Le président établit la liste des candidatures valablement introduites.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin. Chaque membre de l'assemblée générale dispose d'une voix.

Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, ce dernier est attribué au candidat qui cotise aux services complémentaires de la mutualité depuis le plus longtemps.

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

Le Directeur Général et le(la) Directeur(Directrice) d'Administration de la Mutualité participe(nt) au Conseil d'administration avec voix consultative, dans le cas où ils n'ont pas la qualité d'Administrateurs régulièrement élu.

Article 32. 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 ainsi que la perte de qualité de membre à l'assemblée générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration de la mutualité.

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

Le Conseil d'administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des votes exprimés.

En cas de parité de voix, celle du Président est prépondérante.

Article 33. Le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, les actes relevant de la gestion journalière, au Président ou à un ou plusieurs Administrateurs ou à un Comité de Gestion, dont les membres sont désignés par le Conseil d'administration en son sein.

SECTION 4 - Comité de gestion et Comité de rémunération.

Article 34. - Composition :

Le Conseil d'administration élit en son sein un président, un président honoraire, un 1^{er} vice-président, un 2^{ème} vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Ces six membres ainsi que le Directeur Général, et le (la) Directeur(Directrice) d'Administration s'ils ont été élus Administrateurs, constituent le Comité de gestion et le Comité de rémunération

Ces derniers sont nommés et révoqués par le Conseil d'administration qui fixe leurs prérogatives et attributions.

Elections :

Les membres du Comité de gestion et de rémunération sont élus par le Conseil d'administration à la majorité absolue des suffrages valables des administrateurs présents.

Les abstentions ne sont pas prises en considération pour la détermination de cette majorité absolue.

Pour le ou les candidats qui n'auraient pas atteint cette majorité absolue, un second scrutin a lieu et est ou sont élus le ou les candidats qui ont obtenu le plus de voix.

Mandats :

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de perte de la qualité d'administrateur, de décès ou de démission, il est pourvu au remplacement du ou des mandats vacants, avant leur échéance statutaire, par une élection au sein du Conseil d'administration lors de sa plus prochaine réunion suivant immédiatement celle de l'assemblée générale.

Le membre ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

Procédure :

Le Comité de gestion se réunit au moins une fois par mois.

Aucune décision n'est valable si elle ne réunit l'adhésion de la majorité des membres présents. Le Comité de gestion délibère de façon valable lors d'une réunion régulièrement convoquée, pour autant qu'au moins cinq membres soient présents.

Les décisions du Comité de gestion sont enregistrées dans des procès-verbaux.

Le Comité de rémunération se réunit au moins une fois par an.

Aucune décision n'est valable si elle ne réunit l'adhésion de la majorité des membres présents. Le Comité de rémunération délibère de façon valable lors d'une réunion régulièrement convoquée, pour autant qu'au moins cinq membres soient présents.

Les décisions du Comité de rémunération sont enregistrées dans des procès-verbaux.

Compétence :

Le Comité de gestion est chargé de l'exécution des décisions prises par le Conseil d'administration, de la supervision des services et de l'élaboration de la politique générale de la mutualité.

Il peut prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Il prépare les séances du Conseil d'administration et de l'assemblée générale. Au cours de ces réunions, il fait rapport sur son activité et sur la situation de la mutualité.

Il soumet au Conseil d'administration toutes propositions qu'il juge utiles et lui présente, après examen préalable, les comptes annuels.

Il interprète les règlements inhérents à l'organisation administrative et comptable des mutualités (statuts, loi, arrêtés royaux d'application, circulaires, ...) dans leur application.

La fonction de membre du Comité de gestion n'est pas rémunérée. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence.

Le montant du jeton de présence seul est fixé par le Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration présente le montant du jeton de présence selon les règles fixées à l'assemblée générale qui est seule compétente pour approuver le montant.

Le Comité de rémunération a, de manière générale, la mission de veiller à la politique de rémunération de la Mutualité Neutre du Hainaut pour le Conseil d'administration et de soumettre, à celui-ci, toutes les propositions qu'il juge utiles.

Il élabore la philosophie en matière de rémunération.

Sur propositions de la Direction, il acte les promotions internes pour ce qui concerne les cadres.

Il décide le statut barémique et les éléments de rémunération des cadres.

Il approuve les barèmes applicables au personnel de la mutualité.

Il interprète les règlements dans leur application tels que les conventions collectives de travail, la convention collective d'entreprise ainsi que les différentes lois programmes (etc) qui influent sur la gestion des ressources humaines de la mutualité.

La fonction de membre du Comité de rémunération n'est pas rémunérée.

Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence dont le montant est fixé par le Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration présente le montant du jeton de présence selon les règles fixées à l'assemblée générale qui est seule compétente pour approuver le montant.

SECTION 5 - Président – Président honoraire – 1^{er} Vice-Président – 2^{ème} Vice-Président - Secrétaire - Trésorier – Directeur Général – Directeur(Directrice) d'administration

Article 35. Le Président.

Le Président est chargé de diriger l'assemblée générale, le Conseil d'administration, le Comité de gestion et le Comité de rémunération,; il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux; il représente la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques. Il soutient toutes actions au nom de la mutualité, soit en demandant, soit en défendant.

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

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement l'assemblée générale d'autorité, de plus il a le devoir de la convoquer à la demande d'un cinquième au moins des délégués.

Le Président a également le droit de convoquer le Conseil d'administration d'autorité.

En outre, il est tenu de le convoquer à la demande d'au moins quatre Administrateurs

En cas d'absence, il est remplacé par le 1^{er} Vice-Président et/ou le 2^{ème} Vice-Président.

Article 35 Bis. Le Président Honoraire.

Le Président Honoraire est élu par le Conseil d'administration.

Pour être élu à ce poste, il faut avoir été Président en exercice de la Mutualité Neutre du Hainaut pendant au moins 1 mandat.

Le Président Honoraire peut assister, avec voix délibérative, au Comité de gestion, Conseil d'administration et assemblée générale.

Il n'a voix délibérative à l'assemblée générale que pour autant qu'il soit membre élu.

Article 35 Ter. Le 1^{er} Vice-Président.

Le 1^{er} Vice-Président est élu par le Conseil d'administration. Il remplace le Président en cas d'absence de celui-ci.

Article 35 Quater. Le 2^{ème} Vice-Président.

Le 2^{ème} Vice-Président remplace le Président en cas d'indisponibilité de celui-ci et du 1^{er} Vice-Président. -

Le mandat du 2^{ème} Vice-Président est dévolu au Directeur Général de la Mutualité retraité. Pour pouvoir prétendre à cette fonction, il doit être Administrateur de la Mutualité et avoir exercé en qualité de personnel de Direction, non licencié, au moins 10 années.

Article 36. - Le Secrétaire.

Le Secrétaire rédige et signe les convocations, les procès-verbaux de l'assemblée générale et du Conseil d'administration.

Il rédige et signe également les procès-verbaux du Comité de gestion.

Il ne peut avoir de voix délibérative au sein du Conseil d'administration que s'il est élu comme administrateur.

Article 37. - Le Trésorier.

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

A chaque assemblée générale, le Conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

Il ne peut avoir voix délibérative au sein du Conseil d'administration que s'il est élu comme administrateur.

Article 38. - Le Directeur Général - Le/la Directeur (Directrice) d'administration.

Le Directeur Général est nommé par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de gestion et acceptation du Comité de direction de l'Union Nationale.

Le Conseil d'administration délègue sous sa responsabilité les actes relevant de la gestion journalière au Directeur Général (et le cas échéant, à le/la Directeur (Directrice) d'Administration nommée par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de Gestion), pour autant qu'ils aient la qualité d'Administrateurs régulièrement élus.

Le Directeur Général dirige et veille à l'organisation des services de la mutualité ainsi qu'à leur bonne marche et prend, à cet effet, toutes mesures nécessaires et utiles.

Le Directeur Général engage et licencie le personnel et détermine son statut barémique. Sans préjudice aux dispositions légales, il ne peut le licencier, sauf en cas de faute grave, sans avoir obtenu l'accord préalable du Comité de gestion.

Il a la direction technique, comptable et administrative de la Mutualité.

Le/la Directeur (Directrice) d'Administration assiste le Directeur Général et le remplace, soit en son absence, soit par délégation, dans tous ses pouvoirs, fonctions et compétences.

Le/la Directeur (Directrice) d'administration est nommée par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de gestion et acceptation du Comité de Direction de l'Union Nationale.

La/la Directeur (Directrice) d'administration assiste le Directeur Général et le remplace, soit en son absence, soit par délégation, dans tous ses pouvoirs, fonctions et compétences.

CHAPITRE V.

Les services et opérations de la mutualité : avantages, cotisations.

Article 39. Pour ses assurés et leurs personnes à charge, la mutualité organise les services et opérations et réalise les buts visés à l'article 2 des présents statuts en instituant des services selon les modalités déterminées ci-après.

Pour tous les services où il n'est pas prévu expressément de prescription de remboursement, l'action en paiement des prestations se prescrit par deux ans à compter du moment où l'évènement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

Les prestations sont offertes dans la mesure des ressources disponibles. Ces dispositions ne sont pas applicables au service « épargne prénuptiale ».

Articles 40 à 45.

Supprimés au 01/01/2008.

SECTION 2 – Services et Opérations.

Article 46. Service transport.

La mutualité intervient dans les frais de transport des malades et peut organiser ce service.

a. En cas d'hospitalisation, la mutualité intervient dans les frais de transport des membres effectifs et de leurs personnes à charge pour les catégories de bénéficiaires visés à l'article 9, 1, 2, 3,

b. Par personnes à charge, il faut comprendre celles visées au règlement déterminant les bénéficiaires des soins de santé, établi en matière d'assurance maladie invalidité obligatoire.

c. La Mutualité intervient dans les frais de transport des membres effectifs et de leurs personnes à charge en règle de cotisations aux services complémentaires pour la période facturée partout en Europe.

A. Le remboursement se fera aux conditions suivantes si l'assuré est hospitalisé au moins une nuit :

1° En ambulance :

- 1 € du Km jusqu'au 150^{ème} Km (maximum par trajet) avec un minimum de 25 €

- ces mêmes conditions sont valables pour le transfert de clinique à clinique si le patient séjourne dans le 2^{ème} établissement.

- le nombre de kms est calculé sur le trajet aller-retour, il est remboursé aussi bien pour l'admission que pour la sortie de l'hôpital.

2° En taxi ou assimilé (transporteur non privé), 0,40 € du Km :

- uniquement lorsque le malade voyage dans le taxi

- pour une entrée ou une sortie de l'hôpital et dans un rayon compris entre le point de départ et celui de l'établissement hospitalier.
- un reçu nominatif avec le nombre de kms parcourus sera exigé.
- Le nombre de Kms est limité à 150 kms (aller-retour).

3° En voiture particulière (par un tiers), 0,15 € du Km :

- idem que le taxi mais sans reçu nominatif et avec une déclaration de l'assuré.
- Le nombre de Kms est limité à 150 kms (aller-retour).

4° Pour le patient dialysé, en voiture particulière ou autre : 0,15 € du kilomètre.

Montant cumulable avec l'intervention de l'assurance obligatoire, mais limité au montant payé.

B. Conditions de remboursement si le malade n'est pas hospitalisé.

1° En ambulance :

- si le patient décède avant l'arrivée de l'ambulance ou pendant son transport : mêmes conditions que A
- 1°
- si le patient est chargé sur la voie publique ou en dehors de son domicile vers un établissement hospitalier : mêmes conditions que A 1°
- du domicile vers l'hôpital, un centre de soins, une polyclinique, un forfait de 12,50 € et éventuellement le même forfait pour le retour au domicile.

2° En taxi : 0,40 € du km:

du domicile vers l'hôpital, un centre de soins, une polyclinique (limité à 150 Kms, aller- retour)

3° En voiture particulière par un tiers : 0,15 € du km

- du domicile vers l'hôpital, un centre de soins, une polyclinique (limité à 150 Kms, aller- retour)

C. L'intervention de la Mutualité est limitée à :

- 380 € par année civile pour le transport en ambulance et le transport du dialysé
- 250 € par année civile pour le transport en taxi (ou assimilé).
- 200 € par année civile pour le transport en voiture particulière (tiers)

D. Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité, la mutualité organise les services suivants :

1. transport convalescence : le membre bénéficie du remboursement des frais de déplacement, aller-retour limités au tarif SNCB en 2ème classe, lorsqu'il se rend dans un des centres de convalescence repris à l'annexe des statuts
2. transport polyclinique : une intervention de € 20 est octroyée par huit déplacements pour consultation ou examen médicaux (hormis les soins de kinésithérapie, de physiothérapie, ainsi que pour les séances de logopédie, de psychologie, de diététique et de pédicurie) auprès de la Polyclinique Neutre de Charleroi.

Article 47.

Les avantages de ce service sont octroyés aux membres effectifs, ainsi que les personnes à leur charge. Par personnes à charge, il faut comprendre celles visées par la législation en matière d'assurance obligatoire.

Article 48. A. Service propagande et information

Ce service comprend :

- les frais d'impression, de distribution du journal de la Mutualité, de toute publicité et activités destinées aux membres ayant pour objet l'information de leurs droits et obligations dans le cadre de l'assurance complémentaire organisée dans le cadre de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales et de la loi du 26 avril 2010 et de ses arrêtés portant dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire concernant les mutualités.
- des conférences destinées à informer les assurés sur l'éducation et la promotion de la santé sont proposées. Aucun droit d'entrée ne leur est réclamé.

Article 48. B. Service administratif

a) Centre administratif (classification 98/1) est destiné à recevoir et à répartir les flux financiers afférents aux charges et produits de fonctionnement communs aux services visés aux articles 3, alinéa 1er, b) et c), et 7, §§ 2 et 4, de la loi du 6 août 1990, qu'il n'est pas possible de mettre directement à la charge d'un ou de plusieurs services précités.

Les charges imputées au centre administratif seront, à chaque exercice, intégralement réparties entre les différents services sur la base de clés objectives.

b) Service administratif (classification 98/2).

Conformément à l'article 1, 4° de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010 portant diverses dispositions en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, la mutualité prévoit un service administratif qui vise la perception des cotisations destinées à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités visé à l'article 195, §5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce, dans la mesure des cotisations perçues.

Le service administratif gère les réserves administratives citées ci-dessus dans le cadre réglementaire imposé par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Toute cotisation administrative perçue sera exclusivement destinée à ce service administratif (98/2).

Sont également imputés au centre administratif (code 98/2) les charges et produits déterminés par l'Office de contrôle des mutualités.

Prestations diverses.

Article 49. C. Prestations de services - Service juridique.

Ce service a pour but l'établissement de tout dossier et de défense en justice pour les problèmes relatifs aux relations de travail et de sécurité sociale. Aucune participation financière n'est réclamée au membre.

En outre, l'assuré peut bénéficier d'un conseil ou avis auprès de l'un des avocats désignés par la mutualité et dont la liste est annexée aux présents statuts. Pour cette consultation, conseil ou avis, aucune intervention financière ne sera réclamée au membre.

Il est accessible aux membres effectifs et à leurs personnes à charge.

Article 50. A. Diététique.

Le service accorde une intervention de € 25 par an pour le bilan diététique et € 12,5 six fois par an pour les séances chez un(e) diététicien(ne).

Ces interventions sont accordées aux titulaires et bénéficiaires en cas d'obésité ou d'anorexie, sur base d'un certificat médical établi par un médecin et justifiant le traitement et des justificatifs reprenant les honoraires perçus par le (la) diététicien(ne.)

Article 50. B. Education et promotion du bien-être et de la santé.

a) Le service accorde les interventions suivantes en faveur de l'assuré :

€ 10 au terme de la formation qui comporte les 5 premières randonnées

€ 8 à l'assuré qui a effectué 12 randonnées, formation comprise

€ 8 à l'assuré qui, au-delà des 12 premières séances, termine une série de 14 randonnées

Conditions : - pratiquer la marche nordique dans un club affilié à la ligue nationale de marche nordique;
- les adeptes doivent être encadrés et conseillés par des instructeurs possédant des compétences en anatomie et physiologie ;
- les adeptes doivent être encadrés par un instructeur lors de chaque randonnée organisée par le club.

b) le service accorde une intervention de 30 € aux titulaires et personnes à charge qui ont suivi des cours de premiers soins auprès de la Croix Rouge de Belgique pour obtenir le Brevet Européen de Premiers Secours.

Cette intervention est subordonnée à la remise d'une attestation de fréquentation des cours et d'une copie du Brevet Européen de Premiers Secours.

Article 50. C. Affiliation à un club sportif

Montant et condition de l'intervention :

Le service accorde aux membres ainsi que leurs personnes à charge, une intervention maximale de € 30 par année civile pour les frais d'affiliation à un club sportif. Dans tous les cas, le montant de l'intervention devra être limité au montant réellement payé pour l'affiliation à un club sportif.

Les conditions d'intervention sont les suivantes :

●il doit s'agir de l'un des sports suivants : l'athlétisme, le badminton, le base-ball, le basket, le bowling, la danse (en ce compris le ballet), la plongée, le sport de combat, l'haltérophilie, le golf, la gymnastique, le handball, le hockey, la balle-pelote, le canoë, le kayak, le jeu de quilles, l'escalade, le « korfbal », le vélo tout-terrain, la marche d'orientation, l'équitation, la pêche, la pétanque, l'aviron, le rugby, le patinage, l'escrime, le ski, le squash, le tennis, le tennis de table, le triathlon, le football, le volley, la marche, le cyclisme, le yoga, la natation (ainsi que les bébés nageurs), le tir à l'arc, le tir à la carabine, le kin-ball, l'école du cirque, les sports pour moins valides et de façon plus générale, les sports olympiques et ceux reconnus par le C.I.O.

- il doit s'agir d'une affiliation à :
 - une saison sportive auprès d'un club sportif reconnu par une fédération nationale, provinciale, régionale ou communale ;
 - un centre de fitness reconnu par une des fédérations officielles qu'elle soit nationale, régionale, provinciale ou communale ;
 - auprès d'une organisation reconnue, qu'elle soit nationale, régionale, provinciale ou communale, en matière d'organisation de programmes d'initiation au jogging ou d'initiation à la course.

- pour tout sport à la séance, le remboursement s'effectue pour autant qu'il y ait un minimum de 10 séances sous accompagnement.

Le sport doit être pratiqué sous les conseils d'un moniteur, un conseiller ou entraîneur.

- L'intervention n'est octroyée qu'aux personnes qui, au moment du paiement de l'affiliation au club sportif, sont membres de la mutualité et en règle de cotisation aux services complémentaires.

L'assemblée générale se réserve le droit d'adapter la liste des disciplines sportives.

Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Affiliation à un club sportif » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 35 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

Article 50. D. Service «Sevrage tabagique»

Montant et conditions d'intervention :

Sur base d'une prescription médicale, une intervention dans le coût d'un traitement médicamenteux anti-tabac est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge

- montant de l'intervention maximale par année civile : 30 €
- documents à remettre :
 - certificat médical
 - attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien

Article 51. E. Service naissance et adoption.

a) Le service alloue une indemnité fixée à 350 € en cas de naissance ou en cas d'adoption d'un enfant.

L'intervention est la même pour chaque nouveau-nés ou d'enfants adoptés.

b) Le service offre un cadeau« bien être et santé » à la naissance ou à l'adoption :

un chèque cadeau d'une valeur de € 19,00 négociable auprès des magasins « Dreambaby » contre des articles de puéricultures.

Les valeurs indiquées correspondent au prix d'achat.

Les avantages précités sont accordés pour autant que le nouveau-né ou l'enfant adopté soit inscrit au moment de la naissance ou de l'adoption à charge du père, du père adoptif, de la mère ou de la mère adoptive affilié(e) en qualité de titulaire à la Mutualité Neutre du Hainaut.

Article 52. F. Service vacances.

Le service accorde une intervention :

1. de 75,00 € maximum par année civile dans les frais de participation à des classes de neige, classes vertes, classes de mer, classes d'éveil, stages sportifs ou culturels, linguistiques ou informatiques, des camps de mouvements de jeunesse

- pour les enfants âgés de 3 à 18 ans accomplis, fréquentant les classes vertes, de neige, de mer et d'éveil, pour autant que le séjour ait une durée minimale d'une nuitée.
- pour les enfants âgés de 3 à 18 ans accomplis participant pendant la période de vacances scolaires à des stages sportifs, culturels, linguistiques ou informatiques, à des camps de mouvement de jeunesse et à des activités de pleine de jeux.

2. Pour des séjours de vacances spécialement organisés pour handicapés physiques ou mentaux à plus de 66 %, âgés de 3 à 18 ans accomplis, par un organisme possédant une certaine spécialisation en la matière, disposant d'un encadrement adéquat et reconnu par le ministère compétent.

Une intervention annuelle égale au montant payé pour le séjour, avec un maximum de € 250 est accordée aux bénéficiaires, sur présentation de l'attestation prévue à cet effet et dûment complétée par l'organisme du séjour.

Les interventions du service reprises aux alinéas 1 et 2 ne sont chaque fois accordées que pour une période au cours de laquelle les personnes concernées sont inscrites comme membres de la mutualité. Celles-ci sont accordées sur base d'un reçu émanant du service organisateur de ces activités précisant la somme payée et la période.

3. Le service vacances organise, dans le cadre d'un accord de collaboration conclu avec l'ASBL Horizons Jeunesse, à l'attention des jeunes bénéficiant d'allocations familiales, des activités sportives et culturelles, des loisirs éducatifs et des vacances visant à développer leur bien-être physique et moral et à les éveiller à la citoyenneté. Le prix de ces activités, loisirs et vacances est à charge des participants.

Le service intervient à raison de € 350,00 maximum, par activité organisée en faveur des membres qui participent à l'une ou plusieurs activités sur base d'un programme annuel repris en annexe et organisé dans le cadre de l'accord de collaboration précité.

Pour prétendre à cette(ces) intervention(s), le membre doit être en règle de paiement de cotisation aux services complémentaires.

Le détail des interventions est repris à l'annexe 5 des statuts.

Article 53. G. Service convalescence.

Le but de ce service est d'accorder aux malades répondant aux conditions suivantes, un séjour de convalescence limité à 21 jours, pouvant, sur base d'une justification médicale, être prolongé jusqu'à 28 jours si :

- Il fait suite :
- ✓ Soit à une hospitalisation avec intervention dont la valeur relative est d'au moins K250 ou N400 ;
- ✓ Soit à une hospitalisation résultant d'une des maladies graves suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique et diabète ;
- ✓ Soit à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
- Il est justifié par un certificat médical ;
- Il débute dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation ou du traitement visé au 1^{er} tiret ;
- Il respecte la condition : « une seule cure par affection et par année civile ».

Le montant de l'intervention est limité à € 20 par jour.

Article 54. H. Service d'hospitalisation.

a) Le service accorde une indemnité annuelle maximale par titulaire et par bénéficiaire de 125 € à raison de 25 nuits à 5 €.

b) Le service accorde 15 nuits à 5 € pour l'accompagnant qui loge en milieu hospitalier en cas d'opération cardiaque, oncologique et pédiatrique. Aucune intervention pour hospitalisation en cas d'accouchement.

L'action en paiement se prescrit par deux ans à partir de la fin du mois au cours duquel le membre reçoit la facture d'hospitalisation.

La date de réception correspond au 3^{ème} jour ouvrable qui suit la date reprise sur la facture émise par l'établissement.

Modification des cotisations :

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

- 1) lorsque la hausse est 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.

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.

En cas d'adaptation des cotisations ou des conditions de couvertures, celles-ci seront d'application à partir de la date fixée par les organes statutaires de la Mutualité Neutre du Hainaut et, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit la décision.

Article 55. I. Service pédicure.

a) Ce service intervient à raison de € 10 par séance avec un maximum de 2 séances par an.

b) Une intervention de 12 € est accordée 4 fois l'an pour les personnes diabétiques ainsi que pour les personnes ayant un handicap lourd, sans limite d'âge. Un certificat médical est requis.

Article 55.J. Service posturopodie

Montant et conditions d'intervention :

Une intervention maximale de 35 €, renouvelable tous les 2 ans à partir de la date de la fourniture, est accordée aux membres effectifs et à leurs personnes à charge pour le placement d'une paire de semelles de posturopodie.

L'intervention est accordée sur base d'un reçu de fourniture établi par le prestataire.

Article 56. J. Service logopédie.

1. Une intervention est accordée au titulaire et à ses personnes à charge pour tout traitement de logopédie prescrit par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI.

a) Ce service accorde une intervention de € 5 par séance si un accord n'est pas délivré, soit par le Collège des Médecins-Directeurs de l'I.N.A.M.I., soit par le Médecin Conseil.

Le total de ces interventions est cependant limité à € 375 par an et par bénéficiaire.

b) En cas d'intervention de l'assurance obligatoire, l'avantage est limité au ticket modérateur légal réclamé au bénéficiaire limité à € 3 par séance et à un montant total de € 225 par an et par bénéficiaire.

Les interventions du service reprises aux alinéas 1a et 1b sont accordées sur base d'un reçu établi par le prestataire et pour des traitements suivis auprès de logopèdes conventionnés.

La méthode « TOMATIS » est assimilée à un traitement de logopédie.

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

2. Une intervention de 12 € par séance et pour un maximum de 120 € par année civile est également octroyée aux enfants de moins de 14 ans pour des séances de psychomotricité spécifiées comme telles, sur base d'un reçu établi par le psychomotricien ou le praticien paramédical, prestataire de l'activité, reconnu par l'I.N.A.M.I.

Article 57. K. Service hospitalisation «plus» +.

Supprimé au 01/01/2012.

Article 58. L. Service solidarité.

Ce service accorde :

Une aide financière aux membres effectifs et à leurs personnes à charge, confrontés des pertes de revenus, en raison de leur état de santé, de soins médicaux ou de traitement médical, à qui une intervention personnelle fort coûteuse dans le domaine de la santé est réclamée.

Sont admissibles à une intervention :

- les titulaires avec un statut social au sens de l'article 37 § 1, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994 ;

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

- les titulaires dont le revenu est inférieur au minimum social vital, ou qui, en raison de coûts exceptionnels et importants en raison de leur état de santé, de soins médicaux ou de traitement médical voient leurs revenus réduits au minimum social vital.

Cette condition de revenus est reprise à l'annexe 6 des statuts.

Conditions

Pour l'intervention peuvent être pris en compte :

- les frais résultant de l'état de santé, de traitement médical ou de soins médicaux
 - qui ne sont pas pris en compte dans le cadre de l'assurance soin ou du maximum à facturer dans l'assurance soins de santé ;
 - après déduction de l'intervention payée ou payable par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance accident du travail, le Fonds des maladies professionnelles et toute autre forme d'indemnisation de caisse, fonds, organisme ou institution où l'affiliation est obligatoire ;
 - qui ont été encourus pendant la période de 12 mois précédant la demande d'intervention ;
- le coût de la cotisation personnelle à la mutualité pour l'année civile complète au cours de laquelle la demande a lieu.

Les frais de soins ou de traitements médicaux sont uniquement pris en compte si la nécessité médicale du traitement ou des soins est démontrée au moyen d'un certificat du médecin traitant-spécialiste.

En cas d'hospitalisation, les suppléments qui résultent du choix d'une chambre individuelle ne sont pas pris en compte. Il en est de même pour les traitements et soins de médecines alternatives.

Avantage

L'indemnisation :

- ne sera accordée qu'à la condition que le montant total des frais soit au moins de € 250 ;
- est de 50 % des coûts admissibles à charge du titulaire, avec une franchise à charge du titulaire de € 125
- est limitée à un maximum de € 500 par dossier ;
- est limitée à un maximum de € 1000 euros civile.

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

Modalités

L'intervention est accordée sur présentation de :

- une demande du titulaire ;
- une enquête sociale sur les revenus, établie par un service public ou un service social pour les personnes bénéficiant d'un revenu social vital ou qui menacent d'y tomber ;
- les factures originales et les notes de frais restant à charge du membre ;

Le membre doit être en règle de cotisation aux services complémentaires.

Article 58. M. Promotion à l'éducation

Ce service a pour but de faciliter l'accès à l'éducation et au savoir.

Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité, les étudiants du cycle post secondaire, de plein exercice, en cours du jour ou en cours du soir, peuvent bénéficier d'un prêt de € 250 maximum remboursable sans intérêt.

Le montant du prêt ne peut cependant pas dépasser le montant du minerval payé par l'étudiant. Une preuve du montant réclamé doit être fournie ainsi que l'inscription de l'assuré en qualité d'étudiant.

Ce prêt est remboursé par mensualités de € 25.

Le membre doit être en règle de cotisation aux services complémentaires.

Article 59. M. Service psychologie.

Le service accorde sur base d'une prescription médicale, une intervention dans le coût d'un traitement psychologique auprès d'un(e) licencié(e) en psychologie aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge :

- montant de l'intervention maximale par année civile :

€ 20 une fois l'an pour le bilan établi par un(e) psychologue,

€ 10 par séance du suivi psychologique avec un maximum de six séances par année.

- documents à remettre :

- le certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement,
- les justificatifs reprenant les honoraires perçus par le(a) licencié(e) en psychologie.

Ces deux interventions sont cumulables entre elles.

Article 60. N. Service noces.

Supprimé au 01/01/2002.

Article 61. O. Service greffes d'organes.

Ce service accorde :

- une indemnité de 1.000,00 € pour une greffe du cœur,
- une indemnité de 1 000,00 € pour une greffe de rein,
- une indemnité de 1 000,00 € pour une greffe de moelle,
- une indemnité de 1 000,00 € pour une greffe de foie,

- une indemnité de 1 000,00 € pour une greffe de poumon.

- une indemnité de 1 000,00 € pour une greffe de pancréas

En cas de greffes multiples, le malade reçoit les interventions cumulativement, limitées à 2 000,00 €.

L'intervention n'est accordée qu'une seule fois pendant une période de 12 mois.

Article 62. P. Matériel sanitaire

Une intervention de 20 € par mois pendant 12 mois maximum est accordée pour la location d'un lit médical à domicile

Article 63. Q. Service Décès.

Supprimé au 01/01/2015.

Article 64. R. Assurance dotale.

Supprimé au 01/01/2002.

Article 65. S. Service d'Aides familiales

A) Le service accorde une intervention de 1 € par heure suivant périodes, à raison de 4 heures pendant 4 semaines consécutives en faveur des membres effectifs et leurs personnes à charge dans les conditions ci-après définies.

Le membre peut bénéficier de cette intervention trois fois par an.

B) L'intervention est prévue dans les cas suivants :

- soins palliatifs à domicile,
- maladies graves suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique et diabète ;
- suite à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
- après une période d'hospitalisation de 10 nuits liée à une intervention chirurgicale,
- accidents, fractures des membres inférieurs ou traumatismes graves,
- grossesse et accouchement : problèmes importants attestés par un certificat médical
- dépression nerveuse sévère,

C) Pour pouvoir prétendre à l'intervention mentionnée au point A ci-avant, les membres effectifs et leurs personnes à charge

devront :

- fournir un certificat médical détaillé,

Ces interventions peuvent être versées directement aux services d'aides familiales dans le cadre du système tiers-payant.

Ces interventions sont versées après une demande préalable faite par l'organisme de prestations sur présentation d'une facture.

D) L'octroi de l'intervention mentionnée au point A ci-avant est refusé dans les cas suivants :

1) lorsque le dommage résulte d'un accident survenu suite à un exercice physique effectué lors de compétitions sportives pour lesquelles les participants reçoivent une quelconque rémunération,

2) lorsque le dommage résulte d'une faute grave commise par le membre.

Article 65. T. Service aide mutualiste, bénévolat, rencontre et voyages

A. Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité, le membre peut, en fonction des disponibilités des bénévoles, bénéficier de l'assistance de l'un de ceux-ci soit pour leur tenir compagnie pendant la journée soit pour les déplacements suivants :

- Rendre visite à une personne séjournant à l'hôpital, dans un home.
- Participer à une activité
- Se rendre auprès d'un organisme
- Se rendre à la pharmacie
- Rendre visite à la famille
- Se promener dans son quartier

B. Des journées ou après-midi récréatifs sont proposés aux membres.

- Après-midi récréatifs : aucune participation financière n'est réclamée à l'exception du paiement de la cotisation relative à ce service.

- Voyages : les participants bénéficient d'une réduction sur le coût du voyage s'ils sont en règle de paiement de cotisations aux services complémentaires conformément à l'article 6 des présents statuts.

Cette réduction s'élève à € 7 par voyage.

Article 65 U. Tourisme social

A Vacances

a) Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité, les membres peuvent bénéficier de conditions tarifaires avantageuses octroyées par les voyagistes et centre de délasséments repris en annexe.

b) Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec l'ASBL La Sécurité, des voyages sont organisés en faveur des

membres de la mutualité neutre du Hainaut.

Les membres, en règle de paiement de cotisations aux services complémentaires, bénéficient d'un remboursement de € 7 sur le prix facturé par le voyageur.

Cette intervention est payable sur présentation du reçu d'encaissement du prix du voyage.

Article 66. U Service « Patrimonial »

Ce service acquiert, gère, possède, loue, prête et met à disposition de la Mutualité Neutre du Hainaut, selon un contrat de bail ou gratuitement, tout bien immobilier et mobilier nécessaire ou utile à la réalisation de son but, y compris l'hébergement des services administratifs et médicaux de la Mutualité Neutre du Hainaut.

Pour ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'ASBL La Sécurité.

Pour l'exercice 2013, le montant maximum qui sera versé par la Mutualité au service patrimonial de l'Asbl La Sécurité a été fixé à € 215.055,00.

Pour l'année 2014, le montant maximal prévu a été fixé à € 60.000.

Article 66. V. Service garde enfants malades.

Montant et condition de l'intervention :

Le service accorde aux membres ainsi que leurs personnes à charge, lorsque les deux parents possèdent leur propre statut au sens de l'assurance obligatoire, un gardiennage des enfants malades aux conditions suivantes :

Age :	enfants de -12 ans.
Horaire :	de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h).
Durée :	5 jours consécutifs maximum pour l'intervention.
Maximum :	15 jours par an.
Intervention personnelle :	€ 12,50 par jour.
Justificatif	Sur base d'un certificat Médical.
Exception :	Week-ends et jours fériés.

En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par la Mutualité, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention, les parents doivent s'adresser à Tempo-Team via un numéro de téléphone gratuit. En cas d'appel avant 11 heures, le gardiennage aura lieu le jour qui suit. Si tel n'est pas le cas, le gardiennage débutera le 2^{ème} jour qui suit l'appel.

Le gardiennage d'enfants est accessible aux frères et sœurs de moins de 12 ans d'un enfant gravement malade et hospitalisé, aux conditions suivantes :

Age :	enfants de -12 ans.
Horaire :	de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h).
Durée :	5 jours consécutifs maximum pour l'intervention.
Maximum :	15 jours par an.
Intervention personnelle :	€ 12,50 par jour.

Justificatif	Sur base d'un certificat Médical du médecin hospitalier traitant l'enfant gravement atteint, attestant que l'hospitalisation est prévue pour une durée supérieure à 15 jours.
Exception :	Week-ends et jours fériés.

En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par la mutualité, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Garde d'enfants malades » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 36 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

Article 67. U. Service Télévigilance

Le service accorde une intervention mensuelle de 9,00 € limitée à 108,00 € par année civile dans l'abonnement à un système de télévigilance.

Conditions :

- être en règle de cotisation,
- au titulaire ou personnes à charge,
- une seule intervention par ménage,
- payable sur présentation d'un document émanant d'un organisme de «télévigilance» et prouvant l'existence de l'installation,

Article 68 Bis A. Service Prostate

Supprimé au 01/01/2013.

Article 68 Bis B. Service Cardiologie

Supprimé au 01/01/2013.

Article 68 Bis C. Service Alimentation et soins des bébés.

Le service accorde une intervention € 50 maximum par an jusqu'à la veille du 3^{ème} anniversaire sur base d'une preuve d'achat de produit alimentaire et/ou de soins et/ou de confort du bébé.

L'intervention est accordée pour un enfant inscrit à charge d'un membre de notre Mutualité.

Article 68. U. Service fécondation in vitro

Montant et conditions d'intervention

Une intervention maximale de 500,00 €, par bénéficiaire, est accordée en cas de fécondation in vitro pour autant qu'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ait été octroyée.

Article 68. V. Service Soins à domicile

Le service accorde une intervention annuelle de 50 € dans l'abonnement à un service de soins à domicile.

Conditions :

- être âgé de plus de 65 ans,
- être en règle de cotisation jusqu'au 31 décembre de l'année en cours,
- titulaire ou personnes à charge,
- payable sur présentation d'un document émanant d'un organisme de soins à domicile et prouvant l'abonnement à son service,

Article 68. W. Service Optique

Montant et condition de l'intervention

Le service accorde aux membres ainsi que leurs personnes à charge, une intervention en optique.

1) MONTURES, VERRES ET LENTILLES DE CONTACT

Le service accorde une intervention sur les montures de lunettes, verres correcteurs et lentilles de contact correctrices, plafonnée à € 100 tous les 4 ans et plafonnée au prix payé, par bénéficiaire sans limite d'âge.

L'intervention a lieu :

- sur remise du formulaire annexe 15, ou à défaut, d'un reçu détaillé des fournitures, délivré par un opticien agréé par l'INAMI, un pharmacien ou un ophtalmologue ;
- sur remise de l'original de la prescription du médecin spécialiste (ophtalmologue) agréé par l'INAMI, ou par un médecin spécialiste (ophtalmologue) des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ;
- s'il n'y a pas d'intervention possible en assurance obligatoire.

Pour les montures de lunettes, la prescription n'est pas nécessaire mais les montures de lunettes doivent être adaptées à des verres correcteurs prescrits.

Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Optique » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 32 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

2) METHODE LASER OU ULTRASON

Le service accorde une intervention unique de € 250 (€ 125 par œil) en cas de recours à la méthode laser ou ultrasons, pour tous les bénéficiaires sans limite d'âge et plafonnée au prix payé et déduction faite du remboursement effectué en assurance obligatoire.

Le remboursement aura lieu sur présentation des justificatifs originaux, délivrés par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI, ou par un médecin spécialiste des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ou encore par un établissement de soins.

Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Optique » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 30 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

3) APPAREIL DE CONFORT POUR LA LECTURE

Une intervention unique de € 150 pour la fourniture d'appareils de confort pour la lecture.

Types d'appareils : vidéos loupes, loupes optiques, synthèse vocale, logiciels d'agrandissement.

L'intervention est accordée :

- À la condition que la nécessité d'utilisation soit établie par un médecin spécialiste (ophtalmologue)
- Sur présentation d'une facture originale

L'intervention est limitée au montant payé.

Article 68. X. Service contraception.

Le service accorde une intervention dans le coût d'un traitement contraceptif aux membres de sexe féminin ayant la qualité de titulaire ou de personnes à charge, après toute autre intervention.

Traitement 1 :

- montant de l'intervention maximale par année civile : 40 00 € pour pilule contraceptive, anneau vaginal, injection, patch contraceptif
- document à remettre : attestation de fourniture BVAC portant le cachet du pharmacien

Traitement 2 :

- montant de l'intervention maximale par période de 36 mois : 120 ,00 € pour stérilet, implant.
- document à remettre : attestation de fourniture BVAC portant le cachet du pharmacien.

Article 68. X. Bis. Service gynécologie

Une intervention dans la prise en charge des tickets modérateurs légaux est octroyée à la femme enceinte, titulaire ou personne à charge pour les consultations médicales effectuées au cours de sa grossesse par un médecin spécialiste en gynécologie.

L'intervention est limitée à € 25,00 par grossesse.

Article 68. Y. Service ostéoporose

Supprimé au 01/01/2013.

Article 68. Z. Service mammographie

Supprimé au 01/01/2013.

Article 69. U. Service prothèses.

Montant et conditions d'intervention :

1) Prothèse capillaire : après accord du Médecin Conseil, une intervention maximale de 50,00 € pour une prothèse capillaire pourra être octroyée, sur présentation des pièces justificatives, aux titulaires et personnes à charge qui suivent un traitement chimiothérapeutique.

2) Prothèse orthopédique : une intervention maximale de 50,00 € par prothèse orthopédique est octroyée aux titulaires et personnes à charge.

L'intervention est octroyée sur base de la facture de l'hôpital, détaillée et reprenant le montant du ticket modérateur porté à charge de l'assuré.

3) Lentille intraoculaire : une intervention maximale de 50,00 € est octroyée aux titulaires et personnes à charge pour le pla-

cement d'une lentille intraoculaire lors d'une opération de la cataracte.

L'intervention est octroyée soit sur base de la facture de l'hôpital, détaillée et reprenant le montant du ticket modérateur porté à charge de l'assuré soit sur base d'une attestation de l'ophtalmologue, reprenant le montant du ticket modérateur réclamé.

Article 69. V. Service prothèses oculaires.

Supprimé au 01/01/2015.

Article 69 W service médecines alternatives

1) MEDICAMENTS HOMEOPATHIQUES

Montant et condition de l'intervention :

Le service accorde aux membres ainsi que leurs personnes à charge, une intervention de l'ordre de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de € 100 par année civile et par bénéficiaire dans le prix des médicaments homéopathiques.

Pour pouvoir bénéficier d'une intervention du service, les médicaments homéopathiques doivent être prescrits par un docteur en médecine agréé par l'INAMI, ou par un docteur en médecine des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

Ces médicaments peuvent également être prescrits par un homéopathe qui soit a soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit a apporté la preuve de son affiliation à une organisation professionnelle d'homéopathie. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités qui sont reprises ci-après. La liste des prestataires est reprise en annexe de ces statuts et est également consultable sur le web à l'adresse suivante : <http://www.mutualites-neutres.be/doc/public>. La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Les médicaments doivent être délivrés en pharmacie et sont remboursables sur base du document BVAC délivré par le pharmacien.

Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Médecines alternatives » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 30 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

2) VISITES ET CONSULTATIONS DES PRESTATAIRES DES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES

Montant et condition de l'intervention :

Le service accorde aux membres ainsi que leurs personnes à charge, une intervention de € 10 par visite ou consultation et

pour un maximum de € 70 par année civile et par bénéficiaire pour des prestataires des pratiques non conventionnelles, à savoir : l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur et la mésothérapie .

Lorsque le prestataire de pratiques non conventionnelles a également la qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI, ou la qualité de prestataires de soins des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné et lorsque la prestation donne droit à un remboursement en assurance obligatoire et en assurance complémentaire, le remboursement en assurance complémentaire ne peut se faire sur base de l'attestation de soins (ou d'une copie de celle-ci) émise par le prestataire en sa qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI mais sur la base de la remise d'un document distinct.

Le prestataire sera également reconnu s'il a soit soumis une copie de son diplôme et de son assurance RC professionnelle, soit apporté la preuve de son affiliation à une organisation professionnelle d'une des pratiques reprises ci-dessus. La liste de ces prestataires est arrêtée par le Conseil d'administration qui peut l'amender selon les modalités arrêtées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités qui sont reprises ci-après. La liste est reprise en annexe de ces statuts et est également consultable sur le web à l'adresse suivante : <http://www.mutualites-neutres.be/doc/public>.

La décision du Conseil d'administration doit être transmise immédiatement à l'Office de Contrôle des Mutualités par lettre recommandée et signée par un responsable de la mutualité. Cette lettre doit mentionner la date d'entrée en vigueur de cette décision. Les modifications doivent être insérées, avec effet rétroactif, dans les statuts lors de la prochaine Assemblée générale.

Dispositions transitoires

-

Suite au transfert du service complémentaire « Médecines alternatives » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut , cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 30 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

Article 69 W bis. Service traitements orthodontiques

Montant et condition de l'intervention :

Le service accorde une seule intervention pour un seul traitement, complémentaire à celle de l'assurance obligatoire prévue à l'article 5 de la nomenclature des soins de santé. Pour ce faire, une demande d'intervention pour traitement orthodontique doit être introduite pour l'enfant auprès du médecin-conseil avant que celui-ci ait atteint l'âge maximum fixé par la réglementation en assurance obligatoire.

Le remboursement peut atteindre € 750 au maximum payable comme suit :

- € 150 lors du placement de l'appareil (code 0305631);
- € 150 après 6 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150 après 12 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150 après 30 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- € 150 après 36 séances (code 0305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
- sans accord du médecin-conseil, une seule intervention de € 150 pour un seul traitement est garantie après 6 mois pour tous les bénéficiaires.

Le remboursement a lieu sur base de la production des justificatifs de l'orthodontiste, ou par un orthodontiste des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

Dispositions transitoires

Suite au transfert du service complémentaire « Traitements orthodontiques » de l'Union Nationale des Mutualités Neutres vers la Mutualité Neutre du Hainaut, cette dernière s'engage à prendre en charge toutes les interventions avant le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à la fin de la prescription, conformément aux dispositions de l'article 31 des statuts de l'Union Nationale des Mutualités Neutres en vigueur au 31 décembre 2014.

Article 69. W. ter Admission réciproque.

L'affiliation aux services repris dans les présents statuts peut débuter au plus tôt :

- à partir du premier jour du mois d'entrée en vigueur de cette affiliation pour le titulaire qui était affilié à une mutualité et qui adhère à la mutualité;

- à partir du premier jour du mois qui suit la date de la signature de la demande d'affiliation pour une personne à charge qui était affiliée à une mutualité et qui adhère à la mutualité,

Liaison entre les membres effectifs et les personnes à charge.

Les personnes à charge qui, sans interruption, deviennent membres effectifs, conservent par leur nouvelle situation, les avantages dont elles jouissaient antérieurement.

a) Dans le cas d'une personne à charge qui acquiert la qualité de titulaire, la couverture aux services complémentaires est assurée jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'intéressé s'inscrit en qualité de titulaire auprès d'une Mutualité. Le supplément de cotisation payé pour les périodes non encore courues par le titulaire pour la personne à charge concernée doit lui être remboursé dans les trois mois de la fin d'affiliation.

Le paiement des cotisations aux services complémentaires auprès de la Mutualité en qualité de titulaire ne peut prendre effet au plus tôt qu'à partir du premier jour du mois qui suit l'inscription en qualité de titulaire.

b) En cas de mutation ou de transfert, la couverture aux services complémentaires est assurée jusqu'à la fin du mois qui précède la date de mutation ou du transfert. Les cotisations pour les périodes non encore courues doivent être remboursées au membre concerné dans les trois mois de la fin d'affiliation.

Le paiement des cotisations aux services complémentaires ne peut prendre effet au plus tôt qu'à partir du premier jour du mois de prise de cours de la mutation ou du transfert.

c) En cas de décès, les cotisations des services complémentaires pour les périodes non encore courues doivent être remboursées aux ayants droit du membre décédé dans les trois mois de la fin d'affiliation.

Article 69. X. Service enfants cancéreux et autres affections.

A. Une intervention de 500 € est accordée par période d'hospitalisation aux enfants bénéficiaires d'allocations familiales hospitalisés dans un service d'oncologie.

B. Une intervention de 300 € pour hospitalisation des enfants de 0 à la veille des 3 ans à raison de 3 interventions maximales par année civile.

Une intervention de 1000 € pour l'hospitalisation d'une durée de plus de 30 jours pour l'enfant né avant terme.

Les interventions sont cependant limitées aux montants payés par l'assuré.

Les interventions prévues sous A et B ci-dessous sont cumulables entre elles. L'octroi de ces prestations n'exclut pas celui prévu aux articles 54 H et 54 K.

Modification des cotisations :

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

- 1) lorsque la hausse est 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.

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.

En cas d'adaptation des cotisations ou des conditions de couvertures, celles-ci seront d'application à partir de la date fixée par les organes statutaires de la Mutualité Neutre du Hainaut et, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit la décision.

Article 69. Y. Service vaccins.

Le service accorde au membre effectif et à ses personnes à charge

- une intervention pour la fourniture de vaccin de 35 € maximum par année.

- une intervention de 75 € par injection pour le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

Lesdites interventions sont accordées sur base du document BVAC remis par le pharmacien.

Lesdites interventions sont limitées au montant payé.

- une intervention à concurrence de 60 % du prix d'achat, plafonné à 300,00 € par année civile, pendant une période de 3 ans dans les frais de l'immunothérapie allergénique (ITA) pour autant que l'allergie ait été attestée par un médecin formé en allergologie, spécialiste ORL, pneumologie, dermatologie ou pédiatrie

Article 69. Y. Bis Service remboursement des tickets modérateurs

La mutualité prend en charge les tickets modérateurs légaux des soins ambulatoires dispensés,

a) aux enfants depuis la naissance jusqu' à la veille du 3^{ème} anniversaire,

- pour les consultations et les visites effectuées par des médecins généralistes ou spécialistes ;
- pour les prestations effectuées par les dentistes ;
- pour les prestations réalisées par les paramédicaux, kinésithérapeutes et infirmières reconnus par l'INAMI.

b) aux enfants depuis le jour du 3^{ème} anniversaire jusqu' à la veille du 18^{ème} anniversaire :

- pour les consultations et les visites effectuées par des médecins généralistes ou spécialistes ;
- pour les prestations effectuées par les dentistes ;
- pour les prestations effectuées par les kinésithérapeutes et infirmières reconnus par l'INAMI.

pour autant qu'un dossier médical global ait été ouvert pour le bénéficiaire auprès de son médecin traitant.

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

c) aux adultes, titulaires et personnes à charges, à partir du jour du 18^{ème} anniversaire

- Pour les consultations effectuées par les médecins généralistes, les gynécologues et les ophtalmologues pour autant qu'un dossier médical global ait été ouvert préalablement pour le bénéficiaire des soins auprès de son médecin traitant.
- Une franchise de € 25 par an est appliquée

Article 69. Z. Service diabète.

Le service accorde :

- une intervention de € 10 par boîte de tiges, maximum 4 par an.
- une intervention de € 50 pour l'achat de l'appareil de mesure 1 fois tous les 3 ans (limitée au prix payé).

Article 69. Z. Bis. Bilan Santé_

La Mutualité organise un service «Bilan santé»

a) Montant et conditions d'intervention

Une intervention dans la prise en charge du ticket modérateur légal est octroyée en faveur des membres effectifs ainsi que de leurs personnes à charge pour les examens médicaux effectués dans le cadre du dépistage :

- ◇ du cancer du côlon et des intestins :
 - examens médicaux : consultation

- ◇ du cancer du sein
 - examens médicaux : consultation et mammographie
- ◇ du cancer de la prostate
 - examens médicaux : consultation
- ◇ de l'ostéoporose
 - examens médicaux : consultation et ostéodensitométrie
- ◇ des maladies cardio-vasculaires
 - examens médicaux : consultation
- ◇ du diabète de type II
 - examens médicaux : consultation
- ◇ du cancer de la peau
 - examens médicaux : consultation
- ◇ du test de la mort subite du nourrisson
 - examens médicaux : consultation

L'intervention annuelle pour les examens médicaux préventifs est limitée à 25,00 € par bénéficiaire sur base d'une attestation médicale circonstanciée précisant le dépistage.

Article 70. A. Médecine spécialisée et soins paramédicaux

Dans le cadre de l'accord de collaboration conclu avec La Polyclinique Neutre de Charleroi, les membres bénéficient

- des soins de qualité proposés dans les disciplines reprises dans l'annexe 8 aux présents statuts
- du système du tiers payant dans les limites réglementaires prévues par l'INAMI
- de la garantie de l'application des honoraires officiels avec une limitation au ticket modérateur légal
- d'une réduction du ticket modérateur par l'institution de soins dont le détail est repris dans l'annexe 7 aux présents statuts.

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

Article 70 B. Service social

Objet

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

Bénéficiaires

Ce service s'adresse à tout le monde.

Avantage

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

Ce service n'octroie pas d'interventions financières.

Moyens

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

Pour ce service, le membre ne paie pas de cotisation.

Ce service ne constitue ni une opération ni une assurance au sens du point 1° de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Modalités

Le service fonctionne conformément aux principes de fonctionnement et aux directives fixés dans la réglementation applicable de l'autorité compétente, dont les références sont reprises à l'annexe 9, pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010.

Article 70. Y. Arbitrage.

Supprimé au 01/01/2012

SECTION 3 - Cotisation.

Article 71. Au 01/01/2012 : les membres effectifs s'engagent à payer une cotisation annuelle par ménage mutualiste dont le montant est fixé au tableau ci-après : voir programme ETAC.

Les membres effectifs réunissant toutes les conditions suivantes bénéficient d'une cotisation réduite à € 0,00 :

- 1- être inscrit en qualité de titulaire à l'assurance obligatoire,
- 2- bénéficiaire des allocations familiales majorées,
- 3- être reconnu handicapé et bénéficiaire de l'intervention majorée en application de l'article 37 § 19, 4° et 5° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'AMI.

Article 72.

1. Les cotisations sont versées par les assurés par anticipation, par trimestre.

2. L'octroi des avantages est suspendu en cas de non-paiement des cotisations par l'assuré. Le membre sera exclu suivant les dispositions reprises à l'article 7 des statuts.

CHAPITRE VI.

Recettes, dépenses et placements.

Article 73. Les recettes de chacun des services sont constituées par :

1. les cotisations mentionnées à l'article 71 ;
2. les subsides des pouvoirs publics;
3. les dons et les legs ;
4. les recettes et produits divers qui lui sont destinés ;
5. les intérêts des fonds placés.

Chaque service doit supporter ses frais d'administration ainsi que les charges afférentes au service assuré.

Article 74. Supprimé au 01/01/2012.

Article 75. Les comptes sont clôturés au 31 décembre de chaque année, par les soins du Conseil d'administration qui doit les soumettre à l'Assemblée Générale.

Article 76. Les fonds des services complémentaires sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

La mutualité, en sa qualité de mandataire de l'Union nationale, dispose en outre de fonds dans le régime légal de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Les fonds ne peuvent en aucun cas être distraits des buts que leur assignent expressément les statuts.

CHAPITRE VII.

Collaboration.

Article 77.

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

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

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

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

CHAPITRE VIII

Dissolution.

Article 78. La mutualité peut être dissoute par une décision de l'assemblée générale spécialement convoquée à cet effet.

Les dispositions des articles 10, 11 et 12 §§ 2 et 3 de la loi du 6 août 1990 sont applicables dans ce cas.

La convocation mentionne :

1. les motifs de la dissolution,
2. la situation financière de la mutualité,
3. l'affectation des fonds sociaux,
4. les formes et les conditions de la liquidation.

Article 79. L'assemblée générale qui décide de la dissolution de la mutualité désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 32 de la loi du 6 août 1990.

Article 80.

1 - En cas de dissolution de la mutualité, les fonds sont répartis entre les membres

2 - En cas de cessation et de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3 b) ou 7 § 2 et 4 de la loi du 6 août 1990, l'assemblée générale décide de l'affectation des fonds de ces services.

Ces dispositions ne sont pas applicables au service « épargne pré-nuptiale ».

Les actifs résiduels seront en priorité affectés au paiement des avantages des membres conformément à l'article 48 § 1^{er} de la loi du 6 août 1990 tel que modifié par la loi du 26 avril 2010. L'assemblée générale donne aux éventuels actifs résiduels une destination correspondant à ses objectifs statutaires, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation d'un ou de plusieurs services.

CHAPITRE IX.

Modifications des statuts.

Article 81.

L'Assemblée Générale est compétente pour décider des modifications statutaires.

Les statuts peuvent être modifiés, soit à l'initiative du Comité de gestion, soit à l'initiative du Conseil d'administration, soit à l'initiative d'un membre de l'assemblée générale.

Les propositions sont soumises au Conseil d'administration qui les soumet à son tour à la décision de l'assemblée générale suivante.

Cependant, même en séance, les membres de l'Assemblée Générale peuvent proposer des modifications statutaires.——

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

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

Article 82. Supprimé.

Article 83. Supprimé au 01/01/2012.

Article 84. Les services sont organisés de la manière décrite dans les présents statuts. La Mutualité Neutre du Hainaut agit dans le respect de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales et de la loi du 26 avril 2010 portant dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladies complémentaire concernant les mutualités et les arrêtés d'exécution subséquents

Article 85. La condition d'approbation visée à l'article 11, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités étant remplie, les modifications entrent en vigueur à la date fixée par l'assemblée générale.

Liste des administrateurs :

Président honoraire : BONNET Jean - pensionné - né le 25/06/1926
- rue de Calonne, 32 – 7521 CHERCQ

Président : MARIQUE Michel - retraité - né le 29/07/1948
- rue de Bruxelles, 98 - 6220 FLEURUS

1^{ère} Vice-Présidente : BONNET Martine - enseignante - née le 19/01/1957
- Avenue Beau Séjour 3 A - 7500 TOURNAI

2^{ème} Vice-Président : CHIF Roger - pensionné - né le 31/12/1944
- rue de la Résistance 24 - 6200 CHATELINEAU

Secrétaire : GAUTHIER Jean-Luc- employé - né le 19/11/1959
- rue Jules Destrée, 118 - 6001 MARCINELLE

Trésorier : FIEVET Léon - retraité - né le 05/05/1949
- Clos de Courcelles, 9 - 7503 FROYENNES

Administratrice : DECLERCQ Aimée - pharmacienne - née le 28/10/1971
- rue Dewiest, 108 - 6040 JUMET

Administratrice : DECLERCQ Désirée - enseignante - née le 10/11/1970
- rue Dewiest, 103 - 6040 JUMET

Administratrice : DELOR Caroline - directrice d'administration - née le 15/09/1976
- avenue St Pierre, 86 - 7000 MONS

Administrateur : DELVIESMAISON Marc - pensionné - né le 06/11/1948
- rue des Aubépines, 7 - 5651 TARCENNE

Administrateur : DEVOS Pascal - Inspecteur de l'Enseignement - né le 08/03/1961
- rue des Ormes, 13 – 6030 GOUTROUX

Administrateur : GANASSIN Joseph - directeur général - né le 19/12/1953
- chemin de la Belle Epine, 26 - 6120 HAM-SUR-HEURE

Administratrice : GEERTS Stéphanie- enseignante - née le 27/11/1974
- rue des Combattants, 20 - 5060 FALISOLLE

Administrateur : PONTE Claude - pensionné - né le 15/03/1946
- rue Claire Fontaine, 5 - 6001 MARCINELLE

AG 2015/14/12

Annexe 1 des statuts

SERVICE «SERVICE TRANSPORT» art 46.A. (AG 23-06-12)

SERVICE «CURE CONVALESCENCE» art 53.G. (AG 05-07-11)

LISTE DES MAISONS DE CONVALESCENCE AGREEES
PAR LA MUTUALITE NEUTRE du HAINAUT

Supprimée au 01/01/2013.

Annexe 2 des statuts au 01/01/2013

SERVICE «PRESTATIONS DE SERVICE –SERVICE JURIDIQUE» art 49.C. (AG 23-06-12)

LISTE DES AVOCATS DESIGNES PAR LA MUTUALITE NEUTRE du HAINAUT

Nom et adresse	Téléphone
Maître Marc FAELLI Boulevard Audent, 6000 CHARLEROI	Tél : 071/32.06.58
Maître Philippe HELGUERS Rue Albert 1 ^{er} , 69 6240 FARCIENNES	Tél. : 071/38.10.14

Annexe 3 des statuts

SERVICE «VACANCES ENFANTINES» art 52.F. (AG 23-06-12)

Supprimée au 01/01/2013 – Remplacée par annexe 5

Annexe 4 des statuts (AG 20-06-15)

SERVICE «TOURISME SOCIAL» art 65.U.

ACCORD DE COLLABORATION avec l'Asbl LA SECURITE

VOYAGISTES – CENTRES DE DELASSEMENT

1. VOYAGISTES

	Avantages -ristournes
Intertour <ul style="list-style-type: none">- Place du Manège 12 – 6000 Charleroi- Grand-rue, 110- 56521 Somzée	Pour les voyages de plusieurs jours : <ul style="list-style-type: none">- sur la brochure Intertour : pas de frais de dossier- sur Léonard et Generaltour : 4% sur les séjours de minimum 3 jours- sur les séjours « avion » (Thomas Cook, Jet Air et autres) : 4 % pour un dossier de minimum 750 €- sur les voyages « voiture » : réduction de 3% pour un dossier minimum de 750 €
BT Holidays <ul style="list-style-type: none">- Rue Albert 1er, 151 - 6506 Erquelinnes- Bld de la Sauvenière,76 - 4000 Liège- Rue de la Régence, 14 - 6000 Charleroi- Archimède - Rue Archimède, 22 - 1000 Bruxelles- Rue des Martyrs, 5 - 4800 Verviers- Rue de Namur, 19 - 1400 Nivelles- Rue de pont, 34 - 7500 Tournai- Grand Rue, 76 - 7000 Mons- Rue de la Loi, 21 - 7100 La Louvière- Avenue Charles Deliège, 16 - 7130 Binche	Pas de réductions sur les city trips, Disney, Club Med et vol - Réduction de 3 à 5%. - Offre non valable sur les produits Disney Paris et sur les vols seuls
Voyages Leroy <ul style="list-style-type: none">- Rue de la Wallonie, 10 - 7500 Tournai	- 3% sur tous les voyages sauf promotions, tickets only, last minutes, locations
Aladin Tours Rue du Grand Central, 61 – 6000 Charleroi	- Réduction de 3% et transfert « aller » gratuit pour toute réservation d'un forfait (vol+hôtel ou appartement ou croisière)

2. CENTRES DE DELASSEMENT

		Prix de vente des parcs	Prix de vente membre MNH
Walibi		35,00 €	28,50 €
Aqualibi		20,00 €	14,00 €
Bellewaerde		31,00 €	26,00 €
Pari Daiza	Adulte	28,50 €	26,00 €
	Enfant de 3 à 11 ans	23,50 €	21,00 €
Plopsa Indoor Hasselt	Adulte et enfant + 1 m	18,50 €	13,25 €
	Enfant entre 85 cm et 1m	9,99 €	9,99 €
Plopsaland De Panne	Adulte et enfant + 1 m	30,00 €	24,00 €
	Enfant entre 85 cm et 1m	9,99 €	9,99 €
PlopsaCoo	Adulte et enfant + 1 m	25,00 €	18,00 €
	Enfant entre 85 cm et 1m	9,99 €	9,99€

Annexe 5 des statuts (AG 20/06/2015)

SERVICE JEUNESSE – ART. 52F.3 – ACTIVITES 2015

Activité	Lieu	Période	Prix membre	Prix partenaire	Prix non membre
Sports d'hiver	Suisse – Haute-Nendaz	14/02 – 21/02	460 €		760 €
Sports d'hiver	Suisse – Haute-Nendaz	04/04 – 11/04	460 €		760 €
Challenger Aventure	Durbuy	04/04 – 10/04	160 €	340 €	400 €
Oxygène Aventure	Durbuy	04/04 – 10/04	160 €	340 €	400 €
A la rencontre des cow-boys et des indiens	Forville	12/04 – 17/04	160 €	340 €	400 €
Immersion Anglais	Bourglinster	05/04 – 11/04	450 €	560 €	670 €
Où est Monsieur Chapeau ?	Grivegnée	03/08 – 07/08	50 €	100 €	120 €
Olympiades Nature	Spa	08/08 – 15/08	180 €	320 €	380 €
Stage Equestre	Spa	08/08 – 15/08	180 €	320 €	380 €
As-tu vu la vache ?	Durbuy	13/07 – 18/07	130 €	230 €	280 €
J'apprends à rouler à vélo	Bomal	01/08 – 08/08	170 €	300 €	360 €
Nature et Aventure	Bomal	01/08 – 08/08	170 €	300 €	360 €
Au Pays des rêves marins	Oosduinkerke	18/07 – 25/07	220 €	440 €	520 €
Super un jour, héros tous les jours	Oosduinkerke	18/07 – 25/07	220 €	440 €	520 €
Heroic Games :					
« le retour »	Oosduinkerke	18/07 – 25/07	220 €	440 €	520 €
La reine des dunes	Oosduinkerke	25/07 – 01/08	220 €	370 €	440 €
Sea, Fun et Sport	Oosduinkerke	25/07 – 01/08	220 €	370 €	440 €
Bande de Toqués	Oosduinkerke	25/07 – 01/08	220 €	370 €	440 €
Créativ'idée	Oosduinkerke	25/07 – 01/08	220 €	370 €	440 €
Enjoy Croatia	Croatie - Istrie	30/07 – 10/08	520 €	740 €	880 €
Plaisir, Sport et « Vida Espanola »	Espagne - Mieres	17/07 – 26/07	400 €	580 €	690 €
Tous à cheval	Espagne - Mieres	17/07 – 26/07	400 €	580 €	690 €
Chercheurs de Trésors	Bretagne	11/07 – 21/07	420 €	600 €	700 €
Funtimes et Windsports 2.0	Bretagne	11/07 – 21/07	420 €	600 €	700 €
Let's Dance	Côte d'Azur	30/06 – 09/07	470 €	680 €	810 €
Let's sing	Côte d'Azur	30/06 – 09/07	470 €	680 €	810 €
Let's sport	Côte d'Azur	30/06 – 09/07	470 €	680 €	810 €
Les experts Rimini	Italie – Igea Marina	31/07 – 09/08	420 €	610 €	720 €
Le temps d'une « pose »	Italie – Igea Marina	31/07 – 09/08	420 €	610 €	720 €
Spreek je nederlands ?	Middelkerke	11/07 – 18/07	490 €	620 €	740 €
Do you speak english ?	Luxembourg - Echternach	02/08 – 08/08	450 €	560 €	670 €

Annexe 6 des statuts. (AG 20/06/2015)

Service Solidarité art 58.L.

Le conseil national du travail a conclu plusieurs conventions collectives portant sur le revenu minimum.

Le montant pris comme référence pour déterminer le seuil de revenu en dessous duquel les titulaires peuvent bénéficier de l'intervention de ce service correspond au revenu minimum mensuel fixé par la convention collective 43 pour les travailleurs âgés de 21 ans.

Au 1^{er} février 2012, celui-ci s'élève à € 1.472, 40.

Au 1^{er} avril 2013, celui-ci s'élève à € 1.501,82

Au 1^{er} janvier 2015, celui-ci s'élève à € 1.559,38

Annexe 7 des statuts (AG 20/06/2015)

SERVICE MEDECINE SPECIALISEE – ART. 70.A – tickets modérateurs

AU 01/01/2015 TARIFS EN EUROS						
CONSULTATIONS						
	Tarif officiel TM	Tarif assurés		Tarif officiel TM	Tarif officiel TM	
		neutres			neutres	
	A O - A L	A O - A L	Différence	VIPO art. 37 §1-2-19	VIPO art. 37 §1-2-19	Différence
102 012 Spécialiste	12,00	10,52	-1,48	3,00	2,50	-0,50
102 115 Gastro entérologie	12,00	10,57	-1,43	3,00	2,50	-0,50
102 535 Spéc. Accrédité	12,00	10,52	-1,48	3,00	2,50	-0,50
102 093 Cardiologie	12,00	10,57	-1,43	3,00	2,50	-0,50
102 034 Méd.spéc.interne	12,00	10,51	-1,49	3,00	2,50	-0,50
102 550 Méd. Interne	12,00	10,50	-1,50	3,00	2,50	-0,50
102631 Pneumologie	12,00	10,47	-1,53	3,00	2,50	-0,50
102 653 Rhumatologie	12,00	10,50	-1,50	3,00	2,50	-0,50
102 675 Neurologie	12,00	10,54	-1,46	3,00	2,50	-0,50
102 756 Dermatologie	12,00	10,58	-1,42	3,00	2,50	-0,50
102 874 Diabétologie	12,00	10,50	-1,50	3,00	2,50	-0,50
109 631 Psychothér.	17,67	14,26	-3,41	7,07	5,15	-1,92

Annexe 8 des statuts au 01/01/2014

Service 70 A Médecine spécialisée et soins paramédicaux

soins dispensés au 1er janvier 2014
Acupuncture
Cardiologie
Chirurgie
Chirurgie esthétique
Dentisterie
Dermatologie
Diabétologie-endocrinologie
Diététique
Gastro-entérologie
Gynécologie
Kinésithérapie
Laboratoire
Logopédie
Médecine sportive
Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie
Orthodontie
Orthopédie
Pédicure
Médecine physique-réadaptation
Médecine physique
Pneumologie
Psychologie
Psychiatrie
Radiologie-échographie
Ostéodensitométrie
Mammographie
Rhumatologie Médecine physique et réadaptation
Urologie

Annexe 9 des statuts au 1^{er} janvier 2012

SERVICE SOCIAL art 70.B (AG 23-11-13)

Agrément du service social

- A.R. du 14 septembre 1987 de la Communauté Française fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.
(M.B. du 14/11/1987)

- Arrêté du Gouvernement wallon du 6 décembre 2001
Arrêté modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la communauté française de 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.
(M.B. du 29/12/2001)

- Arrêté du Gouvernement wallon du 18 novembre 2010
Arrêté modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la communauté française de 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.
(M.B. du 01/12/2010)

- Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé
(M.B. du 30/08/2013)