

MUTUALIA - Mutualité Neutre

Etablie à Verviers

STATUTS

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 2004 et ses arrêtés d'exécution;

Après délibération, les Assemblées Générales des mutualités "Société royale La mutualité neutre de Verviers et arrondissement" et "Mutualia - Mutualité neutre", réunies, respectivement, le 28 juin 2006 et le 22 juin 2006, ont décidé, aux quorums de présence et de majorité exigés par la loi du 6 août 1990 précitée, de fixer les statuts de la mutualité issue de la fusion des mutualités précitées, comme suit :

CHAPITRE I^{er}

Constitution - Dénomination - Buts - Siège social et circonscription de la mutualité

Article 1^{er}

1. Une fédération mutualiste a été établie à Verviers, le 24 juillet 1864, sous la dénomination "Fédération neutre des sociétés de secours mutuels de l'arrondissement de Verviers". Sa dénomination "Fédération royale des sociétés neutres de secours mutuels de l'arrondissement de Verviers" a été homologuée par arrêté royal du 19 septembre 1939. Elle a adopté la dénomination "Société royale "La mutualité neutre de Verviers et arrondissement" lors de son assemblée générale de septembre 1939.

Dans ses relations avec des tiers, la mutualité utilisait l'abréviation suivante "M N".

2. Une mutualité a été établie à Liège, le 3 août 1913, sous la dénomination "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés et voyageurs". Par arrêté royal du 18 juillet 1927 et par arrêtés du Régent des 15 décembre 1947 et 24 août 1949, elle a adopté successivement les dénominations suivantes :

- "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés, voyageurs de commerce et professions libérales";
- "Fédération provinciale liégeoise d'employés, voyageurs de commerce et professions similaires";
- "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés, voyageurs de commerce et professions similaires".

Par arrêté royal du 10 mai 1965, elle a adopté la dénomination "Fédération provinciale liégeoise des sociétés mutualistes d'employés, représentants et indépendants".

Par décision de l'assemblée générale extraordinaire du 20 juin 1991, elle a adopté, à partir du 1^{er} janvier 1992, la dénomination "M U T U A L I A - Mutualité neutre". Dans ses relations avec des tiers, la mutualité utilisait l'abréviation "Mutualia".

3. A partir du 1^{er} janvier 2007, la mutualité issue de la fusion des mutualités reprises sous les points 1. et 2. portera le nom de "M U T U A L I A - mutualité neutre", en abrégé "MUTUALIA".

Elle est fondée en dehors de toute idée politique, philosophique ou religieuse; elle se défend de toute immixtion dans la politique des partis.

Article 2

(approbation sous réserve – Conseil du 25-05-2009)

Les buts de la mutualité sont :

- a) dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, a) et c), de la loi du 6 août 1990 : la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour laquelle elle reçoit l'autorisation de l'union nationale auprès de laquelle elle est affiliée depuis le 11 juillet 1909 et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités l'amène à se porter garante du remboursement des prestations de santé, tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres ou à leurs personnes à charge, soit directement, soit par le biais du tiers payant. En outre, cette tâche comprend aussi la guidance des membres afin de veiller à ce que leurs soins qualitatifs soient assurés et de veiller que chacun ait accès à ces soins.

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

Toutes ces activités, ainsi que leurs contrôles, ont lieu en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution. L'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a lieu sous la responsabilité de l'Union nationale des mutualités neutres. La mutualité s'engage à respecter les dispositions légales, les dispositions statutaires et les directives de l'Union nationale des mutualités neutres.

- b) dans le cadre de l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la même loi : l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à leurs affiliés et à leurs personnes à charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

- logopédie;
- décès;
- cure d'air;
- pédicurie;
- location de matériel sanitaire;
- lait pour bébés ;
- diététique ;
- montures de lunettes;
- hospitalisation;
- parent au chevet d'un enfant malade;
- aides familiales et seniors;

- transport des malades;
- naissance / adoption;
- kiné périnatale;
- enfants malades;
- posturopodie;
- prothèses capillaires;
- télévigilance;
- vaccin anti-grippe;
- convalescence;
- psychomotricité - psychologie;
- soins palliatifs;
- dépistage cancer;
- assistance juridique;
- centre de coordination et soins à domicile ;
- soins palliatifs CRIS ;
- seniors ;
- fonds social ;

D'une manière générale lorsqu'une intervention d'une autorité publique sur la base d'une disposition légale ou réglementaire, comme en l'occurrence sur la base d'un arrêté royal dans le cadre de l'assurance obligatoire, elle peut être portée en diminution de ce qui est sur la base des statuts octroyé pour ce service ».

La mutualité a également pour but d'offrir à ses affiliés et à leurs personnes à charge, les avantages statutaires octroyés par l'union nationale et par les sociétés mutualistes auprès desquelles elle est affiliée.

Tout titulaire au sens de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui souhaite s'affilier auprès de la mutualité, pour lui-même et pour ses personnes à charge, est accepté à la condition qu'il ne soit pas membre d'une autre mutualité, que ce soit pour les activités visées à l'article 2, a), des présents statuts ou pour celles visées à l'article 2, b).

Une exception à l'interdiction d'une double affiliation est possible, néanmoins limitée aux personnes affiliées à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie - invalidité, à la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPM) ou à la Caisse des soins de santé, de la S.N.C.B. Holding, ainsi que les fonctionnaires de l'Union européenne, du Shape et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire.

Il en est de même pour les personnes qui en matière de soins de santé et d'indemnités sont couvertes par une assurance à la charge d'une institution nationale ou supranationale et qui paient les cotisations destinées aux services complémentaires.

L'affiliation en tant que membre ouvre le droit aux avantages prévus à l'article 2, b), des présents statuts, pour autant que les conditions d'affiliation spéciales prévues pour ces services soient remplies.

L'affiliation à l'assurance complémentaire est facultative. Toutefois, en cas d'affiliation, celle-ci doit se faire pour l'ensemble des services complémentaires de la mutualité et des services complémentaires de l'union nationale auxquels la mutualité a adhéré.

L'affiliation aux services des sociétés mutualistes est facultative.

L'affiliation au service "Epargne pré-nuptiale" organisée par l'union nationale, est toujours facultative.

Article 3

Le siège social de la mutualité est établi à 4800 Verviers, Place Verte 41 et sa circonscription comprend l'entièreté du territoire belge.

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

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

Article 4

La mutualité est affiliée auprès de l'Union nationale des mutualités neutres établie à 1060 Bruxelles, chaussée de Charleroi, 145.

CHAPITRE II
Affiliation, démission, exclusion.

Article 5

Abrogé.

Article 6

Les membres qui n'ont plus payé leurs cotisations pour les services visés à l'article 2, b), des statuts depuis 15 mois peuvent être exclus en tant que membre, ceci après leur avoir adressé une sommation par lettre. La radiation a lieu au moins 6 semaines après l'envoi de cette lettre et toujours le 1^{er} jour d'un trimestre.

Un membre ne peut résilier son affiliation aux services visés à l'article 2, b) de sa propre initiative que s'il verse la totalité de ses cotisations dues et sans préjudice aux dispositions d'exécution de l'article 118 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relatif aux mutations. Le non paiement des cotisations à l'assurance libre ou l'assurance complémentaire est considéré comme une démission, limitée toutefois à ces services libres ou complémentaires.

Article 7

Peuvent être exclus comme membre des services visés à l'article 2, b), les membres qui se rendent coupables d'une infraction qui a un rapport avec la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et / ou la loi du 6 août 1990 ou avec leurs arrêtés d'exécution. La décision d'exclusion est prise par le conseil d'administration ou la personne ou commission désignée à cet effet par le conseil d'administration, après avoir entendu le membre en ses moyens de défense. Le membre qui ne répond pas au jour et heure proposés est censé avoir renoncé à ses moyens de défense, sauf excuse valable ou cause de force majeure.

CHAPITRE III
Catégories de membres

Article 8

Dans le présent article, on entend :

- a) abrogé
- b) par "assurance complémentaire" : les services organisés par la mutualité ou l'union nationale ou les sociétés mutualistes auxquelles la mutualité est affiliée.

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

1. travailleurs indépendants et membres de communautés religieuses

les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire soins de santé et d'indemnités en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire;

2. les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire soins de santé et d'indemnités en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire;

3. les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'extension et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire;

4. les travailleurs frontaliers qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire;

5. les personnes affiliées à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie - invalidité, à la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPM) ou à la Caisse des soins de santé de la S.N.C.B. Holding, ainsi que les fonctionnaires de l'Union européenne et du Shape et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier de l'assurance complémentaire.

Il en est de même pour les personnes qui en matière de soins de santé et d'indemnités sont couvertes par une assurance à la charge d'une institution nationale ou supranationale et qui paient les cotisations destinées aux services complémentaires.

CHAPITRE IV Organes de la mutualité

Section 1^{re} - L'Assemblée Générale

Composition

Article 9

L'Assemblée Générale se compose au maximum d'un délégué par 700 membres tels que définis à l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, avec un minimum de 20 représentants.

Ces délégués sont élus par les membres et par leurs personnes à charge pour une période de 6 ans, renouvelable.

Circonscription

Article 10

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale, la mutualité est répartie en une circonscription électorale définie selon les anciennes structures.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Article 11

Pour avoir le droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale, il faut :

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

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

- a) avoir le droit de vote dans le sens de l'alinéa précédent;
- b) être de bonne conduite et ne pas être privés des droits civils;
- c) être affiliés depuis au moins 3 années avant la date d'élection et cotiser depuis 3 ans à l'assurance complémentaire;
- d) ne pas être ou avoir été licencié comme membre du personnel de la mutualité ou de l'union nationale ou d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée;
- e) ne pas être membre du personnel de la mutualité ou de l'union nationale ou d'une société mutualiste à laquelle la mutualité est affiliée.

Procédure électorale

Article 12

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

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

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

Article 13

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

La candidature doit être soutenue par trois signatures d'électeurs, chaque électeur ne peut soutenir qu'un candidat.

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

Le candidat qui conteste le motif de refus peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 dans les dix jours ouvrables de la date de la décision litigieuse.

Article 14

Une liste de candidats effectifs est établie. Le Conseil d'Administration de la mutualité détermine l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste.

Article 15

Le jour et la date des élections, ainsi que la liste des candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être communiqués aux membres et aux personnes ayant droit de vote par le canal des publications dans un délai maximal de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures. Les élections commencent au plus tard dans les trente jours suivant cette communication.

Bureau électoral

Article 16

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

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

Le Secrétaire est désigné par le Président du bureau électoral parmi les membres du personnel de la mutualité.

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

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

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

Etablissement des listes électorales

Article 17

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Des listes d'électeurs sont établies sur la demande du bureau électoral. Ces listes mentionnent le nom, le prénom, le numéro de membre et l'adresse de chaque électeur.

Le vote

Article 18

Le vote est libre.

Le vote se déroule au siège du bureau de vote de la circonscription électorale.

Les personnes résidant dans une commune où n'est pas installé un bureau de vote peuvent recevoir, si elles en font la demande par écrit, un bulletin de vote avec leur convocation.

Les personnes qui résident dans une commune où est installé un bureau de vote peuvent voter par correspondance pour autant qu'elles en fassent la demande écrite.

Article 19

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote.

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

Dépouillement des bulletins de vote

Article 20

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

Les représentants sont élus en fonction du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix pour plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage;
- les bulletins qui contiennent une marque permettant d'identifier l'électeur;
- les bulletins qui contiennent une ou des rature(s), surcharge(s), etc.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée et le résultat du scrutin, ainsi que la raison pour laquelle il n'y a pas eu d'élections.

Exemption de l'obligation d'organiser des élections

Article 21

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

Article 22

Les membres et les personnes à charge ayant droit de vote sont informés par le canal des publications destinées aux affiliés de la mutualité des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après le jour du scrutin.

Le candidat qui conteste le résultat du scrutin peut en saisir l'Office de contrôle des mutualités, conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, dans les 10 jours de la publication de la décision litigieuse.

Article 23

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

Article 24

La nouvelle Assemblée Générale est installée dans un délai de trente jours civils maximum après la date de clôture de la période électorale. Un recours auprès de l'Office de contrôle suspend la période de trente jours.

Les membres de la direction désignés par le Conseil d'Administration de la mutualité peuvent assister à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

Compétence de l'Assemblée Générale

Article 25

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

Chaque membre de l'Assemblée Générale peut se faire représenter par un autre membre de l'Assemblée Générale. Toutefois, un membre de l'Assemblée Générale ne pourra être porteur que d'une seule procuration.

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

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée. Ne peuvent être repris à l'ordre du jour de cette assemblée, que des points qui étaient inscrits à l'ordre du jour de la première Assemblée Générale. Cette seconde Assemblée Générale délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Article 26

Le remplacement de membres de l'Assemblée Générale démissionnaires ou décédés à lieu à la prochaine Assemblée Générale statutaire prévue pour l'élection de la nouvelle assemblée.

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

Article 27

La délégation de la mutualité au sein de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale est fixée par les statuts de l'Union Nationale des mutualités neutres.

Article 28

Les délégués sont élus par l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration peut proposer une liste de candidats.

Article 29

Les représentants des membres et des personnes à charge à l'Assemblée Générale de la mutualité qui souhaitent être élus délégués à l'Assemblée Générale de l'Union Nationale, doivent poser leur candidature par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration de la mutualité, quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection.
La liste est établie par le Président par ordre de réception.

Article 30

Le vote est secret.

Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix.

Les candidats sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues. En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste établie par le Conseil d'Administration de la mutualité est décisif.

Section 3 - Conseil d'Administration

Article 31

Le Conseil d'Administration de la mutualité se compose de 10 membres minimum et au maximum d'un nombre d'Administrateurs qui ne peut être supérieur à la moitié du nombre de représentants à l'Assemblée Générale.

Trois mandats minimum doivent être réservés aux femmes, cette disposition ne pouvant toutefois avoir pour effet de diminuer le nombre total des membres du Conseil d'administration. De plus, pas plus d'un quart de personnes rémunérées par l'Union Nationale ou la mutualité ne peuvent être élues.

Le mandat de membre du Conseil d'Administration est honorifique. Des jetons de présence ou remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus.

Article 32

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

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration. Le Président établit la liste des candidats dont la candidature a été valablement introduite.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, il y a scrutin.

Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix.

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

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

Les membres de la Direction désignés par le Conseil d'Administration peuvent participer au Conseil d'Administration avec voix consultative.

Article 33

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 lorsque l'Administrateur a été élu en cette qualité, entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'Administration de la mutualité.

Sont révoqués par l'Assemblée Générale à la majorité des deux tiers des membres présents, et avec une majorité de deux tiers des voix, après avoir été entendus, les Administrateurs qui, soit :

- accomplissent des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la mutualité ou de ses Administrateurs,
- refusent de se soumettre aux statuts et règlements de la mutualité,

- auraient été absents trois fois consécutives sans motif justifié.

Chaque Administrateur peut se faire représenter par un autre Administrateur. Toutefois, un Administrateur ne pourra être porteur que d'une seule procuration.

Le Conseil d'Administration ne pourra délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents ou représentés. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Article 34

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

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit au Comité de Gestion ou au Comité de Direction dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration en son sein. La délégation de ces actes peut également être faite en faveur d'une ou de plusieurs personnes, membres de la Direction, pour autant qu'ils aient la qualité d'Administrateurs régulièrement élus.

Article 35

Le Conseil d'Administration élit, en son sein, un Président et un Comité de Gestion.

Le Comité de Gestion élit en son sein un Vice-président, un Trésorier et un Secrétaire. Il peut également élire un Trésorier - Adjoint et un Secrétaire - Adjoint.

Article 36

Le Président est chargé de diriger l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le Comité de Gestion et le Comité de Direction. Il veille à l'exécution des statuts et des règlements spéciaux; il représente la mutualité dans tous ses rapports avec les autorités publiques

Le Président peut cependant donner procuration générale ou particulière au Secrétaire ou à un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration ou de la Direction, pour traiter avec les autorités publiques.

Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'Administration.

Article 37

Le Comité de Gestion sera composé de minimum 5 Administrateurs dont les deux Directeurs Généraux ayant la qualité d'Administrateur régulièrement élus.

Le Comité de Direction sera formé du Président, du Vice - Président, et des deux Directeurs Généraux à condition qu'ils aient la qualité d'Administrateur régulièrement élus.

Les Directeurs Généraux font toutes les écritures requises, ils signent la correspondance et contresignent les mandats de paiement. Ils sont chargés de la conservation des archives. Ils assument, en outre, la direction générale du secrétariat et des services.

Ils sont responsables devant le Comité de Direction, le Comité de Gestion et le Conseil d'Administration de la gestion journalière de la mutualité.

En Comité de Gestion et de Direction, les décisions sont prises à la majorité simple des présents. En cas d'égalité de voix, la voix du Président est prépondérante.

Article 38

Le Secrétaire rédige et signe les procès-verbaux des séances.

Article 39

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

A chaque Assemblée Générale, le Conseil d'administration fait rapport de la situation financière.

CHAPITRE V

Les services de la mutualité - Avantages garantis, conditions d'affiliation spéciales, cotisations

Article 40

Pour ses membres et leurs personnes à charge, la mutualité organise les services visés à l'article 2, b), alinéa 1^{er}, des présents statuts selon les modalités ci-après.

Sauf exception, les membres effectifs, ainsi que les personnes à leur charge ont droit aux avantages des services à partir du 7^e mois suivant celui au cours duquel a été payée la première cotisation.

Les membres s'engagent à payer une cotisation dont le montant est fixé aux tableaux repris en annexe des statuts.

Les cotisations sont dues par mois. Si les cotisations ont été payées par un membre pour une période au cours de laquelle il n'est plus affilié auprès de ces services, les cotisations indues lui sont remboursées dans les trois mois de la fin d'affiliation.

L'affiliation aux services dont question à l'article 2, b) peut débuter au plus tôt aux dates prévues à l'article 3bis et prendre fin au plus tard à la date prévue à l'article 3ter de la loi du 6 août 1990.

Article 41

L'action en paiement des prestations prévues dans le présent chapitre se prescrit conformément aux dispositions de l'article 48bis de la loi du 6 août 1990.

La mutualité n'est pas autorisée à renoncer au bénéfice de la prescription.

Section 1^{re} - Service "Soins de santé"

	Article 42
Abrogé.	
	Article 43
Abrogé.	
	Article 44
Abrogé.	
	Article 45
Abrogé.	
	Article 46
Abrogé.	
	Article 47
Abrogé.	
	Article 48
Abrogé.	

Section 2 - Services de l'assurance complémentaire

Article 49

La mutualité organise un service de transport des malades, en faveur des membres effectifs et des personnes à leur charge, visés à l'article 8, alinéa 2, en vue d'intervenir dans les frais de transport des malades :

- à l'hôpital, à la clinique ou à la maternité et vice-versa, dans les limites suivantes et à la condition que la nécessité du transport soit établie médicalement et que ce transport soit effectué en vue d'une hospitalisation;

1. Taxi

0,62 euro par kilomètre avec maximum de 28 euros par trajet aller-retour et 150 euros par année civile.

2. Ambulance

2.1. Transports urgents

Forfait de 30 euros pour les dix premiers kilomètres, 3 euros par km du 11^e au 20^e km, 2,25 euros par km à partir du 21^e km, avec un maximum de 250 euros par course.

L'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire dans les frais de transport en ambulance organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente visée à l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, sera portée en diminution de l'intervention octroyée pour ce service.

2.2. Transports non urgents

Une intervention de maximum 17,50 euros est accordée pour les dix premiers kilomètres augmentée de 1 euro maximum par kilomètre à partir du 11^e kilomètre, avec un plafond par course de 250 euros. Un montant minimal de 7,50 euros restant à la charge du patient.

Consultations - Entrée et sortie maison de convalescence, MRS et MRPA : forfait de 11,2 euros pour les dix premiers kilomètres augmenté de 1 euro par kilomètre à partir du 11^e kilomètre. De ce montant, est déduit le ticket modérateur de 7,5 euros.

Le remboursement du transport est limité à un rayon de 50 kilomètres du lieu de prise en charge, éventuellement augmenté de la distance nécessaire pour atteindre l'établissement universitaire le plus proche en cas de consultation.

3. Transport par hélicoptère

75% du prix payé, limité à 500 euros par année civile.

L'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire dans les frais de transport en hélicoptère organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente visée à l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, sera portée en diminution de l'intervention octroyée pour ce service.

4. Transport par voiture privée

Pour se rendre chez un médecin spécialiste ou être hospitalisé en clinique, hôpital ou maternité : 0,13 euro par kilomètre (à partir du 26^e), parcouru pour le transport aller et retour, effectué le même jour et ce, dans les limites du territoire belge.

Plafond par course : 28 euros.

En outre, le plafond pour ce genre de transport, par membre de famille, est limité à 30 euros par mois et à 90 euros par année civile.

5. Transport des handicapés dans le véhicule du Centre de réadaptation fonctionnelle ou service équivalent : 100 %.

6. Intervention à raison de 0,20 euro au km dans les frais de déplacements pour les patients qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle autorisé par le Collège des médecins directeurs, à l'exception des déplacements des bénéficiaires dans leur voiturette d'invalidé, dans un

véhicule adapté, vers et depuis un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention et pour lequel il a fixé le montant de l'intervention.

7. Une intervention de 0,13€/km pour un transport par une ASBL ou service spécialement organisé pour le transport de malades avec un plafond de 28€/par course, 30€/par mois et 90€/par année civile.

8. Plafond annuel

Il est fixé à 1.000 euros par bénéficiaire pour les transports visés au 1., 2.2., et 4. effectués dans la même année civile.

Il est fixé à 500 euros par bénéficiaire pour les transports visés au 2.1.

Les deux plafonds sont cumulables.

9. Cas de non intervention

Le service de transport des malades n'intervient pas :

1. dans les frais nécessités par un déplacement :

- chez le médecin de médecine générale;
- chez le médecin - conseil;
- chez un prestataire de soins dentaires;
- pour se rendre dans un établissement thermal;

2. en cas de transport de personnes décédées;

3. pour les transports consécutifs à un accident de travail ou sur le chemin du travail;

4. pour les transports qui doivent être couverts, en vertu d'une loi ou d'un règlement particulier, par des personnes ou institutions.

Article 50

Aides familiales et aides seniors

Une intervention de 0,38 euro par heure prestée est allouée au membre, avec un maximum de 250 heures par année civile et par ménage, lorsqu'il a été fait appel à un service agréé et sur la présentation d'un reçu établi par ce service, reprenant les dates et heures de prestations ainsi que la somme perçue.

Les membres de la mutualité peuvent faire appel à un service d'aides familiales avec lequel un accord a été conclu en vue de rendre un service de qualité en matière d'assistance et de soins aux personnes.

Membres de plus de 55 ans

Le service a pour objet de coordonner et d'intervenir financièrement dans le coût d'activités récréatives en vue de permettre aux personnes âgées de trouver équilibre et épanouissement dans la vie sociale.

La mutualité accorde une intervention financière en faveur des membres ayant au plus tôt, au cours de l'année de leur participation aux activités visées dans le présent article, atteint l'âge de 55 ans.

Les activités sont essentiellement sociales et culturelles.

L'intervention est d'office déduite du montant de la facture établie par l'organisateur de l'activité avec lequel la mutualité collabore.

Pour l'organisation de ce service, la mutualité fera appel à l'a.s.b.l. "Solidarité" dans le cadre d'un accord de collaboration conclu conformément à la loi du 6 août 1990 et à ses arrêtés d'application.

Soins à domicile – Coordination

Le service a pour but d'organiser ou de soutenir des activités d'aide, de guidance et d'assistance par l'organisation et la coordination de tout type de service d'aide sociale et de soins à domicile.

Les bénéficiaires de ce service sont les titulaires ou personnes à charge qui :

- soit souhaitent rester à la maison, malgré un problème de santé ou un handicap;
- soit ont quitté l'hôpital et ont encore besoin de soins;
- soit administrent des soins à un parent malade ou handicapé.

L'affilié est tenu de téléphoner au Centre de coordination des services de soins à domicile.

Le coordinateur ou la coordinatrice qui réceptionne l'appel, fournit une écoute et aide à l'évaluation des besoins, il ou elle informe le bénéficiaire de tous les types d'aide et de tous les services disponibles et veille à la prise en charge et à la collaboration avec les services d'aide, à choisir librement par la personne.

Lorsque plusieurs prestataires ont un rôle à jouer, ils organisent des réunions régulières, auxquelles le médecin traitant est invité, en vue d'une harmonisation de l'ensemble.

Les différents prestataires impliqués dans l'aide à domicile sont :

- infirmières;
- aides familiales;
- aides ménagères;
- gardes malades;
- repas à domicile;
- transporteurs;
- volontaires;
- services de bricolage;
- services palliatifs;
- pédicures;
- ergothérapeutes (pour les avis concernant l'aménagement de l'habitation);
- kinésithérapeutes;
- service social.

Pour le service social, l'affilié peut contacter l'assistante sociale de sa région par téléphone, en se rendant à la permanence sociale ou en demandant une visite à domicile si il est dans l'impossibilité de se déplacer. Elle l'informe et l'aide dans ses démarches administratives et sociales au niveau de la mutualité ou des organismes sociaux extérieurs. Elle le soutient et assure également une guidance psychosociale.

Ce service complémentaire pour tous les membres de la mutualité organise la gestion d'un centre d'appel assurant la liaison entre les membres et les centres de coordination actifs sur le terrain en matière de soins et de services à domicile.

Pour la réalisation de ce service, la mutualité peut conclure un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, avec l'a.s.b.l. "Vesdre-Santé".

Fonds social

La mutualité organise un service "fonds social" en faveur des membres et qui a pour but d'aider financièrement les membres se trouvant momentanément dans des situations pécuniaires familiales dignes d'intérêts.

Les dossiers dignes d'intérêts sont examinés par la direction de la mutualité. Ceux-ci restent dans la gestion journalière de la mutualité.

L'examen de ces dossiers ne peut se faire que sur la présentation d'un rapport complet du service social de la mutualité.

Le dossier doit comprendre :

- un rapport sur la situation familiale;
- un rapport sur la situation financière familiale du demandeur;
- le motif avec justification et bilan financier de la demande;

- les conclusions du service social avec l'estimation de l'aide éventuelle à fournir.
Cette intervention est consentie à fonds perdu, sauf si un "tiers" est reconnu responsable. Dans ce cas, elle serait éventuellement récupérable suivant modalités A.M.I.

Article 51

La mutualité alloue les avantages suivants :

1. Pédicurie

Une intervention de 5 euros par séance, avec un maximum de quatre séances par année civile, est accordée par personne du ménage.

2. Présence d'un parent au chevet d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé ou d'un handicapé profond hospitalisé

Une indemnité journalière de 7 euros (maximum 20 jours par année civile) est accordée sur la présentation de la facture spéciale de séjour établie pour le parent concerné et l'accord du médecin - conseil de la mutualité.

3. Kiné périnatale

Une intervention de 3 euros par séance avec un maximum de 15 séances de kiné périnatale par grossesse est accordée.

4. Enfants gravement malades

Une intervention unique de 250 euros est accordée aux enfants de moins de 18 ans malades du cancer, du sida, de la myopathie et de la mucoviscidose après accord du médecin - conseil.

5. Posturopodie

Remboursement annuel de 10 euros pour une consultation chez un posturopodiste.

Une intervention de 25 euros est accordée à tous les membres pour le placement d'une paire de semelles de posturopodie. Cette intervention est renouvelable tous les deux ans à partir de la date de fourniture.

Pour les enfants de moins de quatorze ans, cette intervention est octroyée annuellement.

6. Prothèse capillaire

Une intervention unique de 50 euros est accordée aux patients ayant subi une chimiothérapie ou une radiothérapie nécessitant le placement d'une prothèse capillaire prescrite par un médecin.

L'intervention est limitée au prix payé, déduction faite du remboursement de l'assurance obligatoire.

7. Vaccin anti-grippe

Une intervention de 5 euros, limitée au prix payé, est accordée aux membres de plus de 65 ans pour le remboursement du ticket modérateur du vaccin anti-grippe.

8. Convalescence

Une intervention de 15 euros par jour, limitée à 14 jours par année civile, est accordée aux membres pour un séjour de convalescence après une hospitalisation ou une maladie grave suivant accord du médecin - conseil pour les interventions où la valeur relative est d'au moins K250 ou N400.

9. Psychomotricité - Psychologie

Une intervention limitée au prix payé et de maximum 12 euros est octroyée par séance pour les enfants de moins de 14 ans avec un maximum de 120€par an.

10. Soins palliatifs

Une intervention de 11 euros par jour est octroyée pendant 30 jours pour les affiliés reconnus en soins palliatifs par le médecin - conseil.

11. Télévigilance

Une intervention mensuelle de 5 euros est accordée aux personnes à partir de leur 70^{ième} anniversaire pour la location d'un système de télévigilance.

12. Lait pour bébés

Une intervention de 5 euros par boîte de lait pour bébé acheté en pharmacie est accordée pour les bébés.

L'intervention totale est plafonnée à 30,00€jusqu'à l'âge de 1 ans.

13. Diététique en cas de surcharge pondérale

Une intervention de 25 euros est accordée pour un bilan d'un diététicien.

Un maximum de 12,50€ par consultation de diététicien est remboursé avec un plafond de 6 consultations par année civile.

Conditions d'intervention

En cas de surcharge pondérale, sur base d'une prescription médicale justifiant le cas comme digne d'intérêt, l'intervention est accordée dans le cadre du traitement de l'obésité auprès d'un diététicien diplômé.

Article 52

Location de matériel sanitaire

Remboursement de 75 % du prix payé pour une location de 4 mois maximum par année civile, sur la présentation du reçu du fournisseur mentionnant la période de location du matériel, la nature de celui-ci et le montant payé. La caution versée par le membre ne fait l'objet d'aucune intervention de la mutualité.

En cas d'achat, remboursement de 75% du prix payé, limité à 75 euros par appareil acheté.

Article 53

Dépistage du cancer.

La mutualité alloue à ses membres ou ayants droits qui se sont présentés à une consultation auprès d'un service spécialisé dans le dépistage du cancer une indemnité de 2,5 euros.

Article 54

Montures de lunettes

Une intervention de 30 euros par monture de lunettes, limitée au prix payé et renouvelable tous les deux ans, est octroyée, sur la présentation de la facture, aux enfants qui n'ont pas atteint leur 18^e anniversaire, à la condition que la fourniture soit prescrite à l'origine par un ophtalmologue et ne fasse pas l'objet d'une intervention de l'assurance complémentaire des services nationaux, la même année.

Article 55

Assistance juridique

Accès gratuit, à tous les affiliés cotisant à l'assurance complémentaire, à la consultation donnée deux fois par mois par l'avocat conseil de la mutualité dans les domaines suivants : santé, bien-être psychique, physique ou social.

Article 56

Logopédie

Une intervention de 4 euros par séance de logopédie (plafond limité à 30 séances par bénéficiaire et par traitement) est accordée aux enfants de moins de 18 ans, en cas de refus de l'intervention de l'assurance obligatoire par le médecin - conseil.

Article 57

La mutualité alloue les avantages suivants :

1. Naissance

Une intervention de 350 euros est accordée lors d'une naissance d'un enfant affilié à la mutualité, sur la présentation de l'extrait d'acte de naissance.

Stage : 10 mois.

2. Adoption

A l'inscription d'un enfant adopté, inscrit à charge d'un titulaire affilié à la mutualité, une prime de 350 euros est allouée pour l'adoption d'un enfant de moins de 10 ans.

Article 58 abrogé au 1/01/2008

Article 59

1. Séjours dans les plaines de jeux, cures de jour, camps, classes de neige, mer, forêt, ...

Une intervention annuelle de 75 euros (limitée au prix payé) est accordée aux bénéficiaires âgés de 3 ans au moins et de 16 ans pendant l'année où se situe le séjour, sur la présentation de l'attestation prévue à cet effet et dûment complétée par l'organisateur du séjour.

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

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

Article 60

Hospitalisation

Par dérogation à l'article 41 des statuts, le délai de prescription relatif à l'action en paiement des interventions du service hospitalisation débute à partir de la fin du mois au cours duquel le membre reçoit sa facture d'hospitalisation. Cette date est censée se situer le 3^{ième} jour ouvrable qui suit la date reprise sur la facture émise par l'établissement de soins concerné.

1. Une indemnité de 6,25 euros par jour pendant 180 jours par an maximum est accordée à tous les bénéficiaires séjournant dans un établissement hospitalier.

L'indemnité est due quand l'hospitalisation est indemnisable suivant les règlements de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités; l'hospitalisation doit comporter au moins une nuit.

L'indemnité versée en cas d'hospitalisation en service gériatrique et /ou revalidation est limitée à 60 jours par année civile.

2. Une hospitalisation qui survient dans les deux mois de la sortie de l'établissement hospitalier est considérée comme la continuation de l'hospitalisation précédente, en ce qui concerne la période durant laquelle est octroyée l'indemnité visée au point 1.

3. L'indemnité d'hospitalisation est due à partir du premier jour, sur la production d'un certificat délivré par l'établissement hospitalier; elle est payable après la fin de l'hospitalisation.

4. Le droit à l'indemnité pour hospitalisation est refusé dans les cas suivants :

- 4.1. hospitalisation en milieu psychiatrique (circuit ouvert ou fermé), neuropsychiatrique, psychosomatique ou cures thermales non autorisées par le médecin - conseil;

- 4.2. lorsque l'incapacité est couverte par une législation particulière ou lorsque ladite incapacité a son origine dans une diminution de capacité donnant droit à une pension d'invalidité octroyée en vertu d'une loi ou d'un règlement public;

- 4.3. lorsque l'incapacité est due à un accident au cours duquel la responsabilité civile d'un tiers est engagée, à moins que la mutualité ait été avertie en temps utile de l'accident; dans ce dernier cas, le membre doit subroger la mutualité dans tous les droits qu'il peut exercer vis-à-vis du tiers responsable et il ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de l'indemnité, sans l'autorisation de la mutualité;

- 4.4. lorsque le dommage résulte d'un accident survenu suite à un exercice physique effectué lors d'une compétition ou d'une exhibition sportive pour lesquelles l'organisation exige un droit d'entrée et pour lesquelles les participants reçoivent une quelconque rémunération;

- 4.5. aux membres qui se sont soustraits au contrôle ou qui ont refusé de se soumettre aux mesures de contrôle imposées par le conseil d'administration ou par le médecin - conseil.

Section 3 - Dispositions générales

Article 61

Les périodes de stage prévues par ces statuts ne sont pas exigées des membres effectifs, ni des personnes à leur charge, admis par mutation ou transfert dans la mesure toutefois où ils prouvent qu'ils étaient en ordre de cotisations auprès de l'entité mutualiste auprès de laquelle ils étaient affiliés et que

la durée d'affiliation aux services similaires dont ils étaient membres est au moins équivalente à la durée de stage d'attente prévue par la mutualité pour les services concernés. Le cas échéant, si la durée d'affiliation auxdits services antérieurs est inférieure à la durée de stage d'attente prévu par les services de la mutualité, ils sont autorisés à terminer les périodes de stage prévues diminuées de la période d'affiliation à des services similaires avant le changement de mutualité.

Section 4 - Arbitrage

Article 62

Sans préjudice de la compétence du Tribunal du travail telle qu'elle est précisée par les articles 578 à 583 du Code judiciaire, les parties en cause d'un litige né, peuvent décider de soumettre celui-ci par convention d'arbitrage à un tribunal arbitral qui répond à la procédure déterminée par le Code judiciaire.

CHAPITRE VI
Fonds, emploi et gestion de ces fonds.

Article 63

Les fonds de la mutualité en assurance libre sont répartis comme suit :

- logopédie;
- décès;
- cure d'air;
- pédicurie;
- location de matériel sanitaire;
- lait pour bébés ;
- diététique ;
- montures de lunettes;
- hospitalisation
- parent au chevet d'un enfant malade;
- aides familiales et seniors;
- transport des malades;
- naissance / adoption;
- kiné périnatale;
- enfants malades;
- posturopodie;
- prothèses capillaires;
- télévigilance;
- vaccin anti-grippe;
- convalescence;
- psychomotricité - psychologie;
- soins palliatifs;
- dépistage cancer;
- assistance juridique;
- centre administratif
- centre de coordination et soins à domicile ;
- soins palliatifs CRIS ;
- seniors ;
- fonds social ;

Article 64

Chaque caisse est alimentée par :

1. les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les dons, legs, recettes et produits divers qui lui sont destinés;
2. les intérêts des fonds placés.

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

Article 65

Si, par suite d'une insuffisance de ressources, un service n'est pas en état de faire face aux dépenses qui lui incombent, le Conseil d'Administration doit convoquer une Assemblée Générale extraordinaire pour arrêter les mesures que comporte la situation.

Article 66

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

Article 67

La mutualité, en sa qualité de mandataire de l'Union Nationale, dispose en outre de fonds en sa qualité d'organisme assureur dans le régime légal de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 68

Les fonds, tant en assurance libre et complémentaire qu'en assurance obligatoire, sont gérés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

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

CHAPITRE VII

Collaboration

Article 69

En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, b), alinéa 1^{er} la mutualité peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.

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

L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'Assemblée Générale et transmis à l'Office de contrôle. Le Conseil d'Administration fait annuellement rapport à l'Assemblée Générale sur l'exécution des accords conclus, ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par la mutualité.

CHAPITRE VIII

Dissolution

Article 70

La mutualité peut être dissoute par une décision de l'Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet.

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

La convocation mentionne :

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

Article 71

L'Assemblée Générale qui décide de la dissolution de la mutualité désigne un ou plusieurs Liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membre de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 46 de la loi du 6 août 1990.

Article 72

- § 1. En cas de dissolution de la mutualité, les fonds de réserve sont répartis entre les membres dont le droit aux prestations est né avant la cessation des services ou activités.
- § 2. En cas de cessation ou de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b), de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale décide de l'affectation des fonds de réserve de ces services.

Les fonds de réserve doivent être affectés en priorité au profit des membres affiliés dont le droit aux prestations est né avant la cessation de ces services.

- § 3. L'Assemblée Générale donne aux éventuels actifs résiduels une destination correspondant à ses objectifs statutaires, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation d'un ou plusieurs services.

CHAPITRE IX
Modifications des statuts - Cas non prévus par les statuts

Article 73

Les statuts peuvent être modifiés à l'initiative du Conseil d'Administration. Toutefois, le Conseil d'Administration est tenu de soumettre à l'Assemblée Générale toute proposition de modification aux statuts appuyée par 5 Administrateurs au moins.

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

Article 74

Le texte des propositions de modifications aux statuts, sauf en cas de force majeure ou d'urgence, doit être envoyé aux membres de l'Assemblée Générale au moins deux semaines avant l'Assemblée Générale.

Les membres de l'Assemblée Générale peuvent présenter des amendements à ces propositions. Leur texte devra parvenir au Président du Conseil d'Administration de la mutualité au plus tard 7 jours avant la date fixée pour la réunion.

Article 75

Tous les cas non prévus par les statuts et les règlements spéciaux de la mutualité sont jugés par le Conseil d'Administration qui soumet ces décisions à la ratification de l'Assemblée Générale.

Article 76

Les membres de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration ne peuvent détenir de mandat politique.

CHAPITRE X
Entrée en vigueur

Article 78

Ces statuts entrent en vigueur à la date décidée par l'Assemblée Générale et après approbation par le Conseil de l'Office de contrôle.