

SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES « NEUTRA »

Soumise à la loi du 09.07.1975 et à la loi du 06.08.1990

STATUTS

Présentation des statuts :

Vu la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et ses arrêtés d'exécution ;

Vu la loi du 6 août 1990 portant sur les mutualités et les Unions Nationales des Mutualités et ses arrêtés d'exécution, y compris l'arrêté royal du 26 août 2010 portant exécution des articles 2, § 3, alinéa 2, 14, § 3, et 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités, en ce qui concerne les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, § 7, de cette même loi ;

Vu la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;

Vu l'accord des assemblées générales des mutualités adhérentes et de l'Union Nationale.

Après délibération, l'assemblée générale réunie le 26 novembre 2013 a décidé, au quorum et à la majorité de voix requis, de fixer comme suit les statuts de la SMA, tels que définis ci-après.

| | |
|---|-----------|
| CHAPITRE I - Fondation, dénomination, but | 4 |
| Article 1. Forme et dénomination | 4 |
| Article 2. Objet | 5 |
| Article 3. Siège social | 6 |
| Article 4. Mutualités affiliées – Union Nationale | 7 |
| CHAPITRE II – Conditions et procédure d’admission, de démission et d’exclusion des personnes affiliées | 8 |
| Article 5. Conditions d’admission | 8 |
| Article 6. Conditions de démission | 9 |
| Article 7. Conditions d’exclusion | 10 |
| CHAPITRE III – Organisation de la SMA | 11 |
| Article 8. Organes statutaires | 11 |
| Article 9. Composition | 12 |
| Article 10. Conditions d’éligibilité des délégués | 13 |
| Article 11. Procédure d’éligibilité des délégués | 14 |
| Article 12. Contestations | 15 |
| Article 13. Conseillers | 16 |
| Article 14. Renouvellement de l’assemblée générale | 17 |
| Article 15. Compétence et délégation de pouvoirs | 18 |
| Article 16. Convocation, délibération et vote | 19 |
| Article 17. Rémunération des délégués | 20 |
| Article 18. Communications | 21 |
| <i>Section 2 - Conseil d’administration</i> | 22 |
| Article 19. Composition | 22 |
| Article 20. Conditions d’éligibilité des administrateurs | 23 |
| Article 21. Procédure d’éligibilité des administrateurs | 24 |
| Article 22. Révocation des administrateurs | 25 |
| Article 23. Administrateurs suppléants | 26 |
| Article 24. Conseillers | 27 |
| Article 25. Convocation, délibération et vote | 28 |
| Article 26. Compétence et délégation de pouvoirs | 29 |
| Article 27. Président et vice-présidents | 30 |
| Article 28. Secrétaire et trésorier | 31 |
| Article 29. Rémunération des administrateurs | 32 |
| Article 30. Direction effective | 33 |
| Article 31. Représentation de la SMA | 34 |
| <i>Section 3 – Comité d’audit - Commissaire</i> | 35 |
| Article 32. | 35 |
| A) Comité d’audit | 35 |
| Article 33. Commissaire | 37 |
| <i>Section 4 – Exercice social – comptes annuels</i> | 38 |
| Article 34. Exercice social | 38 |
| Article 35. Comptes annuels | 39 |
| CHAPITRE IV – ASSURANCES OFFERTES PAR LA SMA | 40 |
| <i>Section 1 – Conditions générales</i> | 40 |
| Article 36. Entrée en vigueur et durée de l’assurance | 40 |
| Article 37. Fin de l’assurance | 41 |
| Article 38. Mode de fixation et recouvrement des primes | 42 |
| Article 39. Subrogation | 43 |
| Article 40. Passage d’assurance | 44 |
| Article 41. Adaptation du tarif de l’assurance ou des conditions | 45 |
| Article 42. Prescription | 46 |

| | | |
|--|-------------------------------|-----------|
| Article 43. | Affiliation et désaffiliation | 47 |
| Article 44. | Litiges | 48 |
| <i>Section 2 – Conditions particulières</i> | | 49 |
| Article 45. | Assurances offertes | 49 |
| Article 46. | Avantages accordés | 50 |
| CHAPITRE V : Modification des statuts, dissolution et liquidation – Entrée en vigueur | | 51 |
| Article 47. | Modification des statuts | 51 |
| Article 48. | Dissolution et liquidation | 52 |
| Article 49. | Entrée en vigueur | 53 |
| Article 50. | Disposition transitoire | 54 |
| L'assurance hospitalisation « Neutra + » (class. OCM 201). | | 55 |
| 8. | Contrôle médical | 58 |
| L'assurance hospitalisation « Neutra Confort » (class. OCM 201). | | 59 |
| 8. | Contrôle médical | 62 |
| L'assurance hospitalisation « Neutra Top » (class. OCM 201). | | 64 |
| 8. | Contrôle médical | 67 |
| L'assurance dentaire « Dentalis » | | 72 |
| ANNEXE : Primes pour les différents produits | | 75 |

CHAPITRE I - FONDATION, DÉNOMINATION, BUT

Article 1. Forme et dénomination

La société a été créée à 1060 Saint-Gilles, Chaussée de Charleroi 145, le 7 octobre 1999, sous la forme d'une société mutualiste et la dénomination « Neutra ».

Elle a été transformée d'une société mutualiste en une société mutualiste d'assurances le 20 juin 2011 et porte désormais la dénomination « Société Mutualiste d'Assurances Neutra », en abrégé, « SMA Neutra ». Elle constitue depuis lors, une entreprise d'assurances soumise à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités ainsi que, dans la mesure y précisée, à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, à la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances.

Par ailleurs, la Société Mutualiste d'Assurances Neutra (la « SMA ») est une entreprise d'assurances agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités, par décisions des 23 novembre 2011 et 24 juin 2013, pour offrir des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité, et connue auprès de l'Office de contrôle sous le numéro d'identification 250/2. La dernière publication des statuts de la SMA Neutra a eu lieu le 9 janvier 2015.

(En vigueur depuis le [01.01.2012] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 2. Objet

Les objectifs de la SMA sont d'offrir, exclusivement à leurs membres, des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi qu'une couverture, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité.

La SMA peut conclure des accords de collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou privé afin de réaliser ses objectifs, conformément à l'article 43 de la loi du 6 août 1990.

Pour réaliser ses objectifs, la SMA peut entreprendre tout acte ayant un rapport direct avec les assurances précitées ainsi qu'investir ses réserves d'une manière complémentaire à ses obligations légales en tant que société mutualiste d'assurances.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 3. Siège social

Le siège social de la SMA est établi Rue de Joie, n° 5 à 4000 LIEGE.

Le siège social peut être transféré vers un autre endroit sur décision du conseil d'administration en respect de la législation linguistique en vigueur.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 4. Mutualités affiliées – Union Nationale

La SMA est divisée en sections administratives correspondant aux champs d'actions respectifs des mutualités affiliées suivantes:

- Mutualité 206 : Fédération Libre des Mutualités Neutres (commerciallement : Symbio, Mutualité Neutre)
- Mutualité 216 : Mutualité Neutre du Hainaut
- Mutualité 226 : Mutualité Neutre de la Santé
- Mutualité 228 : Mutualia, Mutualité Neutre
- Mutualité 232 : Munalux, Mutualité Neutre

Ces mutualités, ainsi que la SMA, sont toutes reconnues et affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Neutres, Chaussée de Charleroi 145 à 1060 Bruxelles.

D'autres mutualités neutres peuvent adhérer à la SMA, après délibération de leur assemblée générale et sous réserve d'acceptation de l'assemblée générale de NEUTRA.

Une mutualité, sur décision de son assemblée générale, peut démissionner au 1^{er} janvier d'une année, moyennant un préavis préalable de minimum six mois donné par lettre recommandée.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

CHAPITRE II – CONDITIONS ET PROCÉDURE D'ADMISSION, DE DÉMISSION ET D'EXCLUSION DES PERSONNES AFFILIÉES

Article 5. Conditions d'admission

Chaque personne peut devenir membre de la SMA, pour autant qu'elle soit affiliée auprès d'une des mutualités affiliées énumérées à l'article 4 et qu'elle soit en ordre de cotisations à l'assurance complémentaire.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 6. Conditions de démission

Tout membre a le droit de mettre fin à son affiliation en tant que membre de la SMA de son propre chef.

Il doit avertir la SMA de sa volonté de démission et effectuer celle-ci conformément aux modalités prévues à l'article 84 de la Loi du 4 avril 2014.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 7. Conditions d'exclusion

La qualité de membre de la SMA cesse de plein droit à partir du moment où ce membre n'est plus affilié à une des mutualités affiliées à la SMA. La nullité du contrat ou sa résiliation est régie par les articles 59, 69, 70 et 71 de la Loi du 4 avril 2014.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

CHAPITRE III – ORGANISATION DE LA SMA

Article 8. Organes statutaires

Selon l'article 13 de la Loi du 6 août 1990, les organes statutaires de la SMA sont l'assemblée générale et le conseil d'administration, composés et opérants dans le respect des dispositions légales applicables.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Section 1 – Assemblée générale

Article 9. Composition

Conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 26 août 2010, l'assemblée générale d'une société mutualiste doit être composée d'au moins vingt délégués des mutualités affiliées. Ceux-ci sont élus pour une période maximale de six ans (article 14 de la Loi du 6 août 1990).

Chaque mutualité affiliée est donc représentée à l'assemblée générale de la SMA proportionnellement au nombre de ses membres, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2 §§ 2 et 3 de la Loi du 6 août 1990 qui sont également membres de la SMA (article 2 de l'arrêté royal du 26 août 2010) : chaque mutualité affiliée peut désigner, selon la procédure prévue à l'article 11 des présents statuts, un délégué par tranche commencée de 2.500 membres cotisants de la mutualité concernée, avec un minimum de trois délégués et un maximum de trente délégués.

En cas de perte de sa qualité de délégué à l'assemblée générale d'une mutualité affiliée, un remplaçant est désigné et élu par celle-ci, qui termine le mandat, sous les mêmes modalités et conditions d'élection que les délégués effectifs.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 10. Conditions d'éligibilité des délégués

Conformément à l'article 5 de l'arrêté royal du 26 août 2010, pour pouvoir être élu en qualité de délégué à l'assemblée générale de la SMA, il faut :

- 1) être membre de la SMA;
- 2) être majeur ou émancipé;
- 3) pouvoir présenter un certificat de bonne conduite, vie et mœurs et ne pas être déchu de ses droits civils et politiques;
- 4) être en règle de paiement de primes auprès de la SMA;
- 5) ne pas être membre du personnel de la SMA ou d'une mutualité affiliée.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 11. Procédure d'éligibilité des délégués

Les délégués des mutualités qui composent l'assemblée générale de la SMA sont proposés par le conseil d'administration de la mutualité affiliée dont ils sont délégués et élus par l'assemblée générale de cette mutualité (article 6 de l'arrêté royal du 26 août 2010).

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 SMA 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 7 de l'arrêté royal du 26 août 2010).

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 (article 8 de l'arrêté royal du 26 août 2010).

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 âgé (article 9 de l'arrêté royal du 26 août 2010).

Le président de la mutualité concernée qui constate qu'un candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 10 des présents statuts, l'informe par lettre recommandée 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 cachet de la poste faisant foi.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 12. Contestations

Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, toutes contestations relative aux articles 9, 11 et 13 des présents statuts peut être soumise à l'Office de contrôle (article 16 de l'arrêté royal du 26 août 2010 portant exécution des articles 2 § 3 alinéa 2, 14 §3 et 19 alinéas 3 et 4 de la loi du 6 août 1990).

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 13. Conseillers

Conformément à l'article 10 de l'arrêté royal du 26 août 2010, l'assemblée générale de la SMA peut désigner au maximum dix conseillers qui ont voix consultative.

Les membres de la direction effective de la SMA peuvent assister avec voix consultative à l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 14. Renouvellement de l'assemblée générale

Le renouvellement de l'assemblée générale de la SMA a lieu dans le courant du second semestre de l'année dans laquelle a lieu l'élection des délégués à l'assemblée générale des mutualités affiliées.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 15. Compétence et délégation de pouvoirs

L'assemblée générale de la SMA délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et 9° et §3 alinéas 1 et 2 de la loi du 6 août 1990.

Chaque année, une Assemblée Générale est particulièrement consacrée à la présentation et à l'approbation des comptes (article 17 de la Loi du 6 août 1990). A cette occasion, le Conseil d'Administration fait un compte rendu de sa gestion, des opérations globales effectuées au cours de l'exercice précédent et délibère sur le compte des recettes et dépenses clôturé le 31 décembre de chaque année (article 24 de la Loi du 06 août 1990).

L'assemblée générale peut déléguer ses compétences au conseil d'administration pour décider des adaptations des primes. Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 16. Convocation, délibération et vote

Ainsi que précisé à l'article 15 des présents statuts, l'assemblée Générale délibère et décide au sujet des affaires visées à l'article 15 § 1 et 3 de la loi du 6 août 1990.

Les modalités d'exercice de ses compétences sont fixées aux articles 16, 17 et 18 de cette même loi.

Chaque délégué à l'assemblée générale dispose d'une voix. En cas d'empêchement, il peut donner procuration à un autre délégué. Tout délégué ne peut être porteur que d'une procuration.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 17. Rémunération des délégués

Le mandat des délégués à l'assemblée n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 18. Communications

Afin de permettre à l'Office de contrôle d'effectuer la mission qui lui est confiée par l'article 52,2°, de la loi du 6 août 1990, la SMA lui adresse en même temps qu'à ses membres, les publications, avis, lettres et circulaires qu'elle leur adresse.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Section 2 - Conseil d'administration

Article 19. Composition

Le conseil d'administration de la SMA est composé d'au moins dix administrateurs et au maximum d'un nombre d'administrateurs qui ne peut être supérieur à la moitié du nombre de délégués à l'assemblée générale, tenant compte des conditions suivantes :

- a) chaque mutualité affiliée est représentée au conseil d'administration proportionnellement au nombre de ses membres au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2 §§ 2 et 3 de la Loi du 6 août 1990 qui sont également membres cotisants de la SMA (article 2 de l'arrêté royal du 26 août 2010). Le conseil d'administration est ainsi composé d'un administrateur par mutualité adhérente, par tranche commencée de 7.000 membres cotisants (titulaires ou personnes à charge cotisantes) de la SMA (article 11 de l'arrêté royal du 26 août 2010).
- b) au moins un membre du conseil d'administration doit, conformément à l'article 11 de l'arrêté royal du 26 août 2010 (et sauf dans l'hypothèse visée par l'article 14ter, alinéa 3, de la loi du 9 juillet 1975), être un administrateur indépendant au sens de l'article 526ter du Code des Sociétés, possédant de plus l'expertise nécessaire en matière de comptabilité et/ou audit (article 11 de l'arrêté royal du 26 août 2010).
- c) le conseil d'administration ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par la SMA.
- d) il doit y avoir au moins un administrateur de chaque sexe.

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Le mandat d'administrateur est renouvelable (article 19 de la Loi du 6 août 1990).

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 20. Conditions d'éligibilité des administrateurs

Suivant l'article 20 de la Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, pour être membre du conseil d'administration, il faut être majeur ou émancipé et être de bonne conduite, vie et de mœurs. Il n'est pas requis de faire partie de l'assemblée générale.

Les administrateurs sont par ailleurs tenus de respecter les critères de sélection détaillés dans la charte de fonctionnement du conseil d'administration.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 21. Procédure d'éligibilité des administrateurs

Le conseil d'administration est élu par l'assemblée générale dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi du 6 août 1990, tel que rendu applicable aux sociétés mutualistes par l'article 70 §9 de ladite loi (article 12 de l'arrêté royal du 26 août 2010).

Les délégués à l'assemblée générale peuvent se porter candidat en adressant leurs candidatures par lettre recommandée au président du conseil d'administration. Le conseil d'administration peut présenter sa propre liste de candidats.

Le président examine la recevabilité des candidatures et établit, après consultation des organes de direction des mutualités adhérentes, l'ordre d'apparition des candidats sur la liste à l'aide des candidatures valables qui lui ont été transmises.

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

Le cas échéant, il est d'abord procédé à l'élection des administrateurs indépendants sur la base d'une liste de tous les candidats qui répondent aux conditions pour être élus en cette qualité.

Les candidats ne pourront toutefois exercer leur mandat qu'à la condition qu'ils remplissent les conditions énumérées à l'article 90 §1 alinéa 2 et §3 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 22. Révocation des administrateurs

L'assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur selon la procédure prévue à l'article 19 de la loi du 6 août 1990 :

- a) en cas de non-respect de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et de ses arrêtés d'exécution ;
- b) en cas de non-respect de la loi sur les mutualités et les Unions Nationales des Mutualités du 6 août 1990 ou de ses arrêtés d'exécution ;
- c) si l'administrateur accomplit des actes qui peuvent porter préjudice aux intérêts de la SMA ;
- d) si l'administrateur refuse de se conformer aux statuts et aux règlements de la SMA.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 23. Administrateurs suppléants

Le remplacement d'administrateurs décédés, révoqués, démissionnaires ou qui ne remplissent plus les conditions énumérées à l'article 90 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances a lieu à l'assemblée générale suivante, selon les mêmes modalités et conditions d'élection que pour les administrateurs effectifs. L'administrateur qui est élu en remplacement termine le mandat de l'administrateur qu'il remplace (article 12 § 4 de l'arrêté royal du 26 août 2010) .

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 24. Conseillers

Suivant l'article 13 de l'arrêté royal du 26 août 2010, le conseil d'administration peut élire au maximum cinq conseillers. Ils ont une voix consultative.

La direction effective de la SMA peut participer au conseil d'administration avec voix consultative.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 25. Convocation, délibération et vote

Le conseil d'administration se réunit au moins quatre fois par an, et à chaque fois que le président le convoque.

Les décisions du conseil d'administration ne sont prises qu'en présence de la moitié des membres au moins et à la majorité absolue des voix. S'il s'agit de voter pour des personnes, il est recouru au scrutin secret.

En cas de délégation de la compétence de modifier les primes (article 15 des présents statuts), il est exigé que la moitié des membres soit présente ou représentée et que la décision soit prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

Chaque membre du conseil d'administration dispose d'une voix.

En cas d'empêchement, tout membre peut donner procuration à un autre membre du Conseil d'administration. Chaque membre ne peut être porteur que d'une procuration.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 26. Compétence et délégation de pouvoirs

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour accomplir tous les actes nécessaires ou utiles à la réalisation de l'objet social de la SMA, à l'exception de ceux que la loi ou les présents statuts réservent à l'assemblée générale.

À l'exception de la fixation des primes, le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses compétences à son président ou à un ou plusieurs administrateurs désignés par le conseil d'administration en son sein (article 23 de la Loi du 6 août 1990).

Le conseil d'administration établit sa Charte de fonctionnement, de même que celles de la Direction Effective et du Comité de Supervision.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 27. Président et vice-présidents

Les membres du conseil d'administration élisent parmi eux un président et un ou plusieurs vice-président(s) (article 21 de la Loi du 6 août 1990).

Le président est chargé de présider l'assemblée générale et le conseil d'administration. Il surveille et assure l'exécution des statuts et des règlements spéciaux.

Le président a le droit de convoquer une séance extraordinaire du conseil d'administration ou de l'assemblée générale.

Un des vice-présidents remplace, au besoin, le président absent.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 28. Secrétaire et trésorier

Les membres du conseil d'administration élisent parmi eux un secrétaire et un trésorier.

- Le secrétaire rédige les procès-verbaux des séances.
- Le trésorier est responsable vis-à-vis du conseil d'administration de la gestion journalière des finances de la SMA, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation, des statistiques ainsi que de la situation financière.

(En vigueur depuis le [01.01.2012] – A.G. du [26/11/2013] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 29. Rémunération des administrateurs

A) Administrateurs non exécutifs

Le mandat des membres du Conseil d'administration n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

B) Administrateurs indépendants

Le mandat des administrateurs indépendants sont rémunérés selon les règles fixées par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le [01.01.2017] – A.G. du [29/11/2016] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 30. Direction effective

Le conseil d'administration installe une direction effective, chargée de la gestion journalière de la SMA sans que ses pouvoirs puissent porter sur la politique générale de la SMA ou sur l'ensemble des actes réservés au conseil d'administration en vertu de la loi.

La répartition des pouvoirs entre le conseil d'administration et la direction effective est réalisée compte tenu des obligations prudentielles auxquelles les sociétés d'assurances sont tenues afin de garantir une gestion saine et prudente de la SMA. Ladite division est plus amplement décrite dans les chartes respectives du conseil d'administration et de la direction effective.

La direction effective est composée d'au moins deux personnes physiques décidant de manière collégiale et effectuant les vérifications réciproques nécessaires l'une vis-à-vis de l'autre. Ces personnes possèdent l'honorabilité professionnelle requise et l'expérience adéquate afin d'exercer ces fonctions (article 90 de la loi du 9 juillet 1975).

Le conseil d'administration est chargé de la surveillance de la direction effective de la SMA.

La direction effective prend les mesures nécessaires pour assurer les obligations de la SMA conformément à l'article 14bis §§ 1-3 de la Loi du 9 juillet 1975 (article 14bis §5 de la Loi du 9 juillet 1975).

Les membres de la direction effective se réunissent en principe deux fois par mois. Des réunions supplémentaires peuvent être organisées à la demande d'un des membres de la direction effective qui l'estime nécessaire. Au moins une fois par an, la direction effective fait rapport au conseil d'administration, à l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales des mutualités et au commissaire agréé sur le respect des dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 14bis §5 de la Loi du 9 juillet 1975 et sur les mesures adéquates prises.

Les conditions de désignation des membres de la direction effective, leur révocation, la durée de leur mission, et le mode de fonctionnement de la direction effective sont déterminés dans la charte de fonctionnement de la direction effective établie par le conseil d'administration.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 31. Représentation de la SMA

Conformément à l'article 21 de la loi du 6 août 1990, les membres du conseil d'administration désignent la personne qui représente la S.M.A dans les actes judiciaires et extra-judiciaires.

Dans les limites de la gestion journalière, la SMA est également valablement représentée et engagée vis-à-vis des tiers par les deux membres de la direction effective, agissant individuellement.

La SMA est en outre valablement représentée et engagée vis-à-vis des tiers par des mandataires spéciaux désignés par le conseil d'administration conformément à l'article 26 des présents statuts et à l'article 23 de la Loi du 6 août 1990. Ces mandataires spéciaux agissent, individuellement, dans les limites du mandat leur accordé.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 32.

A) Comité d’audit

Le conseil d’administration constitue en son sein un comité d’audit, composé de membres non-exécutifs du conseil d’administration. S’il y a des membres indépendants au sein du conseil d’administration au sens de l’article 526ter du Code des sociétés, au moins un de ces membres doit siéger au comité d’audit. Celui-ci doit être compétent en matière de comptabilité et/ou d’audit.

Les membres du comité d’audit doivent disposer d’une compétence collective dans le domaine des activités de la SMA ainsi qu’en matière de comptabilité et d’audit. Le rapport annuel de l’organe d’administration justifie la compétence individuelle et collective des membres du comité d’audit.

Sans préjudice des missions légales dévolues au conseil d’administration, le comité d’audit est au moins chargé des missions suivantes :

- a) suivi du processus d’élaboration de l’information financière;
- b) suivi de l’efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques de la SMA;
- c) suivi de l’audit interne et de ses activités;
- d) suivi du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés, en ce compris le suivi des questions et recommandations formulées par le commissaire agréé;
- e) examen et suivi de l’indépendance du commissaire agréé, en particulier en ce qui concerne la fourniture de services complémentaires à la SMA ;
- f) toute autre tâche lui confiée par le Conseil d’Administration.

Le comité d’audit fait régulièrement rapport au conseil d’administration sur l’exercice de ses missions. Un tel rapportage a lieu, au moins, lors des transmissions annuelles et semestrielles qui lui sont faites des comptes annuels et éventuellement consolidés et des états périodiques semestriels.

Le conseil d’administration contrôle par l’intermédiaire du comité d’audit le respect par la SMA des dispositions des §§ 1er, 2 et 3 et de l’alinéa 1er du §5 de l’article 14bis de la Loi du 9 juillet 1975 et prend connaissance des mesures adéquates prises.

Les conditions de désignation des membres du comité d’audit, leur révocation, la durée de leur mission, et le mode de fonctionnement du comité d’audit sont déterminés dans la charte de fonctionnement du comité d’audit établie par le conseil d’administration.

B) Comité de rémunération

Le conseil d’administration constitue en son sein un comité de rémunération, composé de membres non-exécutifs du conseil d’administration. S’il y a des membres indépendants au sein du conseil d’administration au sens de l’article 526ter du Code des sociétés, au moins un de ces membres doit siéger au comité de rémunération.

Le comité de rémunération est au moins chargé des missions suivantes :

- a) émettre un avis sur la politique de rémunération de la SMA Neutra ;
- b) préparer les décisions concernant les rémunérations, notamment celles qui ont des répercussions sur le risque et la gestion des risques de l’entreprise et sur lesquelles le Conseil d’Administration est amené à se prononcer ;
- c) assurer une supervision directe des rémunérations allouées aux responsables de fonctions de contrôles indépendantes.

Les conditions de désignation des membres du comité de rémunération, leur révocation, la durée de leur mission, et le mode de fonctionnement du comité de rémunération sont déterminés dans la charte de fonctionnement du comité de rémunération établie par le conseil d'administration.

C) Comité de risques

Conformément à l'article 52 § 4 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, le comité d'audit assure les missions dévolues au comité des risques dont les membres disposent individuellement des connaissances, des compétences, de l'expérience et des aptitudes nécessaires pour leur permettre de comprendre et d'appréhender la stratégie et le niveau de tolérance au risque de l'entreprise d'assurance ou de réassurance.

(En vigueur depuis le [01.01.2017] – A.G. du [29/11/2016] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 33. Commissaire

Les désignations, démission et révocation du commissaire sont réalisées par l'assemblée générale de la SMA, conformément aux dispositions des articles 38 à 40 quinquies de la Loi du 9 juillet 1975. La fonction de commissaire ne peut être confiée qu'à un réviseur agréé par la Banque Nationale de Belgique conformément à l'article 40 de la Loi précitée.

Par dérogation, et à titre transitoire, le réviseur désigné comme commissaire sans être agréé conformément l'article 40 susvisé peut terminer et faire prolonger une seule fois son mandat dans la SMA dans les limites établies par l'article 72 de la Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Il en résulte qu'au plus tard le 31 décembre 2013 un commissaire dûment agréé devra être désigné pour la SMA.

Toute désignation (et renouvellement d'un mandat) d'un commissaire est subordonnée à l'accord préalable de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités peut, en tout temps, révoquer l'accord donné par décision motivée par des raisons tenant à leurs statuts ou à l'exercice des fonctions du commissaire agréé de, tels que prévus par ou en vertu de la Loi précitée. Cette révocation met fin aux fonctions du commissaire.

Toute proposition de révocation du mandat d'un commissaire agréé doit être soumise à l'avis de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

En cas de démission du commissaire agréé, l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités et la SMA doivent en être préalablement informés. Les motifs de cette démission doivent leur être précisés. Le règlement d'agrément règle, pour le surplus, la procédure.

Le commissaire agréé collabore au contrôle exercé par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, sous sa responsabilité personnelle et exclusive, et conformément à l'article 40quater de la Loi du 9 juillet 1975, aux règles de la profession et aux instructions de la Banque Nationale de Belgique.

Le commissaire agréé fait rapport au conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité d'audit, sur les questions importantes apparues dans l'exercice de sa mission de contrôle légal des comptes, et en particulier sur les faiblesses significatives du contrôle interne au regard du processus d'information financière.

Le commissaire agréé :

- a) confirme chaque année par écrit au comité d'audit son indépendance par rapport à la SMA;
- b) communique chaque année au comité d'audit la liste des services additionnels fournis à la SMA;
- c) examine avec le comité d'audit les risques pesant sur son indépendance et les mesures de sauvegarde prises pour atténuer ces risques, consignés par lui.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Section 4 – Exercice social – comptes annuels

Article 34. Exercice social

L'exercice social de la SMA débute le premier janvier pour se terminer le trente et un décembre de chaque année.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 35. Comptes annuels

A la fin de chaque exercice social, le conseil d'administration dresse un inventaire et établit les comptes annuels de la SMA. Ces comptes comprennent le bilan, le compte de résultats, ainsi que ses annexes.

Le conseil d'administration établit également un rapport comprenant un compte-rendu de sa gestion et des opérations globales effectuées au cours de l'exercice précédent. Le conseil soumet les comptes annuels de l'exercice écoulé et le projet de budget de l'exercice suivant à l'assemblée générale.

Les comptes annuels et le budget sont approuvés lors de l'assemblée générale convoquée conformément à l'article 17 de la loi du 6 août 1990.

Chaque délégué à l'assemblée générale doit disposer au plus tard huit jours avant la date de l'assemblée générale de la documentation requise conformément à l'article 17 de la loi du 6 août 1990.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

CHAPITRE IV – ASSURANCES OFFERTES PAR LA SMA

Section 1 – Conditions générales

Article 36. Entrée en vigueur et durée de l'assurance

A la condition expresse que la prime ait été payée, l'assurance entre en vigueur le 1^e jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion signée par l'affilié, et en cas de mutation, au plus tôt le jour de la mutation.

(En vigueur depuis le [01.01.2012] – A.G. du [20/06/2011] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 37. Fin de l'assurance

Les assurances offertes prennent fin:

- a) lorsque la personne affiliée n'est plus affiliée aux mutualités adhérentes ;
- b) en cas d'application des sanctions prévues aux articles 59, 69, 70 et 71 de la Loi du 4 avril 2014;
- c) lorsqu'il est unilatéralement mis fin au contrat par la personne y affiliée. Ce droit peut être exercé à tout moment, moyennant une déclaration écrite, datée et signée, respectant un préavis de quinze jours civils.

Aucune intervention, ou autre avantage auquel la personne affiliée aurait droit, ne peut plus être effectué ou octroyé en cas de résiliation de l'affiliation.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 38. Mode de fixation et recouvrement des primes

Le montant des primes est fixé par l'assemblée générale conformément à l'article 15§1^{er}, 1^o, de la loi du 6 août 1990.

Toutefois, l'Assemblée Générale peut déléguer sa compétence en la matière au conseil d'administration (articles 15 des présents statuts et 15 §3 de la Loi du 6 août 1990).

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 39. Subrogation

En concluant un accord de subrogation, l'affilié subroge la SMA dans ses droits et créances à l'égard des éventuels responsables de l'évènement ayant donné lieu à l'ouverture du droit à l'indemnisation. L'affilié s'engage, si besoin est, à confirmer cette subrogation par écrit sur demande de la SMA qui peut alors procéder à la récupération des interventions octroyées auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurances.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 40. Passage d'assurance

L'affilié, ou le nouvel affilié, possédant une assurance hospitalisation et qui opte pour une couverture plus avantageuse que celle qu'il avait auparavant, devra accomplir un nouveau stage d'attente identique au stage prévu de la nouvelle couverture tel que défini dans les conditions spécifiques reprises en annexe.

A condition que le stage d'attente correspondant à cette couverture soit terminé, l'affilié ou le nouvel affilié pourra toutefois encore prétendre, pendant la durée du nouveau stage d'attente, aux remboursements selon les conditions fixées dans le cadre de leur couverture précédente.

Aucun stage n'est prévu lors du passage vers une couverture moins avantageuse.

Le passage d'une couverture à une autre ne peut se faire qu'au premier jour du mois qui suit la demande.

(En vigueur depuis le [01.01.2012] – A.G. du [20/06/2011] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 41. Adaptation du tarif de l'assurance ou des conditions

La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime sur base de l'indice des prix à la consommation. L'adaptation est déterminée par le rapport entre l'indice du mois de septembre de l'année X-1 par rapport à celui du mois de septembre de l'année X-2. La base utilisée est la base 2013.

La prime, la franchise et la prestation peuvent également être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime, sur base d'un ou plusieurs indices spécifiques (appelés « indices médicaux »), aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. La base utilisée est la base 2013.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 42. Prescription

L'action en paiement des interventions se prescrit par trois ans à partir du jour de l'événement qui donne ouverture à l'action.

(En vigueur depuis le [01.01.2012] – A.G. du [20/06/2011] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 43. Affiliation et désaffiliation

- a) l'assuré secondaire qui acquiert la qualité de titulaire peut continuer à bénéficier des avantages du contrat d'assurance conformément à l'article 207 de la Loi du 4 avril 2014.
- b) en cas de mutation ou transfert.

En cas de mutation ou transfert, la couverture des prestations doit être assurée jusqu'à la fin du trimestre qui précède la date de prise en cours de la mutation ou du transfert. Les primes pour les périodes non encore courues doivent être remboursées au membre concerné. Le paiement des primes ne peut prendre effet au plus tôt qu'à partir du premier jour du trimestre de prise en cours de la mutation ou du transfert.

- c) en cas de décès

En cas de décès, les primes pour les périodes non encore courues doivent être remboursées aux ayants droit du membre décédé.

Le remboursement des primes payées indûment, tel que prévu aux points a-b doit s'effectuer dans les trois mois de la fin de l'affiliation, et ce, conformément à l'article 3 bis, alinéa 3 de la loi du 6 août 1990 et pour les cas prévus au point c, dans les trois mois qui suivent le lendemain du décès et ce, conformément à l'article 70§9 de la loi précitée.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 44. Litiges

Les contestations éventuelles sont de la compétence exclusive des cours et tribunaux belges et la loi applicable au contrat est la loi belge.

Toute réclamation relative à l'application de la couverture d'assurance peut-être adressée à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeus 35 à 1000 Bruxelles, sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'intenter une action en justice.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Section 2 – Conditions particulières

Article 45. Assurances offertes

Les assurances offertes par la SMA sont :

- Assurance hospitalisation « Neutra+ » (Class. OCM 201)
- Assurance hospitalisation « Neutra Confort » (Class. OCM 201)
- Assurance hospitalisation « Neutra Top » (Class. OCM 201)
- Assurance hospitalisation « Neutra Base » (Class. OCM 201)
- Assurance hospitalisation « Neutra Optimum » (Class. OCM 201)
- Assurance dentaire « Dentalis »

(En vigueur depuis le [01.07.2015] – A.G. du [27/05/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 46. Avantages accordés

Les avantages accordés sous les assurances précitées, et les conditions auxquelles ils sont octroyés, y compris le montant des primes à payer, sont spécifiés en annexe aux statuts. Ces annexes font intégralement partie des statuts et peuvent être modifiées par décision de l'assemblée générale.

Conformément au §2 de l'article 22 de la loi du 9 juillet 1975, la SMA doit informer l'Office de contrôle dans le mois qui suit leur approbation par l'assemblée générale (ou le cas échéant le conseil d'administration, s'il s'agit de décisions modifiant les primes prises par celui-ci suite à une délégation de compétence) des modifications statutaires et autres décisions qui pourraient avoir une incidence sur les "contrats" en général. A cet effet, le procès-verbal de l'assemblée générale approuvant les modifications statutaires est transmis à l'Office de contrôle dans le mois.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

CHAPITRE V : MODIFICATION DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION – ENTREE EN VIGUEUR

Article 47. Modification des statuts

Les statuts de la SMA ne peuvent être modifiés que par l'assemblée générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes établies par la loi et les présents statuts.

En vertu des dispositions légales en la matière, il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres est présente ou représentée et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

Si le quorum de présence exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée, qui délibère valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents et représentés (article 18 de la Loi du 6 août 1990).

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 48. Dissolution et liquidation

La SMA peut être dissoute et mise en liquidation par décision de l'assemblée générale convoquée en séance extraordinaire conformément aux dispositions des articles 45 §§1 et 2, 46 §§ 2 et 4 et 46bis de la loi du 6 août 1990 et 48/11 et 48/12 de la loi du 9 juillet 1975.

Toute répartition des fonds est interdite pendant l'existence de la SMA.

En cas de dissolution ou de liquidation, le portefeuille « assurance hospitalisation » de la SMA Neutra sera cédé à une autre SMA ou à une société d'assurances privée.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 49. Entrée en vigueur

Abrogé

(En vigueur depuis le [01.01.2012] – A.G. du [26/11/2013] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 50. Disposition transitoire

L'assemblée générale et le conseil d'administration actuels resteront en place, avec respectivement les mêmes compositions jusqu'aux prochaines élections pour autant qu'ils se maintiennent en conformité avec les dispositions réglementaires et statutaires.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

L'assurance hospitalisation « Neutra + » (class. OCM 201).

1. Age

Aucun âge limite d'affiliation n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'affilient après l'âge de 65 ans, le délai d'attente est fixé à douze mois.

Ces périodes de stage sont supprimées pour :

- les accidents ;
- les personnes qui étaient affiliées à un service similaire ou supérieur, c'est-à-dire, qui couvre les suppléments d'honoraires à au moins une fois l'intervention légale.
Pour les personnes qui, la veille de l'entrée en vigueur de leur affiliation dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient affiliées à un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de prime, la durée du stage est diminuée de la période d'affiliation déjà effectuée.
- Le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1 En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation (en application de l'A.R. du 17.06.2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital) à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, une intervention est prévue pour :

- les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre particulière, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 30,00 € par jour ;
- les honoraires et les suppléments d'honoraires ;
- les frais médicaux pré et post-hospitaliers en relation directe avec l'hospitalisation et exposés un mois avant le début et trois mois après la fin de l'hospitalisation ;
- les frais de transports appropriés et justifiés par des raisons médicales ;
- les frais pharmaceutiques, non remboursés par l'A.M.I., exposés durant la période d'hospitalisation ;
- 50 % des frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I., pré- et post-hospitaliers en relation directe avec l'hospitalisation et exposés un mois avant le début et trois mois après la fin de l'hospitalisation ;
- les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, des prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques placés pendant l'hospitalisation, en rapport direct avec l'intervention chirurgicale pratiquée et pour autant qu'ils fassent l'objet d'une intervention légale. Il est précisé que les prothèses ayant un caractère purement esthétique ne donnent droit à aucun remboursement ;
- les frais d'hospitalisation de jour (one day clinic) ;
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 12 ans ;

Limites d'intervention

- En cas d'hospitalisation ou de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;

- des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.
- L'intervention est accordée jusqu'à concurrence du montant de l'intervention légale à l'exception pour les suppléments d'honoraires pendant l'hospitalisation qui est accordée jusqu'à concurrence du montant de l'honoraire légal.
- l'intervention octroyée pour la consultation effectuée par le médecin anesthésiste, préalablement à l'hospitalisation, est limitée à 5,00 euros ;
- le transport d'urgence par hélicoptère est plafonné à 375,00 € par intervention ;
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 12 ans sont limités à 10,00 € par nuit, avec un maximum de 30 nuitées par année civile ;
- pour la stérilisation, la contraception, l'insémination artificielle, la conception in vitro non remboursée par l'A.M.I., il n'y a pas de franchise et l'intervention est de maximum 60,00 € par jour.

3.2 En cas de maladie grave

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, diabète, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique, Chorée de Huntington et maladie de Guillain-Barré (forme axonale), la couverture est étendue aux frais de soins de santé faisant l'objet d'une intervention légale en relation directe avec la maladie et exposés hors du milieu hospitalier.

Ainsi, une intervention est prévue pour :

- les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et aux examens nécessités par la maladie ;
- les frais de location de matériel sanitaire ;
- les prothèses prévues à l'article 27 de la nomenclature des soins de santé ;
- 50 % des frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. ;
- les frais non remboursables de transport jusqu'à concurrence de 125,00 € par an et sur base du barème prévu pour les contribuables en tenant compte des distances légales ;
- une franchise est fixée à 125,00 € par année civile.

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié pour chaque prestation accordée en cas de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;
 - des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.
- L'intervention est accordée jusqu'à concurrence du montant de l'intervention légale à l'exception pour les suppléments d'honoraires pendant l'hospitalisation qui est accordée jusqu'à concurrence du montant de l'honoraire légal.

3.3 Soins dentaires

La couverture prévoit les remboursements suivants :

A. Prestations dispensées en Belgique :

- 50 % du ticket modérateur (*) des soins préventifs. Les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 301254 à 301265 et de 301593 à 302245 ;

- 50 % du ticket modérateur (*) des prothèses remboursées par l'A.M.I. Les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 306832 à 306946 et de 307731 à 308162 ;
- 50,00 € maximum par année civile, pour le placement de squelettiques ;
- 50,00 € par placement de couronne, limité à cinq couronnes par année civile.
- 50,00 € par placement d'implant, limité à cinq implants par année civile.

(*) Différence entre le prix des honoraires conventionnés et remboursement de l'A.M.I.

B. Prestations dispensées en Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas :

- 6,00 € par soins préventifs;
- 50,00 € maximum par prothèse ;
- 50,00 € maximum par année civile, pour le placement de squelettiques ;
- 50,00 € par placement de couronne, limité à cinq couronnes par année civile ;
- 50,00 € par placement d'implant, limité à cinq implants par année civile.

3.4 Accouchements à domicile

En cas d'accouchement à domicile, l'intervention est de maximum 200,00 €.

4. Ouverture du droit

L'affilié doit, aussi rapidement que possible, faire la déclaration de son sinistre à la société mutualiste d'assurances Neutra par écrit, au moyen du document prévu à cet effet.

Si nécessaire et à la demande, l'affilié doit faire parvenir tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

5. Transmission des justificatifs

L'affilié envoie, dans la mesure du possible, l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, reçu de pharmacies, etc.)

6. États préexistants

Un questionnaire médical relatif à l'état de santé doit être complété et remis dûment signé lors de l'affiliation.

7. Exclusions

Aucune intervention n'est due pour :

- un accident ou une maladie non contrôlable par examen médical ;
- un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- les maladies ou les accidents survenus à l'affilié :
 - en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que :
 - l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ;
 - l'affilié fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- les cures thermales;

- un événement de guerre, que l'affilié y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'affilié n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le) d'un sport quelconque ;
- les conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'affilié, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'affilié aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- les mutilations volontaires ou une tentative de suicide ;
- les accidents lorsque l'affilié fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
- les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique, psychosomatique ou mentale concernant les services hospitaliers n° 34-35-36-37-38-39-40-41-42 et 43.

8. Contrôle médical

La société mutualiste d'assurances Neutra se réserve le droit de faire contrôler l'état de santé de l'affilié par un médecin agréé par elle-même.

9. Territoire

La couverture est valable dans le monde entier.

La couverture « soins dentaires » est valable pour des prestations dispensées en Belgique et dans les territoires européens des pays suivants : Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas.

10. Primes

Les primes sont mensuelles et anticipatives.

11. Barèmes

Barèmes appliqués : voir tableau des primes en annexe des statuts.

Le membre doit avoir payé ses primes pour le mois civil concerné par les prestations pour lesquelles il sollicite le remboursement.

Le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'effectuera le 1^{er} janvier qui suit la date d'anniversaire.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

L'assurance hospitalisation « Neutra Confort » (class. OCM 201).

1. Age

Aucun âge limite d'affiliation n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'affilient après l'âge de 65 ans, le délai d'attente est fixé à douze mois.

Ces périodes de stage sont supprimées pour :

- les accidents ;
- les personnes qui étaient affiliées à un service similaire ou supérieur, c'est-à-dire, qui couvre les suppléments d'honoraires à au moins trois fois l'intervention légale.
Pour les personnes qui, la veille de l'entrée en vigueur de leur affiliation dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient affiliées à un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de prime, la durée du stage est diminuée de la période d'affiliation déjà effectuée ;
- le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1 En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation (en application de l'A.R. du 17.06.2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital), à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, une intervention est prévue pour :

- les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre à un ou deux lits, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 100,00 € par jour ;
- les honoraires et les suppléments d'honoraires ;
- les frais médicaux pré- et post-hospitaliers en relation directe avec l'hospitalisation et exposés un mois avant le début et trois mois après la fin de l'hospitalisation ;
- les frais de transports appropriés et justifiés par des raisons médicales ;
- les frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. exposés durant la période d'hospitalisation ;
- 50% des frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. pré- et post-hospitaliers en relation directe avec l'hospitalisation et exposés un mois avant le début et trois mois après la fin de l'hospitalisation ;
- les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, des prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques placés pendant l'hospitalisation, en rapport direct avec l'intervention chirurgicale pratiquée et pour autant qu'ils fassent l'objet d'une intervention légale.
Il est précisé que les prothèses ayant un caractère purement esthétique ne donnent droit à aucun remboursement ;
- les frais divers concernant le patient hospitalisé.
- les frais en hospitalisation de jour (one day clinic);
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 12 ans ;
- les frais de location de matériel sanitaire ;

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié pour chaque prestation accordée en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;
 - des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.
- L'intervention est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale ;
- l'intervention octroyée pour la consultation effectuée par le médecin anesthésiste, préalablement à l'hospitalisation, est limitée à 10,00 euros ;
- aucune intervention n'est due pour toute dépense se rapportant aux journées d'hospitalisation au-delà de 180 jours par année civile ;
- le transport d'urgence par hélicoptère est plafonné à 375,00 € par intervention ;
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 12 ans sont limités à 15,00 € par nuit, avec un maximum de 30 nuitées par année civile ;
- les frais divers concernant le patient hospitalisé sont limités à 5,00 € par jour ;
- pour la stérilisation, la contraception, l'insémination artificielle, la conception in vitro non remboursée par l'A.M.I., il n'y a pas de franchise et l'intervention est de maximum 60,00 € par jour ;
- pour les personnes qui la veille de leur affiliation étaient affiliées à une assurance hospitalisation qui couvre les suppléments d'honoraires à moins de trois fois l'intervention légale, lesdits suppléments seront, pendant la période de stage, remboursés aux conditions de leur ancien contrat ;

3.2 En cas de maladie grave

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, diabète, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique, Chorée de Huntington et maladie de Guillain-Barré (forme axonale), la couverture est étendue aux frais de soins de santé faisant l'objet d'une intervention légale en relation directe avec la maladie et exposés hors du milieu hospitalier.

Ainsi, une intervention est prévue pour :

- les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie ;
- les frais de location de matériel sanitaire ;
- les prothèses prévues à l'article 27 de la nomenclature des soins de santé ;
- 50% des frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. ;
- les frais non remboursables de transport jusqu'à concurrence de 125,00 € par an et sur base du barème prévu pour les contribuables en tenant compte des distances légales ;
- une franchise est fixée à 125,00 € par année civile.

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié pour chaque prestation accordée en cas de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;

- des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.
- L'intervention est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.

3.3 Soins dentaires.

A. Prestations dispensées en Belgique :

La couverture prévoit les remboursements suivants :

- 50 % du ticket modérateur (*) des soins préventifs. Les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 301254 à 301265 et de 301593 à 302245 ;
- 50 % du ticket modérateur (*) des prothèses remboursées par l'A.M.I. Les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 306832 à 306946 et de 307731 à 308162 ;
- 100,00 € maximum par année civile, pour le placement de squelettiques ;
- 100,00 € par placement de couronne, limité à cinq couronnes par année civile ;
- 100,00 € par placement d'implant, limité à cinq implants par année civile.

(*) Différence entre le prix des honoraires conventionnés et remboursement de l'A.M.I.

B. Prestations dispensées en Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas :

- 6,00 € par soins préventifs;
- 65,00 € maximum par prothèse ;
- 100,00 € maximum par année civile, pour le placement de squelettiques ;
- 100,00 € par placement de couronne, limité à cinq couronnes par année civile ;
- 100,00 € par placement d'implant, limité à cinq implants par année civile.

3.4 Accouchements à domicile

En cas d'accouchement à domicile, l'intervention est de maximum 400,00 €.

4. Ouverture du droit

L'affilié doit, aussi rapidement que possible faire la déclaration de son sinistre à la société mutualiste d'assurances Neutra par écrit, au moyen du document prévu à cet effet.

Si nécessaire et à la demande, l'affilié doit faire parvenir tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

5. Transmission des justificatifs

L'affilié envoie, dans la mesure du possible, l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, reçu de pharmacies, etc.)

6. Etats préexistants

Un questionnaire médical relatif à l'état de santé doit être complété et remis dûment signé lors de l'affiliation.

Pour les grossesses, les prestations sont accordées après le délai d'attente de six mois et pendant une période de trois mois sur base des avantages octroyés par Neutra Plus. Après ces délais, l'intervention est accordée sans cette limitation.

En cas d'affiliation qui suit immédiatement une affiliation précédente auprès d'un service similaire, comme défini au point 2, ou auprès d'un service prévoyant une couverture plus large, moins de neuf mois pour les grossesses après l'affiliation auprès du premier de ces services, les délais d'attente sont diminués du nombre de mois d'affiliation auprès de celui-ci et les périodes prévues aux alinéas 2 et 3 pendant lesquelles une intervention limitée est accordée prennent cours à dater de l'affiliation au précédent service similaire ou prévoyant une couverture plus large.

L'intervention est octroyée sans limitation en cas d'affiliation qui suit immédiatement une affiliation précédente auprès d'un service similaire ou auprès d'un service prévoyant une couverture plus large, plus de neuf mois pour les grossesses après l'affiliation auprès du premier de ces services.

7. Exclusions

Aucune intervention n'est due pour :

- un accident ou une maladie non contrôlable par examen médical ;
- un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- les maladies ou les accidents survenus à l'affilié :
 - en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que :
 - l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ;
 - l'affilié fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- les cures thermales;
- un événement de guerre, que l'affilié y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'affilié n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le) d'un sport quelconque ;
- les conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'affilié, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'affilié aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- les mutilations volontaires ou une tentative de suicide ;
- les accidents lorsque l'affilié fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
- les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique, psychosomatique ou mentale concernant les services hospitaliers n° 34-35-36-37-38-39-40-41-42 et 43.

8. Contrôle médical

La société mutualiste d'assurances Neutra se réserve le droit de faire contrôler l'état de santé de l'affilié par un médecin agréé par elle-même.

9. Territoire

La couverture est valable dans le monde entier.

La couverture « soins dentaires » est valable pour des prestations dispensées en Belgique et dans les territoires européens des pays suivants : Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas.

10. Primes

Les primes sont mensuelles et anticipatives.

11. Barèmes

Barèmes appliqués : voir tableau des primes en annexe des statuts.

Le membre doit avoir payé ses primes pour le mois civil concerné par les prestations pour lesquelles il sollicite le remboursement.

Le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'effectuera le 1^e janvier qui suit la date d'anniversaire

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

L'assurance hospitalisation « Neutra Top » (class. OCM 201).

1. Age

Aucun âge limite d'affiliation n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'affilient après l'âge de 65 ans, le délai d'attente est fixé à douze mois.

Ces périodes de stage sont supprimées pour :

- les accidents ;
- les personnes qui étaient affiliées à un service similaire, c'est-à-dire, qui couvre les suppléments d'honoraires à au moins trois fois l'intervention légale et à 100 %, les frais de prothèses reprises aux articles 27 à 31 inclus ainsi que 35 et 35 bis de la nomenclature des soins de santé de l'A.M.I. ainsi que d'appareils orthopédiques placés pendant l'hospitalisation, en rapport direct avec l'intervention chirurgicale pratiquée.
Pour les personnes qui, la veille de l'entrée en vigueur de leur affiliation dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient affiliées à un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de prime, la durée du stage est diminuée de la période d'affiliation déjà effectuée ;
- le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1 En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation (en application de l'A.R. du 17.06.2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital), à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, une intervention est prévue pour :

- les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre à un ou deux lits, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 200,00 € par jour ;
- 100% des frais médicaux pré- et post-hospitaliers en relation directe avec l'hospitalisation et exposés un mois avant le début et trois mois après la fin de l'hospitalisation ;
- les frais de transports appropriés et justifiés par des raisons médicales ;
- les frais pharmaceutiques, non remboursés par l'A.M.I. ;
- les frais de prothèses reprises aux articles 27 à 31 inclus ainsi que 35 et 35 bis de la nomenclature des soins de santé de l'A.M.I. ainsi que d'appareils orthopédiques placés pendant l'hospitalisation, en rapport direct avec l'intervention chirurgicale pratiquée.
Il est précisé que les prothèses ayant un caractère purement esthétique ne donnent droit à aucun remboursement ;
- le matériel médical ;
- les frais divers concernant le patient hospitalisé ;
- les frais en hospitalisation de jour (one day clinic) ;
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 12 ans ;
- les frais de location de matériel sanitaire.

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié pour chaque prestation accordée en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;
 - des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.
- L'intervention est accordée jusqu'à concurrence du quadruple du montant de l'intervention légale ;
- l'intervention octroyée pour la consultation effectuée par le médecin anesthésiste, préalablement à l'hospitalisation, est limitée à 15,00 euros ;
- aucune intervention n'est due pour toute dépense se rapportant aux journées d'hospitalisation au-delà de 180 jours par année civile ;
- le transport d'urgence par hélicoptère est plafonné à 375,00 € par intervention ;
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 12 ans sont limités à 25,00 € par nuit, avec un maximum de 30 nuitées par année civile.
- les frais divers concernant le patient hospitalisé sont limités à 10,00 € par jour.
- pour la stérilisation, la contraception, l'insémination artificielle, la conception in vitro non remboursée par l'A.M.I., il n'y a pas de franchise et l'intervention est de maximum 60,00 € par jour.
- pour les personnes qui, la veille de leur affiliation, étaient affiliées à une assurance hospitalisation couvrant les suppléments d'honoraires à moins de trois fois l'intervention légale, ces suppléments seront, pendant la période de stage, remboursés aux conditions de leur ancien contrat.

3.2 En cas de maladie grave

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, diabète, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique, Chorée de Huntington et maladie de Guillain-Barré (forme axonale), la couverture est étendue aux frais de soins de santé faisant l'objet d'une intervention légale en relation directe avec la maladie et exposés hors du milieu hospitalier.

Ainsi, une intervention est prévue pour :

- les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie ;
- les frais de location de matériel sanitaire ;
- les prothèses prévues à l'article 27 de la nomenclature des soins de santé ;
- les frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. ;
- les frais non remboursables de transport jusqu'à concurrence de 125,00 € par an et sur base du barème prévu pour les contribuables en tenant compte des distances légales.
- une franchise est fixée à 125,00 € par année civile.

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié pour chaque prestation accordée de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;

- des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.

3.3 Soins dentaires

A. Prestations dispensées en Belgique :

La couverture prévoit les remboursements suivants :

- 50 % du ticket modérateur (*) des soins préventifs. Les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 301254 à 301265 et de 301593 à 302245 ;
- 50 % du ticket modérateur (*) des prothèses remboursées par l'A.M.I. Les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 306832 à 306946 et de 307731 à 308162 ;
- 200,00 € maximum par année civile, pour le placement de squelettiques ;
- 200,00 € par placement de couronne, limité à cinq couronnes par année civile ;
- 200,00 € par placement d'implant, limité à cinq implants par année civile.

(*) Différence entre le prix des honoraires conventionnés et remboursement de l'A.M.I.

B. Prestations dispensées en Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas :

- 6,00 € par soins préventifs;
- 65,00 € maximum par prothèse ;
- 200,00 € maximum par année civile, pour le placement de squelettiques ;
- 200,00 € par placement de couronne, limité à cinq couronnes par année civile ;
- 200,00 € par placement d'implant, limité à cinq implants par année civile.

3.4 Accouchements à domicile

En cas d'accouchement à domicile, l'intervention est de maximum 600,00 €.

4. Ouverture du droit

L'affilié doit, aussi rapidement que possible faire la déclaration de son sinistre à la société mutualiste d'assurances Neutra par écrit, au moyen du document prévu à cet effet.

Si nécessaire et à la demande, l'affilié doit faire parvenir à la demande, tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

5. Transmission des justificatifs

L'affilié envoie, dans la mesure du possible, l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, reçu de pharmacies, etc.)

6. États préexistants

Un questionnaire médical relatif à l'état de santé doit être complété et remis dûment signé lors de l'affiliation.

Pour les grossesses, les prestations sont accordées après le délai d'attente de six mois et pendant une période de trois mois sur base des avantages octroyés par Neutra Plus. Après ces délais l'intervention est accordée sans cette limitation.

En cas d'affiliation qui suit immédiatement une affiliation précédente auprès d'un service similaire, comme défini au point 2, ou auprès d'un service prévoyant une couverture plus large, moins de neuf mois pour les grossesses après l'affiliation auprès du premier de ces services, les délais

d'attente sont diminués du nombre de mois d'affiliation auprès de celui-ci et les périodes prévues aux alinéas 2 et 3 pendant lesquelles une intervention limitée est accordée prennent cours à dater de l'affiliation au précédent service similaire ou prévoyant une couverture plus large.

L'intervention est octroyée sans limitation en cas d'affiliation qui suit immédiatement une affiliation précédente auprès d'un service similaire ou auprès d'un service prévoyant une couverture plus large, plus de neuf mois pour les grossesses après l'affiliation auprès du premier de ces services.

7. Exclusions

Aucune intervention n'est due pour :

- un accident ou une maladie non contrôlable par examen médical ;
- un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- les maladies ou les accidents survenus à l'affilié :
 - en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que :
 - l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances ;
 - l'affilié fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- les cures thermales;
- un événement de guerre, que l'affilié y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'affilié n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le) d'un sport quelconque ;
- les conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'affilié, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'affilié aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- les mutilations volontaires ou une tentative de suicide ;
- les accidents lorsque l'affilié fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
- les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique, psychosomatique ou mentale concernant les services hospitaliers n° 34-35-36-37-38-39-40-41-42 et 43.

8. Contrôle médical

La société mutualiste d'assurances Neutra se réserve le droit de faire contrôler l'état de santé de l'affilié par un médecin agréé par elle-même.

9. Territoire

La couverture est valable dans le monde entier.

La couverture « soins dentaires » est valable pour des prestations dispensées en Belgique et dans les territoires européens des pays suivants : Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas.

10. Primes

Les primes sont mensuelles et anticipatives.

11. Barèmes

Barèmes appliqués : voir tableau des primes en annexe des statuts.

Le membre doit avoir payé ses primes pour le mois civil concerné par les prestations pour lesquelles il sollicite le remboursement.

Le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'effectuera le 1^{er} janvier qui suit la date d'anniversaire.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Buts de l'assurance hospitalisation "Neutra Base" et "Neutra Optimum" (class. OCM 201). (à partir du 01.01.2010)

1. Age

Aucun âge limite d'affiliation n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'affilient après l'âge de 65 ans, le délai d'attente est fixé à douze mois.

Ces périodes de stage sont supprimées pour :

- les accidents ;
- les personnes qui étaient affiliées à un service similaire, c'est-à-dire qui couvre les remboursements jusqu'à 1.000,00€ et 3.000,00€ (respectivement pour NEUTRA BASE et NEUTRA OPTIMUM).
Pour les personnes qui, la veille de l'entrée en vigueur de leur affiliation dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient affiliées à un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de prime, la durée du stage est diminuée de la période d'affiliation déjà effectuée;
- le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1 En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation (en application de l'A.R. du 17.06.2004 concernant le formulaire d'admission à l'hôpital), à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, une intervention est prévue pour :

- les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre à un ou deux lits ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais de prothèses reprises aux articles 27 à 31 inclus ainsi que 35 et 35 bis de la nomenclature des soins de santé de l'A.M.I., ainsi que d'appareils orthopédiques placés pendant l'hospitalisation, en rapport direct avec l'intervention chirurgicale pratiquée.
Il est précisé que les prothèses ayant un caractère purement esthétique ne donnent droit à aucun remboursement ;
- le matériel médical ;
- les frais divers concernant le patient hospitalisé ;
- les frais en hospitalisation de jour (one day clinic) ;
- les frais de séjour en hôtel hospitalier ou centre d'accueil ;
- les frais de location de matériel sanitaire ;

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié pour chaque prestation accordée en cas d'hospitalisation, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;
 - des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit.
- Pour les hospitalisations, par affilié et par année civile :
 - une franchise est fixée à 200,00 €. Lorsque l'hospitalisation chevauche deux années civiles, la franchise n'est due qu'une seule fois

- Un plafond global est fixé à :
 - 1.000,00 € pour NEUTRA BASE
 - 3.000,00 € pour NEUTRA OPTIMUM
- Il n'y a pas de franchise pour les hospitalisations en one day clinic, et l'intervention est de maximum :
 - 100,00 € pour NEUTRA BASE
 - 200,00 € pour NEUTRA OPTIMUM
- Il n'y a pas de franchise pour la stérilisation, la contraception, l'insémination artificielle, la conception in vitro non remboursée par l'A.M.I. L'intervention est de maximum 60,00 € par jour ;

3.2 Accouchements à domicile

- En cas d'accouchement à domicile, l'intervention est de maximum :
 - 100,00 € pour NEUTRA BASE
 - 150,00 € pour NEUTRA OPTIMUM

4. Ouverture du droit

L'affilié doit, aussi rapidement que possible faire la déclaration de son sinistre à la société mutualiste d'assurances Neutra par écrit, au moyen du document prévu à cet effet.

Si nécessaire et à la demande, l'affilié doit faire parvenir tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

5. Transmission des justificatifs

L'affilié envoie, dans la mesure du possible, l'original des factures.

6. États préexistants

Un questionnaire médical relatif à l'état de santé doit être complété et remis dûment signé lors de l'affiliation.

Pour les grossesses les prestations sont accordées après le délai d'attente de six mois et pendant une période de trois mois sur base des avantages octroyés par Neutra Base. Après ces délais, l'intervention est accordée sans cette limitation.

En cas d'affiliation qui suit immédiatement une affiliation précédente auprès d'un service similaire, comme défini au point 2, ou auprès d'un service prévoyant une couverture plus large, moins de neuf mois pour les grossesses après l'affiliation auprès du premier de ces services, les délais d'attente sont diminués du nombre de mois d'affiliation auprès de celui-ci et les périodes prévues aux alinéas 2 et 3 pendant lesquelles une intervention limitée est accordée prennent cours à dater de l'affiliation au précédent service similaire ou prévoyant une couverture plus large.

L'intervention est octroyée sans limitation en cas d'affiliation qui suit immédiatement une affiliation précédente auprès d'un service similaire ou auprès d'un service prévoyant une couverture plus large, plus de neuf mois pour les grossesses après l'affiliation auprès du premier de ces services.

7. Exclusions

Aucune intervention n'est due pour :

- un accident ou une maladie non contrôlable par examen médical ;

- un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- les maladies ou les accidents survenus à l'affilié :
 - en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que :
 - l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances ;
 - l'affilié fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- les cures thermales ;
- un événement de guerre, que l'affilié y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'affilié n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel (le) d'un sport quelconque ;
- les conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'affilié, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'affilié aurait commis; des actes téméraires, paris ou défis ;
- l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- les mutilations volontaires ou une tentative de suicide ;
- les accidents lorsque l'affilié fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
- les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique, psychosomatique ou mentale concernant les services hospitaliers n° 34-35-36-37-38-39-40-41-42 et 43.

8. Contrôle médical

La société mutualiste d'assurances Neutra se réserve le droit de faire contrôler l'état de santé de l'affilié par un médecin agréé par elle-même.

9. Territoire

La couverture est valable en Belgique uniquement.

10. Primes

Les primes sont mensuelles et anticipatives.

11. Barèmes

Barèmes appliqués : voir tableau des primes en annexe des statuts.

Le membre doit avoir payé ses primes pour le mois civil concerné par les prestations pour lesquelles il sollicite le remboursement.

Le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'effectuera le 1^{er} janvier qui suit la date d'anniversaire.

(En vigueur depuis le [01.01.2016] – A.G. du [16/11/2015] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

L'assurance dentaire « Dentalis »

1. Age

Aucun âge limite d'affiliation n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de 6 mois.

Le délai d'attente est de 12 mois pour :

- le remboursement des prestations d'orthodontie, des prothèses et des implants ;
- les personnes qui s'affilient après l'âge de 65 ans.

Ces périodes de stage sont supprimées ou diminuées pour :

- les accidents ;
- le nouveau-né à charge d'un des parents inscrit à Dentalis avant la date de naissance ;
- les personnes qui, la veille de l'entrée en vigueur de leur affiliation à Dentalis étaient affiliées à un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de primes ; la durée du stage est diminuée de la période d'affiliation déjà effectuée ;

3. Champs d'application

La couverture prévoit les remboursements suivants :

- 100 % du ticket modérateur (*) des soins préventifs ;
- 75 % du ticket modérateur (*) des soins curatifs (visites, extractions dentaires, soins conservateurs, radiologie buccale et petite chirurgie buccale) ;
- 75 % du ticket modérateur (*) des soins de parodontologie ;
- 100 % du ticket modérateur (*) des prestations d'orthodontie ;
- 250 € pour l'appareillage orthodontique placé au début du traitement ;
- 75 % du montant qui reste à charge de l'assuré, pour les soins de parodontologie et d'orthodontie non remboursés par l'A.M.I. ;
- 75 % du ticket modérateur (*) des prothèses.
- 75 % du montant qui reste à charge de l'assuré, pour les prothèses et implants non remboursés par l'A.M.I.

(*) Différence entre le prix des honoraires conventionnés et le remboursement de l'A.M.I.

Les prestations doivent être prodiguées par un prestataire de soins agréé par l'autorité compétente et porteur d'un des titres professionnels suivants :

- dentiste généraliste ;
- dentiste spécialiste en orthodontie, endodontie et parodontologie ;
- médecin détenteur d'un diplôme de dentisterie ou licencié en sciences dentaires ;
- médecin spécialiste en stomatologie, chirurgie faciale, de la bouche et de la mâchoire.

Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'affilié après déduction :

- des interventions légales. Toutefois, si l'affilié, pour quelque motif que ce soit ne peut prétendre au bénéfice des interventions légales, il sera tenu compte du remboursement fictif identique au montant de ces interventions ;
 - des remboursements perçus en vertu de tout autre contrat personnel, familial ou de groupe ayant le même objet ou de tout remboursement de quelque nature que ce soit à l'exception de ceux octroyés par les produits Neutra +, Neutra Confort ou Neutra Top mais limités au montant restant réellement à charge de l'affilié.
- Pour les soins préventifs dispensés en Belgique, les codes de la nomenclature A.M.I. concernés sont les suivants : de 301254 à 301265 et de 301593 à 302245 ;
 - Pour les soins préventifs et curatifs dispensés en Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas, l'intervention est de 12,00 € par prestation ;
 - Pour les soins d'orthodontie et de parodontologie, le remboursement est plafonné à 350,00 €, par année civile, sous réserve d'une limitation générale inférieure prévue aux statuts.
 - Pour les prothèses et implants, le remboursement est plafonné à 850,00 €, par année civile, sous réserve d'une limitation générale inférieure prévue aux statuts et renouvelable une fois tous les sept ans pour les mêmes prestations.

Plafond d'intervention annuel

L'ensemble des interventions est limité par un plafond annuel et par année civile.

- Pour la 1^{ère} année de souscription, les interventions par affilié sont limitées à :
 - 30,00 € pour les soins préventifs et curatifs.
 - 300,00 € pour les prestations de parodontologie, orthodontie, prothèses et implants.
- Pour la 2^{ème} année de souscription, les interventions par affilié sont limitées à :
 - 60,00 € pour les soins préventifs et curatifs.
 - 600,00 € pour les prestations de parodontologie, orthodontie, prothèses et implants.
- Pour la 3^{ème} année de souscription et suivantes, les interventions par affilié sont limitées à :
 - 90,00 € pour les soins préventifs et curatifs.
 - 1.010,00 € pour les prestations de parodontologie, orthodontie, prothèses et implants.

4. Ouverture du droit

L'affilié doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à la société mutualiste d'assurances Neutra par écrit au moyen du document prévu à cet effet.

Si nécessaire, l'affilié doit faire parvenir à la demande, tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

5. Transmission des justificatifs

L'affilié envoie, dans la mesure du possible, l'original de toute pièce justificative (facture, reçu, etc.).

6. États préexistants

Il n'y a pas d'exclusion, ni de réduction de l'intervention en cas d'état préexistant à l'affiliation.

7. Exclusions

Aucune intervention n'est due pour :

- un accident ou une maladie non contrôlable par examen médical
- un traitement esthétique ou cosmétique (blanchiment, facettes multiples ...);
- les accidents survenus à l'affilié :
 - en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que :
 - l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances ;
 - l'affilié fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- les conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'affilié, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'affilié aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- les mutilations volontaires ou une tentative de suicide ;
- les accidents lorsque l'affilié fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
- un événement de guerre, que l'affilié y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'affilié n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le) d'un sport quelconque ;
- les médicaments.
- Les prestations de l'article 14, l de l'annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes ne sont pas suivis du signe '+'.

8. Territoire

La couverture est valable en Belgique et dans les territoires européens des pays suivants : Allemagne, France, Grand-duché de Luxembourg et Pays-Bas.

9. Primes

Les primes sont mensuelles et anticipatives.

10. Barèmes

Barèmes appliqués : voir tableau des primes en annexe des statuts.

Le membre doit avoir payé ses primes pour le mois civil concerné par les prestations pour lesquelles il sollicite le remboursement.

Le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'effectuera le 1^{er} janvier qui suit la date d'anniversaire.

(En vigueur depuis le [01.07.2017] – A.G. du [02/06/2017] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

ANNEXE : Primes pour les différents produits

S. M. A. NEUTRA - TAUX DES PRIMES ANNUELLES 2017

Catégories

Cat. 1: Neutra +

Cat. 2: Neutra Confort

Cat. 3: Neutra Top

Cat. 4: Neutra Base

Cat. 5: Neutra Optimum

| Code | Services | Catégories de membres | | | | |
|------|--------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | Catégorie 1 | Catégorie 2 | Catégorie 3 | Catégorie 4 | Catégorie 5 |
| | Affiliation facultative | | | | | |
| | de 0 à 6 ans | 25,08 | 49,56 | 170,4 | | |
| | de 7 à 25 ans | 37,80 | 74,28 | 170,4 | | |
| | de 26 à 50 ans | 101,16 | 208,44 | 357,84 | | |
| | de 51 à 60 ans | 101,16 | 251,16 | 396,12 | | |
| | de 61 à 65 ans | 101,16 | 251,16 | 538,8 | | |
| | de 66 à 70 ans | 168,72 | 430,8 | 766,92 | | |
| | A partir de 71 ans | 236,28 | 619,32 | 1.011,48 | | |
| | Isolé | | | | 63,36 | 126,96 |
| | Avec Charge de famille | | | | 88,80 | 165,12 |

Pour les enfants de 0 à 6 ans et pour la catégorie 1 et 2, la cotisation est égale à zéro si un membre du ménage est déjà affilié à l'une des assurances hospitalisation de la SMA NEUTRA avec une couverture similaire ou supérieure.

Cat. 6 : Dentalis

Cat. 7 : Dentalis et affilié également à Neutra +, Neutra Confort ou Neutra top

| | Catégories de membres | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|
| | Catégorie 6 | Catégorie 7 |
| Affiliation facultative | | |
| de 0 au 31/12 des 6 ans | 0,00 | 0,00 |
| de 7 au 31/12 des 17 ans | 46,20 | 41,64 |
| de 18 au 31/12 des 25 ans | 64,68 | 58,32 |
| de 26 au 31/12 des 45 ans | 83,28 | 75,00 |
| de 46 au 31/12 des 55 ans | 108,00 | 97,20 |
| de 56 au 31/12 des 65 ans | 132,72 | 119,52 |
| A partir de 66 ans | 157,44 | 141,72 |

(En vigueur depuis le [01.01.2017] – A.G. du [29/11/2016] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])