

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

Statuts

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} juillet 2019

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été décidées par l'assemblée générale de Solimut le 25 juin 2019 et approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 12 septembre 2019.

Les dispositions concernées par une réserve de l'Office de contrôle et les dispositions soumises à l'approbation du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités apparaissent sous la forme d'un texte souligné et écrit en caractère gras et italiques.

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

Table des matières

<u>Chapitre 1 : Constitution – dénomination – buts – siège social et circonscription de la société mutualiste</u>	Article 1 à 5
<u>Chapitre 2 : Définitions</u>	Article 6
<u>Chapitre 3 : Catégories de membres, Admission, démission et exclusion / Paiement des cotisations</u>	Article 7 à 10
<u>Chapitre 4 : Les organes de la société mutualiste</u>	Article 11 à 26
<u>Chapitre 5 : Les opérations et autres services</u>	
Sous-chapitre 1 : Affiliation et cotisations	Articles 27 à 34
Sous-chapitre 2 : Dispositions communes aux services organisés par la Société mutualiste	Articles 35 à 37
Sous-chapitre 3 : Service d'assurance hospitalisation – « Hospi solidaire» - Code 14	Articles 38 à 42
Sous-chapitre 4 : Les autres services organisés par la société mutualiste	Articles 43 à 65
Transports urgents en Belgique (code 15)	Article 43
Service information et promotion (code 37)	Article 44
Couverture maladies graves ou coûteuses (code 15)	Article 45
Subventionnement de structures socio-sanitaires (code 38)	Article 46
Financement d'actions collectives (code 38)	Article 47
Service socio-éducatif (code 37)	Article 48
Service Médico-Social (code 37)	Article 49
Soins ambulatoires pour l'enfance (code 15)	Article 50
Opération couvrant une intervention pour les enfants participant à des plaines de vacances ou des séjours de vacances (code 15)	Article 51
Séjours de vacances (code 15)	Article 52
Service Logopédie (code 15)	Article 53
Service psychomotricité (code 15)	Article 54
Subventionnement de services de garde d'enfants malades (code 38)	Article 55
Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades (code 15)	Article 56
Dento solidaire (code 15)	Article 57
Médecines douces (code 15)	Article 58
Homéopathie (code 15)	Article 59
Contraception (code 15)	Article 60
Vital – Télévigilance (code 15)	Article 61
Service Aide à la perte d'autonomie (code 15)	Article 62
Service consultation psychologique (code 15)	Article 63
Premiers secours (code 15)	Article 64
Optique (code 15)	Article 65
<u>Chapitre 6 : Budgets et comptes</u>	Article 94
<u>Chapitre 7 : Modifications statutaires – fusion - dissolution – liquidation</u>	Article 95 à 97

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

Article 1

Caritas-Mutualité chrétienne du Brabant Wallon et la Mutualité chrétienne de Mouscron-Comines, ont décidé de créer au 1.4.1999, une société mutualiste, en vertu des dispositions de l'article 43 bis, § 1er de la loi du 6 août 1990. Cette société mutualiste porte la dénomination « Solimut » et son siège social est établi à Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579. Sauf disposition expresse contraire, tous les services et opérations prévus dans les présents statuts sont limités aux prestations effectuées sur le territoire belge et aux événements survenus sur le territoire belge.

Article 2

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

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

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

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

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

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

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

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

- Fonds de soutien aux activités de revalidation et de maintien à domicile ;
- Entraide féminine
- Soins ambulatoires pour l'enfance.
- Jeunesse et santé
- Aide aux personnes malades ou handicapées
- Logopédie
- Subventionnement de services de garde d'enfants malades
- Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades
- Dento solidaire
- Optique
- Aide à la perte d'autonomie
- Premiers secours

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

Pour atteindre ces objectifs, la société mutualiste est affiliée à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes dont le siège est à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579.

Article 3

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

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

Article 4

Sont affiliées à la société mutualiste, les mutualités suivantes :

- 109 Caritas-Mutualité chrétienne du Brabant Wallon, Boulevard des Archers, 54 à 1400 - NIVELLES
- 128 Mutualité chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie, Rue du Douaire, 40, 6150 - ANDERLUES
- 129 Mutualité chrétienne Hainaut-Picardie, Rue St Brice, 44, 7500 - TOURNAI
- 130 Mutualité chrétienne de Liège, Place du XX Août, 38, 4000 - LIEGE
- 132 Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg, rue de la Moselle 7-9, 6700 - ARLON
- 134 Mutualité chrétienne de la Province de Namur, rue des Tanneries 55, 5000 - NAMUR
- 135 Mutualité St Michel, Boulevard Anspach 111-115, 1000 - BRUXELLES
- 137 Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen, Rue Lucien Defays, 77, 4800 Verviers

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

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

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

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

Article 5

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

Chapitre 2 : Définitions

Article 6

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

Membre :

toute personne affiliée comme titulaire à la mutualité,

- *soit tant* pour l'assurance obligatoire que pour les services et opérations offerts
- *soit uniquement pour les services et opérations offerts.*

Titulaire :

- Toutes personnes qui obtient ou peut obtenir le droit au remboursement des prestations de santé en tant que titulaire au sens de l'article 32, alinéa premier, 1° à 16°, 20°, 21° et 22° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,
Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.
- ainsi que toute personne affiliée aux services et opérations et qui :
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) ;
Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994
 - pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / régime de la sécurité sociale d'Outre-mer ;
 - a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique , ou qui fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assuré pour les soins de santé à charge du pays d'envoi en application des conventions de Vienne de 1961 et 1963;
 - n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge
 - se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 aout 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs
 - est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Personne à charge :

- Toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit aux remboursements des prestations de soins de santé en raison d'une affiliation en tant que personne à charge d'un titulaire, tel que visé à l'article 32, alinéa premier, 17°, 18°, 19° ou 23° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,
Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui bénéficie de droits dérivés au remboursement de prestations de santé à charge d'un membre qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.
- ainsi que la personne qui bénéficie ou peut bénéficier d'un droit dérivé au remboursement des prestations de soins de santé à charge d'une personne qui
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail ;
 - pour ce qui concerne l'assurance obligatoire est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ;
Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994
 - pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / régime de la sécurité sociale d'Outre-mer ;
 - a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique ou qui fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assuré pour les soins de santé à charge du pays d'envoi en application des conventions de Vienne de 1961 et 1963 ;
 - n'est plus soumise à l'assurance obligatoire en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge.
 - se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'assurance obligatoire précitée, déjà inscrite ou affiliée ailleurs
 - est détenue ou internée et est à charge du SPF Justice en ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé.

Bénéficiaire :

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

La liste des mutualités affiliées est reprise à l'article 4 des présents statuts

Assurance obligatoire

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

Services et opérations

- les services visés à l'article 67, 5e alinéa de la loi du 26 avril 2010, à l'exception des services qui ne font qu'exécuter la Protection sociale flamande, wallonne ou bruxelloise
- les services visés à l'article 3, alinéa premier, b) et c) de la loi du 6 août 1990 ;

Intervention majorée

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

Chapitre 3 : Admission, démission et exclusion / Paiement des cotisations

Article 7

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

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

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

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

COTISATIONS D'UN MONTANT NUL

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

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

Article 8

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

Article 9

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

Pour les membres d'une mutualité affiliée à la société mutualiste, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité est suspendue, la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de la société mutualiste est également suspendue. Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d'un avantage de l'assurance complémentaire de la société mutualiste que s'ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après régularisation des cotisations pour la période concernée, des membres qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité.

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

Article 10 – Remboursement des avantages de l'assurance complémentaire perçus indûment

L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'assurance complémentaire au sens de l'article 8, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

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

Chapitre 4 : Les organes de la société mutualiste

Section 1 : L'Assemblée générale

Article 11

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

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

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

Sont invités aux réunions de l'Assemblée Générale

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

Article 12

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

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

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

Article 12bis

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

Article 12ter

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

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

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

Article 12quater

Le vote est secret. Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, le mandat est attribué au candidat le plus jeune.

Article 13

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

Article 14

L'Assemblée générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 de la loi du 6 août 1990 et suivant les modalités fixées aux articles 16, 17 et 18 de cette même loi, ainsi qu'au sujet de la demande d'adhésion d'une mutualité.

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

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

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

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

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

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

Article 15

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des activités ;

- le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services et activités ;
- le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication, ainsi que le rapport du réviseur ;
- le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services et activités.

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

Section 2 : Le Conseil d'administration

Article 16

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

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

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

Article 17

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

Article 18

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

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

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

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

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

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

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

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

Sous réserve de ce qui est prévu ci-dessous pour le président du Conseil d'administration, le mandat d'administrateur est exercé à titre gratuit, à l'exception des remboursements de frais de déplacements qui peuvent être prévus par l'assemblée générale. Un défraiement mensuel forfaitaire de 500 euros est octroyé au président du Conseil d'administration. Ce dernier peut renoncer à l'octroi de cette indemnité.

Article 19

Article supprimé - A.G. 11-10-2003

Article 20

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

La démission, la révocation ou l'exclusion de la mutualité ainsi que la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la société mutualiste.

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

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

- l'administrateur commet une infraction à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou à ses arrêtés d'exécution ;
- l'administrateur commet une infraction à la loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution.
- l'administrateur a encouru une condamnation criminelle ou correctionnelle, conditionnelle ou pas, coulée en force de chose jugée.
- l'administrateur accomplit des actes de manière à causer préjudice aux intérêts de la société mutualiste, de la mutualité ou de l'Alliance.
- l'administrateur refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la société mutualiste, de la mutualité ou de l'Alliance.
- d'autres faits susceptibles de justifier la révocation sont constatés.

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

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

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

Article 20bis

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

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

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

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

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

Article 21

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

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au bureau de la société mutualiste.

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

Section 3 : Président – Directeur – Trésorier

Article 22

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

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

Article 23

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

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

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

Article 24

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

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

Article 25

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

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

Section 4 : Le Bureau

Article 26

Outre le président et les deux vice-présidents du conseil d'administration, le bureau de Solimut est composé [...]. Les directeurs régionaux des mutualités affiliées à la société mutualiste Solimut, la direction médicale francophone, le directeur du département socio-éducatif francophone et le directeur de la société mutualiste Solimut participent à la réunion avec voix consultative.

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

Chapitre 5 : Les opérations et autres services

Sous-chapitre 1 : Affiliation et cotisations

Article 27 – Conditions

Pour bénéficier des opérations et autres services de la société mutualiste, il faut

1. Etre titulaire ou personne à charge au sens de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités auprès d'une Mutualité chrétienne affiliée à SOLIMUT.
2. Etre en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire, due en exécution des dispositions reprises dans les statuts de la Mutualité chrétienne auprès de laquelle le membre adhérent est titulaire et du chapitre 3 des présents statuts.

Conformément aux statuts de leur mutualité d'affiliation, les membres s'engagent à payer anticipativement, une cotisation sur base mensuelle. Cette cotisation comprend, de manière indivisible, la cotisation nécessaire aux opérations et autres services décrits au présent chapitre.

Article 28

Abrogé.

Article 29 – Stage

Abrogé.

Article 30

Abrogé.

Article 31

Abrogé.

Article 32 – Durée de l'affiliation

L'affiliation est valable pour une durée indéterminée.

Article 33 – Fin de l'affiliation

1° Mutation ou transfert

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

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

2° Décès du titulaire

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

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

Article 34 – Remboursement des cotisations

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

Sous-chapitre 2 : Dispositions communes aux services organisés par la société mutualiste

Article 35 – Lexique

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

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

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

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

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

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

ETABLISSEMENT HOSPITALIER : les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire dans les conditions de soins et le cadre médical médico-technique,

paramédical et logistique requis et appropriés pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins, afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M.R. : maison de repos pour personnes âgées

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

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

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

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

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

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

SOINS AMBULATOIRES : soins réalisés hors hospitalisation classique ou de jour

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

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

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

TRANSPORT EN URGENCE : il s'agit du transport par une ambulance ou en hélicoptère suite à un appel au service d'appel unifié (le 100 ou le 112).

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

Article 36

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

Article 37 - Règles d'intervention communes

Limite générale

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

Concours

- a) lorsque l'assurance obligatoire, l'assurance contre les accidents du travail, le Fonds des maladies professionnelles, les pouvoirs publics ou une assurance, une caisse, un fonds ou un organisme institué par les pouvoirs publics,

prévoit une prise en charge ou une intervention, la mutualité n'accorde son intervention qu'après déduction de cette prise en charge ou cette intervention.

b) La disposition de l'alinéa précédent ne peut pas avoir pour effet :

- que la somme de toutes les prises en charge ou interventions soit inférieure pour un bénéficiaire de l'intervention majorée que pour un bénéficiaire qui n'y a pas droit ;
- qu'un bénéficiaire se verrait refuser un avantage pour le motif que la prise en charge ou l'intervention visée à l'alinéa précédent n'est accordée qu'après la fin du délai de prescription visé à l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

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

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

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

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

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

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

Sauf stipulation contraire expresse pour un avantage spécifique, l'intervention financière des services organisés par la société mutualiste SOLIMUT est accordée sur présentation des pièces justificatives originales des frais exposés accompagnées le cas échéant du formulaire de demande d'intervention dûment complété et signé.

Toute contestation relative aux présents statuts relève de la compétence des juridictions du domicile du membre.

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

Article 38

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

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

Le séjour doit avoir lieu dans un hôpital général ou un établissement psychiatrique situé en Belgique en application de l'article 136 § 1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Sont également prises en compte, les hospitalisations d'un affilié ou d'une personne à sa charge, ayant lieu en dehors du territoire national, dans les territoires métropolitains des pays suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg.

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

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

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

Modification des conditions de couverture

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

Toute modification doit être décidée par l'Assemblée générale de la société mutualiste et reprise dans les statuts publiés sur le site internet des mutualités chrétiennes (www.mc.be).

Article 39 – Limites générales et cas de non-intervention

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

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

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

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

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

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

Article 40 – Modalités d'intervention*

1° Eligibilité des montants facturés

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

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964;
- les législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et l'arrêté royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'arrêté royal d'exécution);
- les règlements CEE n° 1408/71 et 574/72 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique;
- la loi du 5 juin 2002 portant sur le Maximum à Facturer
- l'arrêté royal du 26 février 2001 organisant le fonds spécial de solidarité.

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

2° Exclusions

Ne sont pas couverts :

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

3° Cumul des couvertures

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

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

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

4° Calcul du remboursement

§ 1. Hospitalisation en chambre commune ou double

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

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

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

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

§ 2. Hospitalisation de jour en chambre commune ou double

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

- a. - remboursement des frais à charge du patient hormis les frais de téléphone.
- remboursement des honoraires à raison de 100 % de l'honoraire prévu au barème officiel de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
- remboursement des frais d'accompagnement d'un parent auprès de son enfant âgé de moins de 18 ans hospitalisé.
Le remboursement de ces frais est plafonné à 15 euros par jour.
Pour les autres situations d'accompagnement, le remboursement est plafonné à 6,20 euros par jour.
- b. pour les bénéficiaires de plus de 18 ans, une franchise de 150 euros est appliquée par admission sur le remboursement des frais repris en a.
- c. en cas de traitement médical, les frais réellement supportés par le membre, en ce compris, en dérogation à l'article 40, 2°, 3 les mini forfaits, sont cumulés à l'issue du traitement, afin d'y appliquer une seule franchise de 275 €.
- d. en cas de traitement médical à suivre par un affilié de moins de 18 ans, aucune franchise n'est appliquée.
- e. pour la FIV, intervention dans les traitements effectués dans les centres de médecine agréés et exclusivement lorsque le traitement répond aux conditions de l'article 74bis de l'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.
Solimut accorde une intervention forfaitaire de 250 euros par cycle. Cette intervention est accordée sur la base de la facture d'hospitalisation accompagnée d'une demande d'intervention comme décrit dans le 5°. L'intervention sera également accordée sur la base d'une copie du document d'accord médecin-conseil pour PMA1/PMA2 complété par le médecin responsable quand un cycle est effectué accompagnée d'une demande d'intervention comme décrit dans le 5°
- f. Remboursement des frais de séjour d'un patient mutualiste chrétien dans un hôtel hospitalier à raison de 6,20 € par nuit.
Cette intervention sera également accordée, en cas d'hospitalisation de jour, et limitée à deux nuits, à savoir la veille et le lendemain de l'hospitalisation de jour.
Les interventions précitées sont limitées à 60 nuits par année civile et à deux accompagnants maximum par patient hospitalisé.

¹ AG 22.10. 2005 – application 01.01.2006

§ 3 Hospitalisation en chambre privée

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

§ 4 Hospitalisation dans un établissement psychiatrique

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

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

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

§ 7 Lors d'un séjour en maison de convalescence dans un centre agréé, le service intervient dans la quote-part personnelle facturée par l'établissement à concurrence de 50 % du montant journalier pour les membres qui répondent aux critères d'intervention définis à l'art 45 , point 2.1, des statuts de l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes
Le séjour doit avoir été approuvé par l'équipe médicale du centre concerné.

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

La liste des centres de convalescence agréés est jointe aux présents statuts, à l'annexe 5

5° Procédure de remboursement

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

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

6° Subrogation

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

Article 41 – Cotisation

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

Modification des cotisations

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

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

2° ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

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

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

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

Le calcul se fait de la manière suivante :
cotisation année précédente x indice année en cours / indice année précédente.

Article 42 – Assistance

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

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

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

Sous-chapitre 4 : Les autres services organisés par la société mutualiste

Article 43 Transport urgent en Belgique

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

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

Art.43/1. Transport urgent en ambulance

- a) L'avantage décrit dans le présent article couvre les frais de transports en ambulance après déduction de l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités tels que fixés par l'arrêté royal du 26 avril 2009. Solimut rembourse le solde restant à charge du membre après intervention de l'ASSI et après application d'une franchise de 75 € à charge du membre.
L'avantage décrit au point 43/1 a) sera supprimé dès l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation en Assurance obligatoire sur le transport urgent qui limitera la facture à charge du membre à 60 euros. Dès l'entrée en vigueur de cette nouvelle réglementation, Solimut n'interviendra plus pour les transports effectués à partir de cette entrée en vigueur.
- b) L'avantage décrit dans le présent article couvre les frais de transports en ambulance pour les transports pour lesquels l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités n'intervient pas.
Solimut interviendra à concurrence du montant de la facture après application d'une franchise de 75 euros par déplacement.
Il s'agit des cas suivants :
 - en cas d'admission par le service des urgences suite à un transport demandé par le médecin de famille auquel cas une attestation établie par le service des urgences de l'établissement hospitalier devra être jointe à la facture relative au transport.
 - en cas de réorientation (dans les 48 heures) vers un autre établissement lorsque l'admission dans le premier établissement a eu lieu par le service des urgences quel que soit le moyen de transport utilisé. Dans ce cas un justificatif médical rédigé par l'établissement hospitalier devra être joint à la facture relative au transport.
 - en cas de transport médicalisé (réanimation) inter hospitalier effectué par un transporteur agréé auquel cas un certificat médical justifiant l'urgence et la présence de personnel médico-infirmier devra être joint à la facture originale.

Art.43/2. Transport urgent en hélicoptère

- a) L'avantage décrit dans le présent article couvre les frais de transports en hélicoptère après déduction de l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités tels que fixés par l'arrêté royal du 26 avril 2009.
L'intervention de Solimut dépend du système de facturation pratiqué par la société utilisée.

- i) Facturation au kilomètre : dans ce cas, Solimut rembourse le solde restant à charge du membre après intervention de l'ASSI et après application d'une franchise de 75 € à charge du membre.
- ii) Application d'un forfait : dans ce cas, Solimut intervient sur le solde restant à charge du membre après intervention de l'ASSI, pour que le montant restant à charge du patient n'excède pas 450 € (franchise). Le montant remboursé ne peut être supérieur à ce que le membre a dû payer.

Cette règle ne s'applique pas lorsque la personne n'est *in fine* pas transportée. Dans cette hypothèse, où le transport s'avère inutile, un forfait de 375 euros est appliqué. Ce montant est entièrement remboursé par Solimut.

- b) L'avantage décrit dans le présent article couvre les frais de transports en hélicoptère, pour les transports pour lesquels l'intervention de l'Assurance Soins de Santé-Indemnités n'intervient pas.

Il s'agit des cas suivants :

- en cas d'admission par le service des urgences suite à un transport demandé par le médecin de famille auquel cas une attestation établie par le service des urgences de l'établissement hospitalier devra être jointe à la facture relative au transport.
- en cas de réorientation (dans les 48 heures) vers un autre établissement lorsque l'admission dans le premier établissement a eu lieu par le service des urgences quel que soit le moyen de transport utilisé. Dans ce cas un justificatif médical rédigé par l'établissement hospitalier devra être joint à la facture relative au transport.
- en cas de transport médicalisé (réanimation) inter hospitalier effectué par un transporteur agréé auquel cas un certificat médical justifiant l'urgence et la présence de personnel médico-infirmier devra être joint à la facture originale.

Solimut interviendra à concurrence du montant de la facture après application d'une franchise de 75 euros par déplacement avec un plafond de 500 euros maximum.

Toutefois, l'intervention prévue au point 2, a i) ci-dessus sera accordée si le calcul sur base de la distance est plus avantageux. Dans ce cas, le trajet « aller » doit être supérieur à 80 km et un certificat médical sera joint à la facture originale.

Art.43/3. Précisions

Les avantages décrits ci-dessus (aux points 43/1 et 43/2) couvrent également les frais restant à charge du patient suite à un transport pour prématurés après intervention de l'Assurance Soins de Santé Indemnités.

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

Les transports pour la délivrance de soins ambulatoires ou pour tout examen médical en milieu hospitalier ou au cabinet d'un prestataire ne donnent droit à aucune intervention.

Dans le cadre du Service Mobile d'Urgence (SMUR), le service ne couvre pas les frais de déplacement de l'équipe médicale.

L'intervention financière de ce service est accordée sur base des pièces justificatives originales (factures) des frais exposés.

La cotisation pour les services décrits ci-dessus est reprise en annexe des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC.

Article 44 – Service information et promotion (code 37)

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

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

Article 45 Couverture maladies graves ou coûteuses (code 15)

1. Ce service a pour objet de favoriser le suivi médical et le bien-être des personnes présentant une maladie grave ou coûteuse en accordant, à charge de la société mutualiste Solimut, une intervention financière forfaitaire en vue de couvrir les dépenses de soins ambulatoires non couvertes par l'Assurance Soins de Santé Indemnités, qui n'ont fait l'objet d'aucune autre intervention et qui sont onéreuses. Il n'est pas nécessaire de fournir des justificatifs - autres que le formulaire de demande d'intervention dûment complété - pour bénéficier de l'intervention.

2. Les maladies suivantes sont reconnues comme maladies graves ou coûteuses :

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

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

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

Pour les maladies hors liste, les patients doivent en outre bénéficier du statut « affection chronique » à la date d'ouverture du dossier, conformément à l'AR du 15-12-2013 (publié le 23-12-2013) portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14-07-1994.

3. Procédures d'intervention

- a. Pour obtenir l'intervention prévue au point 1, le membre doit être atteint d'une des affections reprises dans la liste établie par le Conseil d'Administration ci-dessus, et approuvée par l'Assemblée Générale. Cette affection est portée à la connaissance du membre à la suite d'une hospitalisation (classique, de jour ou par un mini-forfait) ou à la réalisation d'un acte technique par un médecin spécialiste. Pour certaines pathologies, le diagnostic sera complété par une motivation du médecin-traitant.
- b. Lorsque la pathologie ne figure pas dans la liste reprise au point 2., l'intervention forfaitaire ne sera pas accordée. La liste est adaptée chaque début d'année civile sur base d'une proposition du Conseil d'Administration qui tient compte de l'état des connaissances médicales et du consensus scientifique relatifs aux maladies graves ou coûteuses. Les critères de décision, élaborés en fonction de l'état des connaissances médicales et du consensus scientifique, sont une durée de traitement prévisible supérieure à six mois ainsi que la présence de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins d'une durée prévisible à six mois.
- c. L'intervention forfaitaire est accordée suite à une hospitalisation classique ou de jour dans l'année calendrier précédant la demande d'ouverture d'un dossier « maladie grave ou coûteuse » relative à la pathologie déclarée et sur présentation du formulaire prévu à cet effet dûment complété et signé par le membre et par son le médecin traitant spécialiste à l'origine du diagnostic de la pathologie déclarée.
- d. Ce formulaire de demande d'obtention du premier forfait doit être introduit dans l'année calendrier (365 jours) à compter :
 - de la date du début de l'hospitalisation (classique, de jour ou par un mini-forfait) relative à la pathologie déclarée
 - ou de la réalisation d'un acte technique par un médecin spécialiste relatif à la pathologie déclarée.
- e. Le formulaire de renouvellement doit être introduit au cours de l'année civile suivante et doit faire l'objet d'un nouveau formulaire complété conformément au point c.
Exception : cette demande de renouvellement n'est pas nécessaire lorsque l'hospitalisation a eu lieu au cours du second semestre de l'année en cours. Par contre, si la date d'hospitalisation (ouverture des droits) se situe au cours du 1^{er} semestre de l'année en cours, la demande de renouvellement doit bien parvenir dans l'année civile suivante.
- f. Cette intervention est versée à l'affilié ou à toute personne désignée par ce dernier. En cas de décès, elle sera payée aux héritiers.

4. Montant de l'intervention

Cette intervention forfaitaire annuelle s'élève à 150€; une seconde intervention forfaitaire annuelle de 150 € peut être accordée selon les modalités définies au point 3.

Si le membre est atteint de plusieurs pathologies reprises dans la liste au point 2, un seul forfait annuel est accordé.

Article 46 – Subventionnement de structures socio-sanitaires (code 38)

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

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

Les subventions sont fixées annuellement par l'Assemblée générale.

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

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

1. L'ASBL « Jeunesse & Santé » dont le numéro d'entreprise est BCE : 0411.971.074.

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

« L'association a pour but de promouvoir, par des activités sociales, culturelles et sportives et dans une dynamique d'éducation permanente, le sain épanouissement de la jeunesse, ce qui postule sa participation. »

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

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

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

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

- Encourager l'intégration et la valorisation des personnes malades et handicapées par la pratique du sport et des activités physiques. »

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

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

L'association inscrit prioritairement son action dans le champ de l'éducation permanente.

Elle se déploie principalement sur le territoire de la Communauté française. Son programme d'actions peut viser ses membres, les aînés fragilisés, un large public, les décideurs politiques et le monde associatif. »

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

- À proposer des formations, des sensibilisations, des informations et des outils aux institutions de soins tels que les hôpitaux, les maisons de repos et de soins...
- À proposer des formations, des sensibilisations, des informations et des outils aux futurs acteurs des soins de santé (médecin, infirmier,...)
- À sensibiliser et informer le tout public sur base de campagnes de communication (délai de réaction face aux premiers signes de problèmes cardiovasculaires,...)
- Développer une expertise dans l'évaluation qualitative et quantitative de projets.
- Développer une expertise dans la mise en place de programmes d'interventions sur le terrain pour les publics vulnérables (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, handicap,...)

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts. Ce soutien est accordé jusqu'à l'année 2017. Son renouvellement est soumis à évaluation par le Conseil d'Administration à la mi 2017.

8. L'association de fait Mouvement Ouvrier Chrétien (en abrégé MOC)

L'objet social repris aux articles 1 et 3 vise

Article 1

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

Ses valeurs de référence sont précisées dans ses options fondamentales.

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

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

Article 3

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

Pour assurer cette mission, le MOC doit :

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

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

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

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

L'objet social repris à l'article 3 de ses statuts est le suivant :

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

L'association a pour objet :

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

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

1. Observatoire des lieux de vie pour seniors

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

2. Accompagnement

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

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

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

- 1° de fournir aux associations affiliées un ensemble de services leur permettant de gérer leur activité de manière efficiente et de répondre aux besoins des personnes qui souhaitent être aidées et soignées à domicile, notamment en matière de soins infirmiers et palliatifs ; aide familiale ; aide-ménagère ; garde à domicile de jour et de nuit ; garde d'enfants malades ; service social ; autres services complémentaires tels que : bénévolat ; prêt de matériel ; biotélégilance ; logopédie ; kinésithérapie ; ergothérapie ; soins dentaires à domicile ; pédicurie ; aménagement de locaux ; distribution des repas à domicile
- 2° de soutenir ces associations en favorisant en liaison avec le médecin généraliste une offre d'aide et de soins coordonnés centrés sur le bénéficiaire en facilitant la systématisation des collaborations entre tous les intervenants du maintien à domicile et en permettant la détermination des orientations politiques d'ensemble. Le siège social de l'association est établi Avenue Adolphe Lacomblé, 67/71 BP 7 à 1030 Bruxelles, dans l'arrondissement judiciaire de Bruxelles.

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

12. L'ASBL FCPC Fédération des Centres de planning et de consultations (en abrégé FCPC) avec le n° d'entreprise BCE : 409.548.252.

L'objet social repris à l'art. 3 des statuts de l'asbl vise :

- À assurer la coordination et le représentation des centres de planning et de consultation familiale et conjugale agréés et affiliés.

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

13. La scrifs Creagora avec le n° d'entreprise BCE : 847.167.217

L'objet social repris à l'art. 3 al. 1 et 2 des statuts de la scrifs a pour but :

1. La société a pour objet, pour compte propre, pour compte de tiers ou en participation, sur le territoire desservi par huit (8) Mutualités Chrétiennes Francophones et Germanophone, sans que cette énonciation soit limitative et à titre exemplatif:
 - d'acquérir des bâtiments, ou des terrains, afin de les mettre à la disposition de mutualités chrétiennes et toutes entités juridiques mutualistes partenaires de l' Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, d'associations et de collectifs impliqués dans l'action sociale, sanitaire et éducative ainsi que dans l'insertion professionnelle ou l'économie sociale. La société coopérative pourra également occuper ces locaux dans le même objectif,
 - de construire, restaurer et rénover ces bâtiments, ou d'aménager ces terrains, avec le souci de mettre en œuvre les techniques et les matériaux les plus respectueux de l'environnement,
 - de favoriser les entreprises de formations professionnelles et/ou travail adapté dans le cadre de la restauration, la rénovation et l'entretien de ces bâtiments, ou de l'aménagement de ces terrains.
 - d'affecter tout ou partie des bâtiments ou terrains qui ne seraient pas occupés par ce type de projets, à du logement ou autre, à loyer modéré ou normal, destiné à assurer une mixité d'occupation intergénérationnelle ; familles, handicapés, personnes âgées ...
 - de valoriser, d'encourager et d'initier des dynamiques de propriété collective,
 - d'initier de soutenir et de mettre en œuvre des projets de type social, d'insertion professionnelle, d'économie sociale ou d'éducation permanente, L'objet de la société est extensible, dans les limites de la cohérence et le respect de la finalité sociale.
 - de favoriser les réseaux et échanges avec des projets similaires ou proches au niveau de l'objet social,

- d'inciter et collaborer activement aux initiatives de recherche et développement visant à améliorer la politique socio-sanitaire des mutualités Chrétiennes et le bien-être physique, psychique et social des bénéficiaires des services dans leurs espaces de vie (maison, appartement, familles , ...)
- de mettre ses infrastructures à disposition pour favoriser les échanges et collaborations avec les universités et autres centres de recherche et entrepreneurs sociaux poursuivant la même finalité.
- de faciliter, en tant qu'incubateur social, la naissance d'initiatives poursuivant un même objectif.

2. L'objet social peut être étendu à d'autres activités par décision de l'assemblée générale des associés en conformité avec les dispositions légales afférentes à la modification de l'objet social.

Le montant du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

Article 47 – Financement d'actions collectives (code 38)

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

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

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

Le montant annuel du soutien financier à cette ASBL est repris à l'annexe 0 des statuts.

Article 48 - Service socio-éducatif (code 37)

Objectif

Le service socio-éducatif coordonne les mouvements socio-éducatifs des mutualités chrétiennes. Il assure la diffusion de l'information ayant trait aux activités de ces mouvements vers les membres, en particulier dans les aspects de prévention de la santé, d'accompagnement des personnes, de cohésion sociale et de renforcement de l'autonomie.

Il a pour mission de soutenir la politique socio-éducative des mutualités chrétiennes à travers cette coordination et par le biais de propositions, d'études ou de projets communs aux mouvements des mutualités chrétiennes.

Ce service n'accorde pas d'avantage qui ouvre un droit individuel à une intervention en réponse à un événement incertain et futur.

La cotisation pour ce service est reprise en annexe 1 des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC.

Article 49 - Service Médico-Social (code 37)

Objectif

Le service médico-social a pour mission de soutenir la politique médico-sociale des mutualités chrétiennes francophones et germanophone. A cet effet, il élabore des études, des propositions, des projets en soutien aux activités médico-sociales des mutualités chrétiennes et aux initiatives médico-sociales MC. Il assure les échanges et la coordination relatives aux matières médico-sociales entre les acteurs médico-sociaux des mutualités chrétiennes. Il s'assure également de la diffusion de l'information relative aux diverses initiatives médico-sociales des Mutualités chrétiennes vers les membres.

Ce service n'accorde pas d'avantage qui ouvre un droit individuel à une intervention en réponse à un événement incertain et futur.

La cotisation pour ce service est reprise en annexe 1 des présents statuts dans le tableau de cotisation du programme ETAC.

Article 50 – Soins ambulatoires pour l'enfance (code 15)

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

§ 2. Modalités d'intervention :

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

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

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

3. Exclusions

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

4. Procédure de remboursement

Les remboursements seront effectués sur base des justificatifs originaux

5. Exceptions

En cas d'affection particulière dans le cadre d'un traitement orthodontique régulier, la prise en charge des tickets modérateurs peut être prolongé jusqu'au 22ème anniversaire. La liste des affections particulières est reprise à l'article 57, point 1.4 des présents statuts, relatif à la Dento solidaire.

6. Cotisations

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

Article 51 - Opération couvrant une intervention pour les enfants participant à des plaines de vacances ou des séjours de vacances (code 15)

Définitions

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

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

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

Objet

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

1. Séjours de vacances organisés par l'ASBL Jeunesse & Santé

Pour les enfants ayant entre 7 et 17 ans, et entre 7 et 21 ans pour les enfants porteurs de handicap (il faut entendre le participant au centre de vacances âgé de 30 mois à 21 ans qui nécessite une aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se nourrir, communiquer ou avoir conscience des dangers) : une intervention d'un montant forfaitaire annuel de 170 €, valable entre le 01 janvier et le 31 décembre d'une même année, sur un ou plusieurs séjours organisés par jeunesse et santé.

Nonobstant l'intervention financière susmentionnée, une somme minimale de 50 € pour un enfant par séjour restera toujours à charge du membre. Dans la mesure où le forfait n'est pas totalement épuisé après la première intervention, le solde du montant forfaitaire peut être appliqué dans les mêmes conditions sur d'autres séjours sans jamais que les interventions cumulées ne puissent dépasser le montant maximal forfaitaire annuel tel qu'il est fixé dans le présent article.

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

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

Une intervention par enfant, ayant la qualité de personne à charge et participant à une plaine de vacances organisée par J&S asbl, est allouée au membre, :

- 5€ par jour par enfant
- 8€ par jour par enfant MC BIM
- 8€ par jour par enfant MC moins valide

Par BIM il faut entendre les enfants qui, au moment de l'inscription, relèvent du statut social au sens de l'art. 37, §§ 1er, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Par moins valides il faut entendre qui nécessite une aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se nourrir, communiquer ou avoir conscience des dangers

Dans les cas où le montant de l'intervention de Solimut est égale ou supérieure au prix de la plaine, une somme minimale de 5 € par enfant par semaine de plaine restera toujours à charge du membre.

3. Centres de vacances autres

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

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

Article 52 – Séjours de vacances (code 15)

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

1. Séjour ALTEO

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

Une réduction financière est accordée pour chaque participation d'un membre à un séjour organisé par Altéo, à concurrence de

- 185 € pour les séjours en Belgique et à l'étranger.
- 285 € pour les séjours en maison de convalescence

La société mutualiste intervient pour les séjours organisés par Altéo sans limite dans le nombre de participation.

2. Séjour énéo et énéo sport

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

Une réduction financière est accordée à concurrence de

- 50 € par séjour (Belgique ou étranger)
- 100 € par séjour (Belgique ou étranger) pour les BIM

Cette réduction est valable uniquement pour les séjours organisés par Enéo.

Par BIM, il faut entendre les membres qui, au moment de l'inscription, relèvent du statut social au sens de l'art. 37, §§ 1er, 2 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La société mutualiste intervient pour maximum 2 séjours sur une année civile

Article 53 – Service Logopédie (code 15)

1. Ce service a pour objet d'intervenir dans les frais engendrés par des traitements en logopédie et ce, de deux manières :

- Tout d'abord, en intervenant dans les frais de traitement en logopédie non repris dans l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités ;
- Ensuite, en intervenant financièrement dans les frais du test de QI que le patient doit passer pour obtenir le remboursement des prestations en logopédie liées à la dysphasie (catégorie F) et aux troubles du langage (catégorie B2) en Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités.

2. Traitement logopédique non repris dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2.a. Procédures d'intervention

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

2.b. Exclusions

- Le traitement logopédique dans les cas où le bénéficiaire:
 1. Suit un enseignement spécial. Cette exclusion n'est valable que pour les troubles du langage oral, du langage écrit et du calcul ainsi que pour la dysphasie;

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

2.c. Procédures de remboursement

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

3. Test de QI

3.a. Procédures d'intervention

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

3.b. Procédures de remboursement

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

Article 54 – Service psychomotricité (code 15)

Solimut rembourse 10€ par séance ou bilan de psychomotricité, à concurrence de maximum 75 séances par an. Les séances doivent être soit prescrites par un médecin généraliste, un pédiatre, un neuro-pédiatre ou un pédopsychiatre, soit demandées par un psychologue de centre PMS, de santé mentale ou de planning familial, et doivent être pratiquées par un psychomotricien diplômé reconnu par l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones. L'intervention sera accordée sur présentation des factures du psychomotricien mentionnant les dates des séances.

Article 55 - Subventionnement de services de garde d'enfants malades (code 38)

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

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

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

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

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

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

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

Les subsides annuels maximum sont :

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

L'association a pour but l'éducation des enfants de 0 à 12 ans, et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent. Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

L'association a pour but l'accueil et l'éducation des enfants de 0 à 6 ans et particulièrement l'enfant dont les parents travaillent.

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

Aide et Soins à Domicile Mouscron Comines – Rue Saint-Joseph, 8 – 7700 Mouscron BCE 0464.879.527

L'association a pour but de mettre temporairement, avec un objectif de prévention et d'autonomie, des aides familiales ou des aides seniors à la disposition de toute famille, de personnes âgées ou de personnes gravement handicapées dans le sens le plus large, qui en font la demande, pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches familiales ou tout acte de la vie quotidienne. En outre, afin de favoriser et de systématiser, notamment dans le cadre des centres de coordination de soins et services à domicile, elle peut organiser ou collaborer avec tous les services qui présentent un rapport direct ou indirect avec son objet.

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental – Rue du Douaire 40/1 – 6150 Anderlues BCE 0465.077.485

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

Aide et Soins à Domicile Brabant Wallon – Chaussée de Namur, 52c – 1400 Nivelles BCE 0460.481.863

L'association a pour but social d'intervenir à domicile afin de favoriser le retour et le maintien à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté en concertation avec l'environnement familial et de proximité et stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie.

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

L'association a pour but la mise en œuvre, la gestion et le développement de toute initiative de santé ou sociale visant à répondre aux besoins socio-sanitaires de la population de Bruxelles sans discrimination aucune.

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

Aide et Soins à Domicile en province de Namur – rue du Lombard, 8 – 5000 Namur BCE 0410.333.160 L'association couvre trois domaines d'activité, à savoir, l'aide à la vie journalière, la coordination, les soins infirmiers. (...) Ces activités sont fournies eu égard aux demandes et besoins des personnes, sans distinction d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses. Elles s'inscrivent dans une dynamique coordonnée et intégrée d'aide et de soins à domicile.

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

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

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

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

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

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

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

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

Le montant annuel du subside est repris à l'annexe 0 des statuts.

Article 56 – Intervention pour le service de garde à domicile d'enfants malades (code 15)

L'intervention du service est prévue pour les enfants malades, de 0 à 12 ans inclus et la maladie doit être attestée par un certificat médical. Solimut rembourse la totalité des frais exposés par le ménage mutualiste qui fait appel à un service mentionné à l'art 55 des présents statuts pour l(es) enfant(s) à sa charge, avec un maximum de 10 jours par enfant par année civile.

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

L'intervention est octroyée sur base de la facture originale du service qui a effectué la prestation.

Solimut rembourse également un forfait de maximum 25 € par jour, avec un maximum de 10 jours par année civile au ménage mutualiste qui fait appel pour l'enfant à sa charge à toute autre ASBL lorsque les services évoqués à l'art 55 des présents statuts n'ont pas pu répondre à la demande.

L'intervention est octroyée sur base de la facture originale du service qui a effectué la prestation.

La cotisation pour ce service est reprise en annexe.

Article 57 – Dento solidaire (code 15)

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

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

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

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

- 1.2. Un montant forfaitaire de 50 euros sera octroyé pour les interventions de première intention en orthodontie pour les patients jusqu'au neuvième anniversaire, à savoir les codes prestations :
- 305933 – forfait pour traitement de première intention, au début du traitement
 - 305955 – forfait pour traitement de première intention, au fin de traitement et au plus tôt > 6 mois
- 1.3. Pour les patients atteints par les affections particulières reprises dans la liste ci-dessous, un montant forfaitaire supplémentaire de 375€ sera octroyé au membre lors de la 24ème prestation A.S.S.I. « forfait de traitement régulier », à savoir les codes prestations :
- 305616 - 305620 : forfait de traitement régulier, max 2 par mois civil et 6 par 6 mois civils
 - 305653 – 305664 : forfait de traitement régulier avant interruption de plus de 6 mois
 - 305712 – 305723 : forfait de traitement régulier auquel succède une période de traitement régulier non remboursé ou dont l'autorisation de remboursement n'a pas encore été accordée.

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

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

- Dysplasie cranio-faciale (déformation des os du crâne au niveau facial) avec fente de la mâchoire supérieure ou inférieure ; avec absence osseuse complète ou partielle (dysostose) au niveau de la ligne médiane ou latéralement ; avec soudure osseuse anormale (synostose) ; avec absence osseuse complète ou partielle + soudure osseuse anormale (crouzon, apert, triphyllocéphalie)
- Dysplasie cranio-faciale avec synchondrose (avec trouble du développement du maxillaire) ; un trouble pathologique du développement cartilagineux résultant d'une croissance défectueuse en incurvée des os longs (achondroplasie).
- Dysplasie cranio-faciale d'autre origine : dysplasie osseuse (ostéopétrose, dysplasie crânio-tubulaire, dysplasie fibreuse) ; dysplasie cutanée (dysplasie ectodermique, neuro-ectodermique, neurofibromatose), dysplasie neuromusculaire (syndrome de Pierre Robin, de Moebius), dysplasie musculaire (fente linguale, aglossie, agénésie unilatérale de muscles faciaux (syndrome cardio-facial - Cayler), dysplasie vasculaire (hémangiome, lymphangiome, hémolympangiome)
- Agénésie congénitale d'au moins trois dents définitives à l'exception des dents de sagesse

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

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

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

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

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

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

Art. 58 Médecines douces (code 15)

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

Modalités d'intervention :

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

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

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

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

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

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

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

Les prestations doivent avoir lieu sur le territoire belge.

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

Art. 59 Homéopathie (code 15)

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

Modalités d'intervention

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

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

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

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

Art. 60 Contraception (code 15)

1. Description de l'avantage

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

Plus précisément, Solimut intervient dans :

- a) Les frais liés aux méthodes contraceptives telles que définies au point 2.
- b) Les frais liés à l'utilisation d'un stérilet ou d'un implant contraceptif

2. Définitions:

Méthodes contraceptives :

- Les médicaments tels que la pilule contraceptive, les patches, l'injection d'hormones, et l'anneau vaginal,
- le préservatif (masculin et féminin),
- les spermicides.

3. Exclusions / exceptions

Les méthodes contraceptives de type médicaments non reprises dans la liste du Centre Belge d'Information Pharmaco-thérapeutique (CBIP) ou SAM (Source authentique des médicaments), sous l'onglet "contraception », tels que les médicaments destinés au suivi de la ménopause et de la substitution hormonale

4. Montant de l'intervention

- intervention de 40 € maximum par année civile et par membre pour l'intervention décrite au point 1 a)

ET

- intervention de 120 € maximum par membre, par période de 3 années civiles pour l'intervention décrite au point 1 b)

Les interventions décrites au point 1 a) et 1 b) sont cumulables dès lors que toutes les conditions sont remplies.

5. Conditions d'intervention

L'intervention dans le coût des médicaments contraceptifs (cf. point 1 a) du présent article) n'est accordée que si ledit médicament est repris dans la banque de données de référence des médicaments du Centre Belge d'Information Pharmaco-thérapeutique (CBIP) ou SAM (Source authentique des médicaments).

6. Documents justificatifs

- L'intervention décrite au point 1 a) s'effectue sur présentation d'une ~~pour preuve d'achat~~ copie de la facture
- L'intervention décrite au point 1 b) s'effectue sur présentation d'une attestation médicale et d'une copie de la facture.

Art. 61 Vitatel – Télévigilance (code 15)

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

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

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

Art. 62 Service - Aide à la personne en perte d'autonomie (code 15)

Solimut veut apporter une aide à ses membres qui vivent au quotidien les réalités liées à la perte d'autonomie. Qu'il s'agisse de la personne aidée ou de l'aidant proche, en finançant :

- le recours occasionnel à un service de répit (§2) ;

- la présence en tant qu'accompagnant lors d'un séjour de convalescence de la personne aidée (§3).

§1 Définitions

La personne aidée

La personne reconnue en situation de dépendance.

L'aidant proche

La personne qui apporte une aide et soutien continus et réguliers à la personne aidée. L'aidant proche est majeur ou mineur émancipé. Il a développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée. Il exerce le soutien et l'aide à des fins non professionnelles, d'une manière gratuite et avec le concours d'au moins un intervenant professionnel. Il tient compte du projet de vie de la personne aidée.

L'accompagnant valide

Un accompagnant valide est une personne qui accompagne un convalescent, et qui ne nécessite lui-même pas de soins.

Conseiller en autonomie

La ou les personnes ressources au sein de chaque service social régional qui a/ont pour mission d'assurer un accompagnement spécifique sur les questions de la perte d'autonomie et du maintien à domicile.

Garde à domicile

La personne qui a pour mission d'accompagner le bénéficiaire qui a besoin de la présence continue d'une personne et qui, pour des raisons de santé ou de handicap, ne peut se déplacer seul hors de son domicile. Il vise principalement à assurer, le jour ou la nuit et en complémentarité avec l'entourage du bénéficiaire, une présence active et à optimiser le bien-être mental, physique et social du bénéficiaire par des actions définies par le statut du garde à domicile.

Centre de soins de jour

Centre d'accueil de jour requalifié/reconverti, suivant certaines normes, en une structure de soins de santé qui prend en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes (c'est-à-dire au minimum de catégorie « B » sur l'échelle de Katz), et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile.

Les centres de soins de jour peuvent être situés au sein d'une MR/MRS ou en liaison avec elle.

Depuis 2012, les centres de soins de jour sont accessibles :

- aux personnes âgées présentant, une démence débutante, quel que soit leur niveau de dépendance physique, sur base d'un bilan diagnostic préalable fait par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;
- aux personnes âgées en soins palliatifs ou souffrant d'une maladie grave.

Court Séjour de Répit (résidentiel)

Séjour temporaire en structure résidentielle adaptée aux personnes en perte d'autonomie. Ces séjours sont destinés à des personnes âgées, des personnes porteuses d'un handicap, et de manière générale en perte d'autonomie, dont la famille et les aidants proches ont besoin d'une période de répit.

Structure d'accueil de jour

Structure qui accueille et prend en charge, jusqu'à 5 jours par semaine, la personne qui souffre d'un handicap ou d'une perte d'autonomie qui ne travaille pas. Pour continuer à progresser dans les meilleures conditions la personne a parfois besoin d'être pris en charge par une équipe spécialisée. Des activités occupationnelles variées y sont organisées : activités artistiques, jardinage, cuisine, artisanat.... Des équipes d'éducateurs accompagnent les personnes ainsi accueillies.

§2 Recours occasionnel à un service de répit

Ce service accorde en faveur des titulaires et des personnes à leur charge une intervention dans les frais

- de présence d'une garde au domicile
- de séjour en centre de soin de jour
- en cas de court séjour de répit résidentiel
- en cas de séjour en structure d'accueil de jour

Les séjours doivent avoir lieu au sein d'une structure agréée par les pouvoirs publics :

- fédéraux : INAMI
- régionaux : pouvoirs publics (Cocof, COCOM, RW, VGC) et administrations (PHARE, AVIQ, VAPH, DSL)

Montant de l'intervention et plafond

Solimut rembourse le montant demandé par le service prestataire, à concurrence de 250 € par an, maximum.

Pièce justificative

L'intervention est accordée sur production de la facture du service agréé, si la demande a été introduite en amont auprès du conseiller en autonomie et si la personne aidée est en ordre d'assurance complémentaire.

- § 3 Présence en tant qu'accompagnant valide lors d'un séjour de convalescence de la personne aidée
Ce service accorde une intervention dans les frais de séjour de l'aidant proche qui accompagne la personne en perte d'autonomie pour l'assister pendant son séjour de convalescence dans les actes de la vie journalière dans un centre de convalescence agréé par la mutualité et figurant en annexe 5 des statuts.
- Montant de l'intervention
L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 25 euros par jour.
- Plafond
L'intervention est limitée à 14 jours par année civile et par bénéficiaire.
- Pièce justificative
L'intervention est accordée sur production de la facture du centre de convalescence agréé par la mutualité, si l'aidant proche est en ordre en d'assurance complémentaire

Article 63 Service consultation psychologique (code 15)

1. Solimut intervient dans le coût des consultations psychologiques, effectuées en Belgique et non remboursables dans le cadre de l'Assurance Obligatoire.
Solimut intervient également dans le coût des consultations psychologiques effectuées dans les pays frontaliers suivants (France, Allemagne, Pays-Bas, Grand-Duché du Luxembourg) sur base de critères ci-dessous :
 - Pour la France, la reconnaissance du droit d'exercer la profession par la commission nationale qui délivre un numéro ADELI ;
 - La reconnaissance de la profession par la société luxembourgeoise de psychologie pour le Grand-Duché du Luxembourg ;
 - Pour l'Allemagne et les Pays-Bas sur base de la législation reconnaissant la profession.
2. L'intervention est applicable pour des séances individuelles, familiales, ou de couple, prestées :
 - i. par un praticien détenteur d'une licence ou d'un master en psychologie au sens de la Loi du 8 novembre 1993, protégeant le titre de psychologue, et qui est agréé par la Commission des psychologues et/ou est conventionné par notre société mutualiste SOLIMUT.
 - ii. dans un centre de planning familial et de consultation conjugale financé par la Région Wallonne ou la Commission Communautaire française ou la Commission Communautaire commune (Cocof ou Cocom), agréés par les mutualités régionales, selon les critères identifiés par Solimut.
 - iii. dans un service de santé mentale financé par la Région Wallonne ou la Commission Communautaire française ou la Commission Communautaire commune (Cocof ou Cocom) agréés par les mutualités régionales, selon les critères identifiés par Solimut.
 - iv. dans un centre à approche spécifique et pluridisciplinaire, une maison médicale ou une polyclinique agréés par les mutualités régionales, selon les critères identifiés par Solimut.
 - v. En milieu hospitalier.
3. Cette intervention est limitée au montant restant réellement à charge du membre avec un plafond maximum de 15 € par consultation, sans plafond du nombre de séance, avec un maximum de 180 € par année civile et par membre.
4. Afin d'obtenir le remboursement, le membre doit produire soit un formulaire type délivré par la mutualité et dûment complété par le praticien soit un justificatif dûment complété par le praticien et comportant :
 - le caractère d'ordre psychologique de la consultation,
 - la date de traitement,
 - le nom du patient,
 - le montant payé par le patient,
 - le nom du praticien,
 - le cas échéant, le numéro de conventionnement octroyé par Solimut dans le cadre du conventionnement des prestataires

- la signature du praticien (si la consultation a lieu dans un centre de planning familial et de consultation conjugale, un service de santé mentale, une maison médicale, une polyclinique, ou un centre à approche spécifique et pluridisciplinaire, agréés par les mutualités régionales, selon les critères identifiés par Solimut, mentionnés ci-dessus, le cachet du centre suffit)
5. Solimut fixe le cadre de conventionnement selon les critères suivants :
- Être en possession d'un master ou d'une licence en sciences psychologiques ;
 - S'engager à ne pas réclamer aux affiliés des 8 MCFG un montant supérieur à 50 € par personne pour une consultation de minimum 45 minutes.
6. Pour les centres (cfr (ii), (iii) et (iv)), Solimut fixe le cadre d'agrément selon les critères suivants :
- Avoir le statut d'ASBL et justifier d'un objet social clair et en accord avec nos orientations mutualistes ;
 - Justifier d'une pratique pluridisciplinaire au sein du centre (soit des professions médicales et paramédicales et sociales, soit des orientations psychologiques différentes) ;
 - Pratiquer une méthode de concertation régulière autour des cas des patients ;
 - Pratiquer des tarifs « raisonnable » à savoir des tarifs qui ne sont pas majorés de plus de 50% par rapport au montant fixé pour la convention au point 5 dernier alinéa si ceux-ci ne sont pas régulés par un cadre légal ;
- La liste des centres agréés dont question ci-dessus est reprise en annexe 6 des statuts.

Article 64 – Premiers secours (code 15)

Le service octroie une intervention financière dans le coût des formations de base aux gestes qui sauvent dispensées par la Croix-Rouge de Belgique.

Pour toutes les formations et brevets, l'intervention de la société mutualiste correspond à 80 % du coût réellement supporté par le membre, les cents étant arrondis à l'unité supérieure (euro).

Le membre doit fournir à la mutualité une attestation de présence délivrée par la Croix Rouge de Belgique. Cette attestation doit en outre reprendre le coût de la formation. Les interventions du service sont accordées pour la période au cours de laquelle les personnes sont inscrites comme membres de la Mutualité.

Article 65 – Optique (code 15)

Intervention lors de l'achat de montures de lunettes avec verres, lors du renouvellement des verres de lunettes, lors de l'achat de lentilles ou lors d'une intervention chirurgicale

§1. Intervention dans l'achat de montures de lunettes avec verres, de verres de lunettes ou de lentilles

1. Description de l'avantage
 - 1) Objectif : Ce service a pour objectif de faciliter l'accès aux soins d'optique par une intervention financière dans l'achat, sur le territoire belge ou dans un des pays limitrophes (Grand-Duché de Luxembourg, Allemagne, France et Pays-Bas), des montures de lunettes avec verres, des verres de lunettes et/ou des lentilles.
 - 2) Intervention : L'ayant droit peut bénéficier d'une intervention annuelle sur l'achat de :
 - monture de lunettes-avec verres, de verres de lunettes
 - ou de lentilles (et éventuellement les accessoires).
2. Montant de l'intervention

Le montant de l'intervention est calculé sur la base du coût effectivement payé par le membre. Le montant de l'intervention est plafonné à 50 € par an.
3. Conditions d'intervention

Une demande d'intervention ne peut être introduite qu'une fois tous les 3 ans, sauf en cas de changement de dioptrie d'au moins 0,5. Aucune condition d'âge n'est requise pour bénéficier de l'intervention. Le membre doit être en ordre d'assurance complémentaire à la date de l'achat de montures de lunettes avec verres, de verres de lunettes ou de lentilles.
4. Documents justificatifs

La demande d'intervention doit toujours être accompagnée :

 - de la facture originale de l'opticien établie au nom de l'ayant droit,
 - de la prescription par un ophtalmologue

L'indice de dioptrie doit être mentionné sur la facture.

Lorsque l'intervention complète celle de l'assurance obligatoire, l'attestation de délivrance aux opticiens (annexe 15) suffit pour autant que les éléments repris ci-dessus y soient bien indiqués.

§2. Intervention en cas de chirurgie ophtalmique

1. Description de l'avantage

La chirurgie réfractive concerne les actes suivants : Intervention pour la chirurgie réfractive par laser Excimer et/ou Femtolaser pour correction de l'amétropie, l'astigmatisme et la presbytie, à l'exclusion de l'intervention pour la cataracte.

2. Montant de l'intervention

La société mutualiste octroie une intervention de 100 € par œil pour toute intervention au laser ophtalmique (chirurgie réfractive) avec un maximum de 200 € par patient. Cette intervention ne peut être accordée qu'une seule fois par ayant-droit. Le membre doit être en ordre d'assurance complémentaire à la date de l'opération laser.

3. Documents justificatifs

La demande d'intervention doit toujours être accompagnée :

- soit par le formulaire ad hoc dûment complété par l'ophtalmologue
- soit par la facture du prestataire (avec mention de l'œil opéré)

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

Article 49 à Article 72bis

Supprimés au 01-01-2012

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

Section 1 : Définition du service

Articles 73 à 91

Supprimés au 1er janvier 2008

Section 10 : Organe consultatif

Article 92

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

Section 11 : Disposition transitoire

Article 93

Supprimé au 1er janvier 2008

Chapitre 6 : Budgets et comptes

Article 94

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

Les recettes de chacun des services sont constituées par :

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

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

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

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

Chapitre 7 : Modifications statutaires – fusion - dissolution – liquidation

Article 95 – Modifications statutaires

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

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

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

Article 96 - Fusion

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

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

Article 97 - Dissolution

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

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

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

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

APERCU DES SUBVENTIONNEMENT LIES AUX STATUTS (ANNEES 2017, 2018 et 2019) – PRESENTE A L'AG DU 14 NOVEMBRE 2018

✓ Aperçu subventionnement de l'ASBL Patrimoniale

ASBL Patrimoniale (article statutaire 42)	Subvention maximale envisagée Année 2018	Subvention effective Année 2018	Subvention maximale envisagée Année 2019
L'ASBL "Fesol"	0 €	0 €	0 €

✓ Aperçu subventionnement de structures socio-sanitaires

Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires visées à l'article 1er, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010.

Entité subventionnée (article statutaire 46)	Subvention maximale envisagée Année 2018	Subvention effective Année 2018	Subvention maximale envisagée Année 2019
L'ASBL « Jeunesse et Santé »	1.050.000 €	1.050.000 €	1.050.000 €
L'ASBL « Altéo »	1.420.000 €	1.419.972 €	1.500.000 €
L'ASBL « Enéo »	750.000 €	734.521 €	900.000 €
L'ASBL « Enéo Sport »	160.000 €	152.676 €	180.000 €
L'ASBL « Solival Wallonie-Bxl »	198.400 €	198.400 €	240.000 €
L'ASBL « Fédération des services maternels et infantiles » -FSMI	50.000 €	50.000 €	50.000 €
L'ASBL «Centre d'éducation du Patient» - CEP	130.000 €	130.000 €	100.000 €
L'ASBL Senoah	20.000 €	20.000 €	20.000 €
L'ASBL « Fédération Aide et Soins à Domicile » - FASD	25.000 €	25.000 €	25.000 €
L'ASBL FCPC	30.000 €	30.000 €	30.000 €
La scrifs Creagora	270.000 €	120.481 €	270.000 €

Les subventions sont fixées annuellement par l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut modifier les subventions envisagées pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- la décision du Conseil d'administration est aussitôt transmise à l'Office de contrôle par lettre recommandée signée par un responsable de la mutualité ;
- cette lettre mentionne la date d'entrée en vigueur de cette décision ;
- les modifications sont reprises dans les statuts avec effet rétroactif pour l'année en cours à l'occasion de l'Assemblée générale suivante.

✓ Aperçu du financement d'actions collectives

Entité financée (article statutaire 47)	Subvention maximale envisagée Année 2018	Subvention effective Année 2018	Subvention maximale envisagée Année 2019
L'ASBL "Vie Féminine"	126.000 €	126.000 €	126.000 €

✓ Aperçu du subventionnement de services de garde d'enfants malades

Entité subsidiée (article statutaire 55)	Subvention maximale envisagée Année 2018	Subvention effective Année 2018	Subvention maximale envisagée Année 2019
Adomisil (asbl La Babillarde)	15.000 €	14.140 €	35.054 €
Bab'Atchoum (asbl RAIDS)	25.000 €	22.737 €	57.828 €
L'ourson enrhumé (asbl Les Arsouilles)	83.000 €	80.932 €	171.342 €
Familienhilfe-dienst der christlichen frauenliga-deutschsprachige gemeinschaft	15.000 €	3.380 €	10.598 €
Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon (109)	225.000 €	212.317 €	431.665 €
Aide Familiale et Senior de Mouscron- Comines (116)	25.000 €	21.921 €	64.331 €
Aide et Soins à Domicile Hainaut-Oriental (128)	150.000 €	-2.146 €	109.046 €
Aide et Soins à Domicile Tournai Ath Lessines Enghien (129)	25.000 €	25.000 €	234.689 €
Aide et Soins à Domicile Liège-Huy- Waremmes (130)	85.000 €	53.218 €	176.451 €
Aide et Soins à Domicile en Province de Luxembourg (132)	70.000 €	56.101 €	121.473 €
Aide et Soins à Domicile en Province de Namur (134)	124.000 €	74.654 €	178.728 €
Aide et Soins à Domicile Bruxelles (135)	345.000 €	187.684 €	621.898 €
PSD	150.000 €	149.297 €	150.000 €

TABLEAU DES COTISATIONS ETAC

Tableau de cotisations de l'entité:

180/02 - SOLIMUT

Définition et Statut

Version	2019/2
Date d'approbation	14-11-2018
Date d'application	01-01-2019
Statut	

A. Cotisations propres

Cette table est d'application pour les entités

Services

Code Nom

Accords (nombre)

101, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 121, 126, 131

Références (articles des statuts)

Montants par catégorie de membres (EUR/an)

Cotisations normale Cotisations réduites

Cat.1 Cat.2 Cat.3 Cat.4

Total

0,00 0,00 0,00 0,00

Cette table est d'application pour les entités

Services

Code Nom

Accords (nombre)

109, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 137/01, 137/02

Références (articles des statuts)

Montants par catégorie de membres (EUR/an)

Cotisations normale Cotisations réduites

Cat.1 Cat.2 Cat.3 Cat.4

14	Hospitalisation	0	38 à 42	23,52	23,52	0,00	0,00
15	Autres opérations	0	43, 45, 50 à 54 et 56 à 65	46,44	46,44	0,00	0,00
37	Information aux membres sur les avantages offerts	0	44, 48 et 49	5,28	5,28	0,00	0,00
	Financement d'actions collectives et						
38	subventionnement de structures socio-sanitaires	24	46 et 55	7,08	7,08	0,00	0,00
93	Patrimoine	0	néant	0,00	0,00	0,00	0,00
98/01	Centre administratif : centre de répartition	0	néant	0,00	0,00	0,00	0,00
				Total	82,32	82,32	0,00

Liste des accords de collaboration

Services		Personnes juridiques	
Code	Nom	Numéro BCE	Dénomination
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0445.266.919	Permanence Soins à Domicile
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0847.167.217	Créagora
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0411.971.074	asbl jeunesse & santé
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0460.213.530	asbl Solival Wallonie-Bruxelles
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0465.077.485	ASD Hainaut Oriental
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0409.548.252	FCPC
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0415.862.952	Aide Familiale Bruxelles
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0418.415.042	L'ourson enrhumé
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0421.346.719	Adomisil
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.905.856	asbl vie féminine
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.333.160	ASD Namur
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.977.357	ASD Luxembourg
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0451.253.106	RAIDS
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0464.879.527	AFS Mouscron Comines
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0414.474.169	asbl énéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0449.690.614	FASD
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0421.218.045	asbl FSMI
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0435.882.762	ASD Liège Huy Waremme
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0410.383.442	asbl altéo
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0465.068.577	ASD Tournai Ath Lessines Enghien
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0460.481.863	ASD Brabant Wallon
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0430.305.757	Familienhilfe
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0424.320.164	CEP
38	Financement d'actions collectives et subventionnement de structures socio-sanitaires	0421.461.634	Senoah

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

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

Toutes ces maladies attestées par un médecin spécialiste.

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

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

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

2. Attestation d'un service hospitalier agréé
3. Attestation d'un service reconnu par l'INAMI
4. Décision d'un Gouverneur de Province dans le cadre de l'ex-fonds 81
5. Attestation établie par une équipe pluridisciplinaire, composée au moins d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social ou paramédical
6. Attestation établie par un service de consultation ONE
7. Document provenant d'une administration (allocations pour personnes handicapées, allocations majorées, enseignement spécialisé) ou par une des 3 autres Administrations Régionales ou Communautaires compétentes en matière d'intégration des personnes handicapées.
8. Attestation délivrée par un médecin spécialisé et agréé par l'INAMI

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

LISTE DES CENTRES DE CONVALESCENCES

- DOMAINE DE NIVEZE à SPA
- HOOIDONK à ZANDHOVEN
- TER DUINEN à NIEUWPOORT

LISTE DES CENTRES AGREES - CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE (article 63)

STRUCTURES COLLECTIVES SITUEES DANS LA PROVINCE DU HAINAUT ORIENTAL			
CENTRE	ADRESSE	TELEPHONE	EMAIL
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Avenue Charles Deliège, 66 7130 - Binche	064/236.434	binche@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Grand'Rue, 38 6460 - Chimay	060/414.022	chimay@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Rue du Collège, 10 6220 - Fleurus	071/548.353	fleurus@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Rue du Marché, 6 - 3ème étage 7100 - La Louvière	064/236.400	lalouviere@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Rue de la Gare du Nord, 6 6530 - Thuin	071/596.665	thuin@la-bulle.org
Centre de planning familial LA BULLE asbl	Boulevard Joseph II, 14 6000 Charleroi	071/328.844	charleroi@la-bulle.org
L'autre Rive	Rue du Laboratoire 29 6000 Charleroi	071/33.41.62	lautreive@skynet.be
Centre de planning familial « LE TERRIL » - Jumet	Rue Auguste Frison, 56 6040 Jumet	071/32.94.97	centre.le.terril@proximedia.be
Centre de planning familial du CPAS de Braine-le-Comte	Rue des frères Dulait, 19 7090 Braine-le-Comte	067/55 07 40	laurence.jansseune@7090.be
Centre de planning familial du CPAS de Charleroi « Les Haies »	Rue du calvaire, 159 6060 Gilly	071/ 28 55 88	pf@csgb.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	Rue d'Orléans, 34 6000 Charleroi	071/20.88.38	cpf.lalouviere@solidaris.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	avenue Max Buset, 40 (1er étage) 7100 La Louvière	064/22.88.40	cpf.lalouviere@solidaris.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	Rue de Gosselies, 7 6183 Trazegnies	071/50.78.60	cpf.trazegnies@solidaris.be
Centre de planning familial de FPS du Centre, Charleroi et Soignies – CPF asbl	Rempart du Vieux Cimetière, 15 7060 Soignies	067/ 22.03.35	cpf.soignies@solidaris.be
Centre de planning familial La Famille	Centre Claire Houtain Rue Warocqué, 124	064/ 26.21.62	info@plafam.be

Heureuse du Centre – La Louvière	7100 La Louvière		
Centre de planning familial Collectif Contraception	Avenue des alliés,26 6000 charleroi	071/314667	collectif.contraception.charleroi@skynet.be
Centre de planning familial Infor Famille Charleroi	rue Léon Bernus, 14 6000 Charleroi	071/31.30.60	inforfamille.charleroi@gmail.com
Services de santé mentale Le Portail	Rue de la Déportation 5 6500 Beaumont	071/70.07.59	
Centre de guidance psychologique	Rue de Bruxelles 18 7130 Binche	064/33.63.68	
Centre de guidance psychologique	Rue de la science 7 6000 Charleroi		
Centre de guidance de Charleroi	Rue Léon Bernus 22 6000 Charleroi	071/31.63.78	
Asbl Trametis	Grand Rue 67 6000 Charleroi	071/70.00.03	trametis@gmail.com
Service de santé mentale du CPAS de Charleroi « Site Charleroi »	rue Leon Bernus 18 6000 Charleroi	071/32.94.18	
Centre d'accueil Psycho-Social	Rue du collège 39 6200 Châtelet		
Centre de guidance psychologique	Rue de la Croisette109 6180 Courcelles		
Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi – « Site de Gosselies »	Faubourg de Charleroi 7 6041 Gosselies	Tél : 071/202.441	
Centre de santé mentale de Jolimont asbl	Rue Ferrer 196 7100 Haine-Saint-Paul	064/23.33.48	
Service de santé mentale du CPAS de Charleroi « Site Jumet »	Rue de Gosselies 56A 6040 Jumet		
Service de santé mentale Psy Chic.ssm asbl	Rue du Moulin 54 bloc BO 7100 La Louvière	064/22.25.71	
Services de santé mentale Le Pichotin	Rue Albert 1er 21 6540 Lobbes	071/55.92.30	
Services de santé mentale Le Dièse asbl	rue des Déportés, 7 7070 Mignault	067/21.24.77	
Le centre d'accueil psycho-social	Avenue du Centenaire 75 6061 Montignies-sur-Sambre	071/36.46.38	
Services de santé mentale Ariane	Grand Rue 113 7140 Morlanwelz	064/26.46.36	
Service de santé mentale	Ruelle Scaffart 7060 Soignies		
Maison médicale la Brèche	Place Wilson 126 6200 Châtelaineau	071/397965	
Collectif de santé de Charleroi Nord	Place du Nord Michel Levie 11 6000 Charleroi	071/415324	
Centre de santé la Chenevière	rue de la Grande Chenevière 95 6001 Marcinelle	071/435995	
Maison médicale de Dampremy	Rue du Phénix 3, 6020 Dampremy	071/140140	
Maison de santé Espace Temp	Rue du Calvaire 98 6060 Gilly	071/423111	
Maison médicale la Glaise	rue Léon Dubois 241	071/318 47	

	6030 Marchienne-au-Pont		
Maison médicale de Médecine pour le Peuple - Marcinelle a.s.b.l.	Rue de la Vieille Place 67 6001 Marcinelle	071/476496	
Maison médicale de Ransart	Place François Goffe, 32 6043 Ransart	071/353151	
STRUCTURES COLLECTIVES SITUEES DANS LA PROVINCE DU LUXEMBOURG			
Centre de planning et de consultation conjugale et familiale Asbl	Rue P. Thomas 10R 6600 Bastogne	061 21 36 12	
Centre pluraliste familial Asbl	Grand Rue 5 6800 Libramont-Chevigny	061 22 35 61	
Centre de planning et de consultation conjugale et familiale Asbl	Rue de Bastogne 46 6700 Arlon	063 22 12 48	
Centre pluraliste familial	Avenue Bouvier 145 6760 Virton	063 57 95 24	
Centre pluraliste familial Asbl	Rue du Luxembourg 22 6900 Marche-en-Famenne	084 47 82 37	
Planning familial Ourthe-Ambleve Asbl	Route de Marche 56 6940 Durbuy	086 21 85 44	
Service de santé mentale d'Arlon	Rue Léon castilhon 62 6700 Arlon	063 22 15 34	
Service de santé mentale de Bastogne	Rue des Scieries 71 6600 Bastogne	061 21 28 08	
Service de santé mentale de Bouillon	Rue du Collège 5 6830 Bouillon	061 46 76 67	
Service de santé mentale de Libramont	Grand-Rue 8 6800 Libramont-Chevigny	061 22 38 72	
Service de santé mentale de Marche	Rue du Luxembourg 15 6900 Marche-en-Famenne	084 31 20 32	
Service de santé mentale de Saint-Hubert	Rue du Mont 87 6870 Saint-Hubert	061 61 15 99	
Service de santé mentale de Virton	Rue Croix-Le-Maire 19 6760 Virton	063 21 79 20	
Espace Chrysalide	Rue Jean Meunier 10 6920 Wellin		
STRUCTURES COLLECTIVES SITUEES DANS LA PROVINCE DE LIEGE			
Centre d'Oultremont (Liège)	Rue Hors Château 59 4000 Liège	04 223 75 23	doultremont@pro.tiscali.be
Centre de réadaptation de l'enfant (Liège)	Rue Hors-Château 61 4000 Liège	04 222 13 07	creasbl@scarlet.be
Centre de Santé Mentale Enfants-Parents, asbl universitaire (Liège)	Rue Lambert le Bègue 16 4000 Liège	04 223 41 12	csmu@cybernet.be
Centre pour la Valorisation des Intelligences Multiples (CVIM)	Rue Sainte-Marie 8 4000 Liège	04 222 22 20	contact@cvim.be
CHU (Sart-Tilman)	Domaine du Sart-Tilman 1 4000 Liège	04 242 52 52	
CITES – Clinique du stress (Liège)	Voisinage des Cellites 12 4000 Liège	04 254 73 05	
Clinique psychologique et	Boulevard du Rectorat 3, Bât 33	04 366 92 96	cplu@ulg.ac.be

logopédique de l'ULg (CPLU) (Sart Tilman)	4000 Liège		
Maison médicale du Cadran (Liège)	Rue Sainte Marguerite 124 4000 Liège	04 224 94 44	
Maison médicale Le Laveu (Liège)	Rue du Laveu 74 4000 Liège	04 253 69 53	mmlaveu@mmlaveu.be
Maison médicale Saint Léonard (Liège)	Rue Maghin 74 4000 Liège	04 227 13 43	
Polyclinique du CHC St Joseph (Liège)	Rue de Hesbaye 75 4000 Liège	04 224 81 11	www.chc.be
polyclinique du CHU de la Sauvenière (Liège)	Boulevard de la Sauvenière 117 4000 Liège	04 242 52 52	
Polyclinique du Méry (Liège)	rue du Méry 26 4000 Liège	04 223 73 37	www.chc.be
Polyclinique Notre Dame des Anges (Glain)	Rue Emile Vandervelde 67 4000 Liège	04 224 73 09	www.chc.be
Psycho-J (Liège)	Rue Hors-Château 61 4000 Liège	04 223 55 08	psychoj@scarlet.be
Service de santé mentale « Sygma » (Liège)	Rue Jacob Makoy 57 4000 Liège	04 252 53 39	sygma@aigs.be
Service de santé mentale Franchimontois (Liège)	Rue des Franchimontois, 4B 4000 Liège	04 227 36 17	ssmfranchimontois@isosl.be
Service de santé mentale Saint Christophe (Liège)	Place Saint-Christophe, 2 4000 Liège	04 223 17 31	ssmstchristophe@isosl.be
CHR Citadelle	Bvd du 12e de ligne 1 4000 Liège	04 225 61 11	www.chrcitadelle.be
Clinique Ste Rosalie	rue des Wallons 72 4000 Liège	04 254 72 11	www.chrcitadelle.be
Service de santé mentale Accolade (Liège)	rue des Bruyères 127-129 4000 Liège		
Le "37"	rue Saint-Gilles 29 4000 Liège	04 2237789	info@le37.be
Estelle Mazy - Liège	rue de la Cathédrale 94 4000 Liège	04 22351 20	estellemazy@hotmail.com
Alfa (Assuétudes)	rue de la Madeleine 17 4000 Liège	04 2230903	
Club André Baillon	rue Fontaines Roland 7-9 4000 Liège	04 2211850	clubandrebaillon.csm@skynet.be
Revers-Siajef	rue Maghin 19 4000 Liège	04 2289898	info@siajef.be
Tabane (Exil)	rue Saint Léonard 510 4000 Liège	04 3412966	tabane@skynet.be
Centre de santé intégré Hélios	place St Jacques 24/02 4000 Liège	04 222 26 93	
Polyclinique du CHC St Vincent (Rocourt)	Rue Françoise Lefèbre 207 4000 Rocourt	04 239 47 00	www.chc.be
Service de santé mentale de Jupille	Cité André Renard 15 4020 Jupille-sur-Meuse	04 365 12 37	ssm.jupille@aigs.be
CLIPS (centre liégeois d'intégration psychosociale)	Rue Alex Bouvy 18 4020 Liège	04 341 29 92	clips@skynet.be
Hôpital de jour « La clé » (Liège)	Boulevard de la Constitution 153 4020 Liège	04 342 65 96	www.hjulacle.be
Maison médicale Les Houlpays (Liège)	Thier de la Chartreuse 2 4020 Liège	04 345 07 87	

polyclinique du CHU Lucien Brull (Liège)	Quai Godefroid Kurth 45 4020 Liège	04 242 52 52	
Psyliège (Liège)	Quai Mativa 58/11 4020 Liège	0471 06 73 56	
Service de santé mentale d'Angleur / initiative Fil-à-fil	quai des Ardennes 64 4020 Liège	04 269 00 42	filafilangleur@isosl.be
Club André Baillon II	rue Louis Jamme 29 4020 Liège	04 3429711	clubandrebaillon.sam@skynet.be
Maison médicale l'Herma	rue Natalis 73 4020 Liège	04 344 55 40	
Maison médicale la Passerelle	rue Gaston Grégoire 16 4020 Liège	04 344 94 44	
Asbl AvanceToi (Liège)	rue Nicolas Spiroux 80 4030 Grivegnée	0496 17 90 83	hp@avancetoi.be
Service de santé Mentale d'Angleur	rue Vaudrée 40 4031 Angleur	04 365 14 53	ssmangleur@isosl.be
Plateforme des soins palliatifs en Province de Liège (Liège)	Boulevard de l'Ourthe 10-12 4032 Chênée	04 342 35 12	liege@palliatifs.be
polyclinique du CHU Notre Dame des Bruyères (Chênée)	Rue de Gaillarmont 600 4032 Chênée	04 242 52 52	
Service de santé mentale de Herstal	Rue Saint-Lambert 84 4040 Herstal	04 240 04 08	ssm.herstal@aigs.be
Clinique de Château Rouge	rue du Grand Puits 47 4040 Herstal	04 240 59 05	www.chrcitadelle.be
Maison médicale L'Atoll	rue Large Voie 5 4040 Herstal	04 264 64 84	
Médecine pour le peuple asbl Herstal	avenue Francisco Ferrer 26 4040 Herstal	04 264 73 33	
Espace santé D4 (Embourg)	Avenue du Centenaire 17 4053 Embourg	0486 84 58 47	
Centre de Guidance de Seraing	Rue Hya 71 4100 Seraing	04 337 20 64	ssmseraing@gmail.com
Maison médicale Agora (Seraing)	Rue de Rotheux 64 4100 Seraing	04 338 53 43	
Maison médicale Bautista (Seraing)	Rue de la Baume 215 4100 Seraing	04 336 88 77	
Maison médicale Solidarités (Seraing)	Rue du Val Saint Lambert 219 4100 Seraing	04 338 01 55	
Médecine pour le peuple asbl Seraing	rue de Plainevaux 5 4100 Seraing	04 385 02 42	
Maison médicale Oxygène	place des Verriers 14 4100 Seraing	04 337 56 85	
Centre de guidance	Voie du promeneur 13 4101 Jemeppe S/Meuse	04 2311042	ssmjemeppe@skynet.be
asbl Nouvelle ère (Ougrée)	rue de la rose 12 B 4102 Ougrée	04 338 00 43	
Maison médicale d'Ougrée	Rue de la Rose 163 4102 Ougrée	04 337 80 80	
Service de santé mentale d'Ougrée	rue Bertholet 29 4102 Ougrée	04 3374953	
polyclinique du CHU d'Esneux	Rue Grandfosse 31-33 4130 Esneux	04 242 52 52	
Service de santé mentale de Comblain	Rue d'Aywaille 22 4170 Comblain-au-Pont	04 369 23 23	ssm.comblain@aigs.be

Service de santé mentale de Hannut	Rue Zénobe Gramme 48 4280 Hannut	019 51 29 66	ssm.hannut@aigs.be
L'Oasis familiale	chaussée de Wavre 22 B 4280 Hannut	019 511110	planning.oasis.hannut@belgacom.net
Polyclinique du CHC Notre Dame à Waremme	Rue de Sélvs-Longchamps 47 4300 Waremme	019 33 94 11	www.chc.be
Service de santé mentale de Waremme	Rue Guillaume Joachim 49 4300 Waremme	019 32 47 92	ssm.waremme@aigs.be
L'Oasis familiale	avenue Ed. Leburton 20 A 4300 Waremme	019 332239	planning.oasis.hannut@belgacom.net
SSM - CPAS	rue Spinette 2 4400 Flemalle	04 2351050	secretariat.ssm@flemalle.be
Maison médicale Le Tournesol (Flémalle)	Grand Route 240 4400 Flemalle	04 234 00 15	
Epsilon (AICS)	rue Saint Lambert 84 4400 Herstal	04 2400408	
Les Lieux Dits (Assuétudes)	rue Saint Lambert 84 4400 Herstal	04 2400408	
Paroles d'Aînés	rue Saint Lambert 84 4400 Herstal	04 2400408	
Polyclinique du CHC de l'Espérance (Montegnée)	Rue Saint Nicolas 447-449 4420 Montegnée	04 224 98 30	www.chc.be
Service de santé mentale de Montegnée	Chaussée Churchill 28 4420 Montegnée	04 364 06 85	ssm.montegnee@aigs.be
Maison médicale de Tilleur	Rue Malgarny 2 4420 Tilleur	04 233 14 79	accueil@mmtilleur.be
Maison médicale La Légia	rue Gilles Magnée 124 4430 Ans	04 247 42 48	
Maison médicale L'aquarelle (Grâce-Hollogne)	Rue Mathieu de Lexhy 170 4460 Grâce-Hollogne	04 234 22 44	
Maison médicale Cap Santé (Huy)	Quai de Compiègne 52 4500 Huy	085 825 625	info@capsante.be
Service de santé mentale L'accueil (Huy)	Rue de la Fortune 6 4500 Huy	085 25 42 26	csmaccueil@skynet.be
CHR Hutois	rue des Trois Ponts 2 4500 Huy	085 27 27 27	www.chrh.be
Polyclinique du Mont Falise	chaussée de Waremme 509 4500 Huy	085 27 27 27	www.chrh.be
Service de santé mentale de Nandrin	Place Arthur Botty 1 4550 Nandrin	085 51 24 15	ssm.nandrin@aigs.be
Service de santé mentale de Nandrin	place Botty 1 4550 Nandrin	085 512415	ssm.comblain@aigs.be
Centre Léon Halkein (Visé)	Rue de Sluse 17 4600 Visé	04 379 39 36	centredguidance@skynet.be
Service de santé mentale de Visé	Rue de la fontaine 53 4600 Visé	04 379 32 62	ssm.vise@aigs.be
Estelle Mazy- R&M - Visé	rue Porte de Lorette 1 4600 Visé	0486 663274 - 04 2677485	erre.et.aime@gmail.com
Service de santé mentale de Beyne-Heusay	Grand-route 306 4610 Beyne-Heusay	04 358 71 53	ssm.beyneheusay@aigs.be
Polyclinique du CHC de Retinne	rue Laurent Gilys 19 4621 Retinne	04 358 27 35	www.chc.be
Service de santé mentale de Soumagne	Rue de l'Egalité 250 4630 Soumagne	04 377 46 65	ssm.soumagne@aigs.be
Service de santé mentale de Blegny	Place Ste Gertrude 1a 4670 Blegny	0498 90 03 22	ssm.blegny@aigs.be

Service de santé mentale d'Oupeye	Rue du Ponçay 1 4680 Oupeye	04 264 33 09	ssm.oupeye@aigs.be
Polyclinique du CHC Notre Dame de Hermalle-Sous-Argenteau	Rue Basse Hermalle 4 4681 Hermalle-sous-Argenteau	04 374 70 70	www.chc.be
Centre de diagnostic (Verviers)	Rue Laoureux 31 4800 Verviers	087 30 86 00	cdv.direction@skynet.be
Centre familial d'éducation – SSM (Verviers)	Rue des Déportés 30 4800 Verviers	087 22 13 92	cfe.ssm@skynet.be
Service de santé mentale de Verviers	Rue de Dinant 20-22 4800 Verviers	087 22 16 45	dadministration@ssmverviers.be
AICS	rue de Dinant 18 4800 Verviers	087 223878	
Avat	rue de Dinant 22 4800 Verviers	087 221645	
Sapi	rue de Dinant 11 4800 Verviers	087 774510	
Maison médicale Mosaïque	rue des Sottais 1 4800 Verviers	087 31 62 90	
Polyclinique Ste Elisabeth (Heusy)	Rue de Naimeux 17 4802 Heusy	087 21 37 00	www.chc.be
Service de santé mentale de Trooz	Grand Rue 64 4870 Trooz	0496 27 23 47	ssm.trooz@aigs.be
Maison médicale Trooz santé	Grand Rue 64 4870 Trooz	04 267 08 90	
Maison médicale MGA/Centre de santé de l'Amblève (Aywaille)	Rue de Septroux 5 4920 Aywaille	04 384 30 30	info@centredesante-ambleve.be
Polyclinique du CHC d'Aywaille	place Marcellis 8 4920 Aywaille	04 384 53 38	www.chc.be
polyclinique du CHU d'Aywaille	Rue Henry Orban 5 4920 Aywaille	04 242 52 52	
Planning familial Ourthe-Amblève	place Marcellis 12 4920 Aywaille	04 3846699	
Polyclinique d'Andenne	rue Bertrand 92 5300 Andenne	085 27 27 27	www.chrh.be
Asbl Sélina (Liège)		081 22.49.19	
Cancer et psychologie asbl (Liège et Namur)	Quai Churchill, 3A 4020 Liège	0499 33 26 79	canceretpsylg@skynet.be
STRUCTURES COLLECTIVES SITUÉES DANS LA PROVINCE DU BRABANT WALLON			
<u>UCL (Université catholique de Louvain) - CPS (Consultations Psychologiques Spécialisées)</u>	<u>rue Paulin Ladeuze, 7 à 1348 Louvain-La-Neuve</u>	<u>+32 (0)10 474 014</u>	<u>cps-ppsp@uclouvain.be</u> <u>www.cps-emotions.be</u>
CPF Tubize Rosa Guillmot	Rue Ferrer,3 1480 Tubize	02/355.01.99	pascale.vanschel@mutsoc.be
CPFP Tubize	Rue des Frères Taymans, 32/202 1480 Tubize	02/355.69.45	cpftubize@hotmail.com
CPF Nivelles	Bvd des Archers, 52 1400 Nivelles	067/21.72.20	planningniveles@skynet.be
CPF Braine l'Alleud	Place Sainte-Anne, 14 1420 Braine l'Alleud	02/384.82.24	planningbraine@yahoo.fr
CPFP Waterloo	Chaussée de Bruxelles, 409A 1410 Waterloo	02/354.63.29	planningfamilialwaterloo@hotmail.com

CPF La Hulpe Lasne Rixensart	Rue de Rixensart, 27 1332 Genvall	02/653.86.75	planningenal@skynet.be
CPF Wavre	Rue Théophile Piat, 26 1300 Wavre	010/22.55.88	planningwavre@gmail.com
CPF Infor Famille Wavre	Rue de Bruxelles, 20 1300 Wavre	010/22.46.96	infor.familiebw@scarlet.be
Aimer à Louvain-La-Neuve	Cours des Trois Fontaines,31 1348 LLN	010/45.12.02	planning.familial.lln@swing.be
Maison de la famille Perwez	Rue des Marroniers, 4 1360 Perwez	081/65.56.96	cpf.perwez@skynet.be
SSM provincial Jodoigne	Chaussée de Tirmeont, 89 1370 Jodoigne	010/81.31.01	ssm.jodoigne@brabantwallon.be
SSM provincial Tubize	Rue du Château,42 1480 Tubize	02/390.06.37	ssm.tubize@brabantwallon.be
SSM provincial Nivelles	Chaussée de Bruxelles, 55 1400 Nivelles	067/21.91.24	ssm.nivelles@brabantwallon.be
Entre mots	Rue des Fusillers, 20 1340 Ottignies	010/41.80.93	entremots@CSPO.be
Service de santé mentale Wavre	Avenue du Belloy, 45 1300 Wavre	010/22.54.03	ssm.wavre@skynet.be
Safrans asbl	Rue Jules Hans, 43 1420 Braine l'Alleud	02/384.68.46	safrans@ssmsafrans.net
Centre de guidance LLN	Grand-Place, 43 1348 LLN	010/47.44.08	centre-de-guidance-lln@uclouvain.be
Service de santé mentale LLN	Rue Paulin Ladeuze, 13 1348 LLN	010/47.44.08	centre-de-guidance-lln@uclouvain.be
Centre de guidance CPAS Nivelles	Rue Samiette, 70 1400 Nivelles	067/28.11.50	bernadette.desutter@cpas-nivelles.be
Espace Santé	Avenue des Combattants, 47/2 - 49 1340 Ottignies	010/40.22.65	
Atout cœur	Chaussée des Gaulois, 13 1300 Wavre	010/22.59.66	
Maison médicale de la Thyle	Rue Emile Henricot, 7 1490 Court-Saint-Etienne	010/77.00.73	info@mmthyle.be
Maison médicale de Mont-Saint-Guibert	Rue Demi-Lune 4 1435 Mont-Saint-Guibert	010/65.66.43	
Clinique du Lien	Rue de la station, 35 1332 Genvall	0474/19.21.75	info@lacliniquedulien.be
STRUCTURES COLLECTIVES SITUEES DANS LA PROVINCE DE VERVIERS-EUPEN			
Centre Diagnostic de Verviers	Rue Laoureux 31 4800 Verviers	087/30.86.00	
Clinique St. Josef de St. Vith	Klosterstraße 9 4780 St.Vith	080/85.44.11	
Clinique des Frères Alexiens (Henri Chapelle)	Rue du Château de Ruyff, 68 4841 Henri-Chapelle	087/59.32.11	
Centre hospitalier Peltzer La Tourelle (CHPLT)	Rue du Parc, 29 4800 Verviers	087/21.21.11	
Centre hospitalier chrétien (CHC)	Rue de Naimeux, 17 4802 Heusy	087/21.31.11	
Hôpital Saint Nicolas d'Eupen	Hufengasse 4-8 4700 Eupen	087/59.95.99	
Hôpital de jour la Clé	Boulevard de la Constitution, 153 4020 Liège	04/342.65.96	
CRI-PTOS	Rue St Vincent, 18 4840 Welkenraedt	087/33.06.94	
Centre de Guidance – Malmedy	Rue Derrière les Murs, 5 4960 Malmédy	080/33.81.65	

CFE (Centre Familial d'Education) Verviers	Rue des Déportés, 30 4800 Verviers	087/22.13.92	
SSM Service de santé mentale - Verviers	Rue de Dinant 15-18-20—22 4800 Verviers	087/22.16.45	
SPZ (Sozialpsychologisches Zentrum) - Eupen und St. Vith	Vervierser Str 14 4700 Eupen VennbahnstraBe 4/6 4780 St Vith	087/59.80.59 080/22.76.18	
CPF La Famille heureuse Verviers	Rue des Raines 111 4800 Verviers	087/35.13.73	
CPF Inforcouple - Verviers	Rue Laoureux 52 4800 Verviers	087/35.04.44	
La Bulle d'Air - Dison	Rue Albert 1er 75 4800 Verviers	087/68.88.85	
Mosaïque-Verviers	Rue des Sottais, 1 4800 Verviers	087/31.62.90	
Le Thier Mère Dieu Verviers	Thier Mère Dieu 12 4800 Verviers Avenue de Spa, 21 4800 Heusy	087/30.60.90 087/30.64.12	
Air Pur	Voie de l'air pur 241 4052 Beaufays	04/358.00.04	
Polyclinique Notre-Dame des Anges	rue Émile Vandervelde 67 4000 Glain	04 224 73 09	
Polyclinique Notre-Dame de Waremmé	rue de Sélys-Longchamps 47 4300 Waremmé	019 33 94 11	
Polyclinique Saint-Vincent	rue François Lefèbvre 207 4000 Rocourt	04 239 47 00	
Centre de Réadaptation de l'Enfant - CRE	rue Hors-Château 61 à 4000 Liège	04 222 13 07	
Service de Santé Mentale l'Accueil de Huy	rue de la Fortune 6 4500 Huy	085 25 42 26	
ASBL Psycho-J - Service de santé mentale	rue Hors-Château n° 59 4000 Liège	04 223 55 08	
Centre d'Informations, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress - CITES	rue Professeur Mahaim n°84 à 4000 Liège		
Polyclinique de l'Espérance	rue Saint-Nicolas n° 447-449 4420 Montegnée	04 224 91 11	
Clinique Psychologique et Logopédique de l'Université de Liège (CPLU)	boulevard du Rectorat 3, Bâtiment 33 4000 Liège - Sart Tilman	04 366 92 96	
STRUCTURES COLLECTIVES SITUÉES DANS LA PROVINCE DE Hainaut Picardie			
Maison médicale Le Gué	Rue Saint Piat 56A 7500 Tournai		
Maison médicale La Venelle	Rue de la Madeleine 62 7500 Tournai		
Maison médicale Ere	Vieux Chemin d'Ere 9 7500 Tournai		
Maison médicale Atlante	Rue de l'Industrie 94 7730 St Ghislain		
Maison médicale Le Car d'or	Avenue de Jemappe 135 7000 Mons		
Maison Médicale L'étoile	Place Calmette 16 7080 Frameries		

Maison Médicale L'alizé	Rue de la Poudrière 82 9390 Quaregnon		
Maison Médicale Stéthoplus	Avenue des Châteaux 109 7780 Comines		
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	45, avenue d'Hyon 7000 Mons	065/35.43.71	
SSM du CHR Clinique St Joseph - Hôpital de Warquignies (CT Enfants)	5, avenue des Arbalestriers 7000 Mons	065/ 35.71.78	
Consultations médico-psychologiques - SSM du Tournaisis (IS Assuétudes)	59b, rue Beyaert 7500 Tournai	069/22.05.13	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	29-31, rue de l'Abbaye 7330 Saint-Ghislain	065/46.54.06	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	7 rue de Maubeuge 7340 Wasmes (Colfontaine)	065/71.10.30	
La Kalaude	137, rue du Commerce 7370 Elouges (Dur)	065/80.15.25	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	21 rue de l'Athénée 7500 Tournai	069/22.72.48	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	161 rue de la Station 7700 Mouscron	056/34.67.89	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	20, chaussée de Warneton 7780 Comines	056/55.71.51	
La Passerelle	21, Square St Julien 7800 Ath	068/28.55.01	
Centre de guidance psychologique - SSM provincial	9 rue Isidore Hoton 7800 Ath	068/26.50.90	
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale "La Famille Heureuse"	Rue de la Grande Triperie, 46 7000 Mons	065/33.93.61	
Centre de planning et de consultations familiales et conjugales "Les Arbas"	Rue des Arbalestriers, 100 7000 Mons	065/31.49.00	
Centre de planning familial FPS - Mons	Boulevard Gendebien 5/6 7000 Mons	065/32.99.23	
Centre de Consultations conjugales et familiales "La Famille Heureuse"	Rue Dufrasne Friart, 2 7080 Frameries	065/45.00.24	
Centre Léa Lor - Planning familial du Borinage	Onzième Rue 7330 Saint-Ghislain	065/79.22.32	
Centre de consultations conjugales et familiales "Au Quai"	Rue Duquesnoy, 19 7500 Tournai	069/21.40.76	

La Famille Heureuse - Mouvement belge pour le planning familial - Région du Tournaisis	Rue des Clairisses, 13 7500 Tournai	069/84.72.04	
Centre de planning familial des F.P.S. de Tournai-Ath. "Centre Aurore Carlier	Rue de Cordes, 8 7500 Tournai	069/84.23.46	
"Le Safran"	Rue du Berceau, 4 7600 Peruwelz	069/78.03.21	
Centre de consultation conjugale et familiale "Infor Vie" - La Passerelle	Rue de la Station, 129 7700 Mouscron	056/34.60.83	
Centre de planning familial Aurore Carlier asbl	Rue du Chemin de Fer, 10 7780 Comines	056/34.05.93	
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale du Pays d'Ath (C.P.F. Ath) - Hôpital de la Madeleine	Rue Marie Thomée, 1 7800 Ath	068/28.16.16	
Centre Laurent Maréchal (Ouïe et Parole)	Avenue de Fécamp, 49 7700 Mouscron		
C.P.A.S. Centre Ouïe et Parole	Boulevard Lalaing 41 7500 Tournai		
ASBL L'Ancre & Le Cap	rue des Fossés 7/9/11 7500 Tournai		
Le CEP	Rue du Crampon 41 7500 Tournai		
Le Saule	Rue du saulchoir 56b 7540 Kain		
Consultations en psychologie clinique - Epicura - Site de Baudour	Rue Louis Caty 136 7331 Baudour		
Consultations en psychologie - CHR Mons-Hainaut	Avenue Baudoin de Constantinople 5 7000 Mons	065/38.55.11	
Consultations en psychologie clinique - Chêne aux Haies (hôpital psychiatrique)	24 Chemin du Chêne aux Haies 7000 Mons		
STRUCTURES COLLECTIVES SITUEES DANS LA PROVINCE DE NAMUR			
<u>Centre Scientifique de suivi Psychothérapeutique (Antenne de Gembloux)</u>	<u>Grand'Rue 23 à 5030 Gembloux</u>	<u>0487/48 48 83</u>	<u>info@psy-csp.be www.psy-csp.be</u>
Selina Service de Santé Mentale (Jambes)	Rue de Dave 124 5100 Namur	081/30.59.29	
SSM Provincial Andenne	Rue de l'Hopital 23 5300 Andenne	085/84.91.50	
SSM Provincial Ciney	Route des Caves 25 5590 Ciney	083/12.48.19	
SSM Provincial Beauraing	Rue de l'Aubépine 61 5570 Beauraing	082/71.13.91	

SSM Provincial Couvin	Ruelle Cracsot 12 5660 Couvin	081/77.68.24	
SSM Provincial Dinant	Rue Alexandre-Daoust 72 5500 Dinant	081/77.68.37	
SSM Provincial Florennes	Rue Gérard de Cambrai 18	081/77.68.31	
SSM Provincial Gembloux	Chaussée de Tirlémont 14a	081/77.67.93	
SSM Provincial Namur	Rue Châteua des Balances 3 bis	081/77.67.12	
SSM Provincial Tamines	Rue Duculot, 11	081/77.68.40	
Maison Médicale La Bruyère(Sambreville)	Rue de Falisolle 199 5060 Auvelais	071/74.24.85	
Maison Médicale des Balances (Namur)	Rue des Bosquets 46 bte 13 5000 Namur	081/83.75.78	
Maison Médicale La Plante Médical (Namur)	Chaussée de Dinant 113-115 5000 Namur		
Maison Médicale de Bomel (Namur)	Rue Artoisenet 2 5000 Namur	081/26.09.33	
Maison Médicale du quartier des Arsouilles (Namur)	Rue Saint Nicolas 44 5000 Namur	081/26.01.91	
Maison Médicale Bequet Medic (Namur)	Rue A bequet 8 5000 Namur	081/84.91.85	
Maison Médicale Médici (Ciney)	Avenue Schlogel 49/1 5590 Ciney	083/21.20.93	
Maison Médicale sur Lesse (Houyet)	Rue de la Station 14 5560 Houyet	082/66.70.60	
Maison Médicale La Poudrière (Jambes)	Rue de la Poudrière 25 5100 Jambes	081/30.69.11	
Centre Médical du Parc (Bouge)	Avenue du Parc 7 5004 Namur	081/21.24.42	
Maison Médicale de Gesves	Ry Del Vau, 2B 5340 Gesves	083/67.70.84	
<u>STRUCTURES COLLECTIVES SITUEES EN FLANDRES</u>			
<u>People Development bvba (Psychotherapie & Gezinsvoorlichting)</u>	<u>Tiensevest, 146 à 3000 Leuven</u>		http://www.people-development.be/praktische-info/contact/