

SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES « NEUTRA »

**Soumise aux lois des 25.06.1992, 06.08.1990, 02.08.2002, 21.12.2013, 04.04.2014, 13.03.2016 et ,
06.12.2018.**

STATUTS

Présentation des statuts :

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et 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 l'accord des assemblées générales des mutualités affiliées 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 d’ASSURABILITE et INFLUENCE DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS a L’assurance COMPLEMENTAIRE, CONDITIONS de RESILIATION et CONDITIONS d’exclusion des assurés	8
Article 5. Conditions d’assurabilité et influence du non-paiement des cotisations à l’assurance complémentaire.	8
Article 6. Conditions de résiliation	10
Article 7. Conditions d’exclusion	11
CHAPITRE III – Organisation de la SMA	12
Article 8. Organes statutaires	12
Article 9. Composition	13
Article 10. Conditions d’éligibilité des délégués	14
Article 11. Procédure d’éligibilité des délégués	15
Article 12. Contestations	16
Article 13. Conseillers	17
Article 14. Renouvellement de l’assemblée générale	18
Article 15. Compétence et délégation de pouvoirs	19
Article 16. Convocation, délibération et vote	20
Article 17. Rémunération des délégués	22
Article 18. Communications	23
<i>Section 2 - Conseil d’administration</i>	24
Article 19. Composition	24
Article 20. Conditions d’éligibilité des administrateurs	25
Article 21. Procédure d’éligibilité des administrateurs	26
Article 22. Révocation des administrateurs	27
Article 23. Administrateurs suppléants	28
Article 24. Conseillers	29
Article 25. Convocation, délibération et vote	30
Article 26. Compétence et délégation de pouvoirs	32
Article 27. Président et vice-présidents	33
Article 28. Secrétaire et trésorier	34
Article 29. Rémunération des administrateurs	35
Article 30. Direction effective	36
Article 31. Représentation de la SMA	37
<i>Section 3 – Comités - Commissaire</i>	38
Article 32. Comités	38
Article 32 bis. Rémunération des membres des sous-comités	41
Article 33. Commissaire	42
<i>Section 4 – Exercice social – comptes annuels</i>	43
Article 34. Exercice social	43
Article 35. Comptes annuels	44
CHAPITRE IV – ASSURANCES OFFERTES PAR LA SMA	45
Article 36. Entrée en vigueur et durée de l’assurance	45
Article 37. Fin de l’assurance	46
Article 38. Mode de fixation et recouvrement des primes	47
Article 39. Subrogation	48
Article 40. Passage d’assurance	49
Article 41. Adaptation du tarif de l’assurance ou des conditions	50

Article 42.	Prescription	51
Article 43.	Souscription et résiliation	52
Article 44.	Litiges	53
Article 45.	Assurances offertes	54
Article 46.	Avantages accordés	55
CHAPITRE V : Modification des statuts, dissolution et liquidation – Entrée en vigueur		56
Article 47.	Modification des statuts	56
Article 48.	Dissolution et liquidation	57
Article 49.	Entrée en vigueur	58
Article 50.	Disposition transitoire	59
ANNEXE 1: Conditions des différents produits.		60
L'assurance hospitalisation « Neutra + » (class. OCM 201).		60
L'assurance hospitalisation « Neutra Confort » (class. OCM 201).		64
L'assurance hospitalisation « Neutra Top » (class. OCM 201).		69
L'assurance hospitalisation "Neutra Base" et "Neutra Optimum" (class. OCM 201). (à partir du 01.01.2010)		74
L'assurance dentaire « Dentalis »		78
ANNEXE 2 : Primes pour les différents produits.		81

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 4 avril 2014 relative aux assurances, et à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

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 maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 précitée pour ce qui concerne le groupe d'activité non-vie, 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 la loi précitée, 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 4 août 2021.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 2. Objet

Les objectifs de la SMA sont d'offrir, exclusivement aux membres de ses mutualités affiliées, des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 précitée pour ce qui concerne le groupe d'activité non-vie, 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 la loi précitée.

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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 dans le respect de la législation sur l'emploi des langues.

(En vigueur depuis le [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – 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 216 : La Mutualité Neutre ;
- Mutualité 228 : Mutualia, Mutualité Neutre ;

Ces mutualités, ainsi que la SMA, sont reconnues et affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Neutres, dont le siège social est situé 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 peut, sur décision de son assemblée générale, démissionner de la SMA Neutra au 1^{er} janvier d'une année, moyennant un préavis de minimum six mois donné par lettre recommandée.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

CHAPITRE II – CONDITIONS D’ASSURABILITE ET INFLUENCE DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS A L’ASSURANCE COMPLEMENTAIRE, CONDITIONS DE RESILIATION ET CONDITIONS D’EXCLUSION DES ASSURÉS

Article 5. Conditions d’assurabilité et influence du non-paiement des cotisations à l’assurance complémentaire.

a. Conditions d’assurabilité

Toute personne peut être assurée auprès de la SMA Neutra, pour autant qu’elle soit membre de l’une des mutualités affiliées à celle-ci, telles qu’énumérées à l’article 4.

Pour pouvoir être considéré comme membre d’une mutualité affiliée à la SMA, il faut répondre à deux conditions cumulatives :

- être inscrit en qualité de titulaire ou de personne à charge aux services de l’assurance complémentaire auprès d’une mutualité neutre affiliée à la SMA et ;
- être en ordre de paiement des cotisations à ladite assurance complémentaire.

On entend dès lors par membre d’une mutualité affiliée à la SMA :

- un membre au sens de l’article 2, 1^o ou 2^o de l’arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l’article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, soit un membre qui peut bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire ou un membre dont la possibilité de bénéficier de tels avantages est suspendue ;
- un membre, au sens de l’article 2, 3^o de l’arrêté royal du 7 mars 1991, soit un membre de la mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire est supprimée et qui est en ordre de cotisations depuis que la période visée à l’article 2 quater, alinéa 3 de l’arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services de l’assurance complémentaire qui y sont visés. De façon exceptionnelle, aucune personne ne peut cependant obtenir la qualité de membre d’une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages des services de l’assurance complémentaire est supprimée avant le 1^{er} janvier 2022. Le cas échéant, pendant la période qui va du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations jusqu’au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d’une mutualité dont la possibilité de bénéficier d’un avantage des services de l’assurance complémentaire est suspendue.

b. Influence du non-paiement des cotisations à l’assurance complémentaire

Le membre d’une mutualité affiliée à la SMA Neutra qui peut bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité peut ;

- s’assurer auprès de la SMA Neutra ;
- bénéficier de la couverture souscrite auprès de la SMA Neutra à condition que les primes y relatives soient payées.

Le membre d’une mutualité affiliée à la SMA Neutra dont la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité est suspendue, peut quant à lui :

- s’assurer auprès de la SMA Neutra ;
- bénéficier, ou continuer à bénéficier, de la couverture souscrite auprès de la SMA Neutra pour autant que les primes y relatives soient payées.

Le membre d’une mutualité affiliée à la SMA Neutra dont la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de la mutualité est supprimée ne peut acquérir la qualité d’assuré de la SMA Neutra et perd celle qu’il avait antérieurement acquise. Cela signifie donc qu’une demande de souscription devra être refusée, et qu’une assurance antérieurement souscrite devra être résiliée, quand bien même le membre serait en ordre de paiement des primes d’assurance. Ce membre ne pourra à nouveau s’assurer et bénéficier de la couverture d’une assurance souscrite auprès de la SMA Neutra qu’à la double condition d’être en ordre de paiement des cotisations à l’assurance complémentaire depuis qu’a débuté la période de 24 mois au cours de laquelle il doit effectuer ce paiement sans pouvoir

bénéficiaire d'aucun avantage de cette assurance complémentaire et d'être en ordre de paiement des primes à l'assurance de la SMA Neutra. Dès le moment où ce membre accuse un nouveau retard de paiement de 6 mois dans le cours de cette période de 24 mois, il perd à nouveau la qualité d'assuré de la SMA Neutra. Cette période de 6 mois pourra être suspendue si est fournie la preuve que le membre se trouve dans l'impossibilité légale de payer les cotisations à l'assurance complémentaire de la mutualité pour cause de règlement collectif de dettes, de faillite ou parce que ce membre est devenu personne à charge d'un titulaire ne payant pas ces cotisations.

De façon exceptionnelle, aucune personne ne peut cependant obtenir la qualité de membre d'une SMA dont la possibilité de bénéficier des avantages des services de l'assurance complémentaire est supprimée avant le 1^{er} janvier 2022. Le cas échéant, pendant la période qui va du 25^{ème} mois de non- paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une SMA dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services de l'assurance complémentaire est suspendue. Les cotisations afférentes à la période susvisée s'ajoutent aux cotisations ordinaires. Par conséquent, et toujours dans le cadre de ce système dérogatoire exceptionnel, il faut, pour pouvoir bénéficier d'un avantage des services concernés pour un événement qui se produit en 2021, être en ordre de cotisations pour la période du 1^{er} janvier 2019 au mois y compris durant lequel cet événement s'est produit.

Les mêmes règles sont applicables à la personne à charge d'un tel membre (article 2 alinea 4 de l'arrêté royal du 14 juillet 2021-portant exécution des articles 2 § 3, alinea 2, 14 § 3 et 19, alinea 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 à l'article 43 bis § 5 et à l'article 70 § 7 de cette même loi).

Par ailleurs, lorsque la personne à charge d'un titulaire au sens de l'article 2, 3^o de l'arrêté royal du 7 mars 1991 précité devient titulaire pour la première fois, elle est considérée comme un membre au sens de l'article 2, 1^o de l'arrêté royal du 7 mars 1991 précité si elle est assurée par la SMA dans le respect des dispositions légales, réglementaires et statutaires applicables.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 6. Conditions de résiliation

Tout assuré a le droit de mettre fin à son assurance à la SMA de son propre chef.

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

(En vigueur depuis le [01.01.2019] – A.G. du [04/06/2018] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 7. Conditions d'exclusion

La qualité d'assuré de la SMA cesse de plein droit à partir du moment où l'assuré n'est plus membre d'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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 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 43 bis § 5 et 70 § 7 de cette même loi, 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 14 juillet 2021 précité: chaque mutualité affiliée peut désigner, selon la procédure prévue à l'article 11 des présents statuts, un délégué par tranche commencée de 2500 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 par un 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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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, Toute plainte relative à l'application de l'arrêté royal du 14 juillet 2021 portant exécution des articles 2 § 3, alinea 2, 14 § 3 et 19, alinea 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 à l'article 43 bis § 5 et à l'article 70 § 7 de cette même loi peut être adressée à l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités. Elle doit l'être, par lettre recommandée, dans les dix jours ouvrables suivant, selon le cas, la décision litigieuse, le déroulement contesté des élections ou la proclamation du résultat contesté des élections. L'Office de Contrôle dispose de trente jours civils pour notifier sa décision aux parties concernées. L'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités se réserve le droit de convoquer ces parties pour les entendre dans leurs moyens de défense. Les parties concernées peuvent également demander à être entendues par l'Office de contrôle. (article 25 de l'arrêté royal du 14 juillet 2021 précité).

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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 au cours de laquelle a lieu l'élection des délégués à l'assemblée générale des mutualités affiliées.

(En vigueur depuis le [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – 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 6 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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.

Mode de réunion de l'assemblée générale

§ 1er. L'assemblée générale est tenue en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre d'élus de participer aux réunions de l'assemblée générale, le conseil d'administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visioconférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le conseil d'administration veille à :

a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;

b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

Les compétences du conseil d'administration qui sont visées par le présent paragraphe peuvent être déléguées conformément à la loi du 6 août 1990.

§ 2. Par dérogation au § 1er, le conseil d'administration peut organiser une réunion de l'assemblée générale exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération de l'assemblée générale soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1er et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les élus qui participent à l'assemblée générale par visioconférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les élus ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visioconférence conformément au § 2 ou pour les élus qui participent à la réunion par visioconférence en application du § 1er. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion de l'assemblée générale mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre élu.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visioconférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux élus de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein de l'assemblée générale et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels l'assemblée générale est appelée à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux élus de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les élus de manière à ce que les élus puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses. Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

- 1° le nombre des élus présents ;
- 2° le cas échéant, le nombre des élus qui ont donné une procuration ;
- 3° le nombre des élus ni présents ni représentés ;
- 4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
- 5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
- 6° le nombre d'élus qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'élus qui y ont participé en présentiel ;
- 7° le cas échéant, le nombre des élus qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présences devra en outre reprendre :

- 1° l'identité des élus présents,
- 2° l'identité des élus qui ont donné procuration et à qui,
- 3° l'identité des élus ni présents ni représentés,
- 4° le cas échéant, l'identité des élus suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

§ 8. Le conseil d'administration peut déléguer la convocation de l'assemblée générale et les compétences visées aux §§ 1er, 2 et 6, conformément aux dispositions de la loi du 6 août 1990.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 17. Rémunération des délégués

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

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 18. Communications

Afin de permettre à l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités d'effectuer la mission qui lui est confiée par l'article ; 52 alinea 1, 2° de la loi du 6 août 1990, la SMA envoie simultanément :

1. les publications, avis, courriers et circulaires qu'elle envoie à ses assurés ;
2. les éventuelles annonces concernant les mandats à pourvoir ;
3. les éventuelles brochures qu'elle met à la disposition des assurés, comportant des mentions à propos des élections concernées, de l'introduction des candidatures, des candidatures recevables, de la date de vote et du résultat du vote.

Elle avertit en outre l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités sans délai de toute publication sur son site web concernant tous les aspects repris à l'arrêté royal concerné (article 24 de l'arrêté royal du 14 juillet 2021 précité).

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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 précité qui sont également assurés auprès de la SMA (article 2 de l'arrêté royal du 14 juillet 2021 précité). Le conseil d'administration est ainsi composé d'un administrateur par mutualité affiliée, 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-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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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, pour être membre du conseil d'administration, il faut être majeur ou émancipé et être de bonne conduite, vie et 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 candidats 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 affiliées, 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 aux articles 40 §1 alinéa 2 et 41 de la loi du 13 mars 2016.

(En vigueur depuis le [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – 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 13 mars 2016;
- b) en cas de non-respect de la loi 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 aux articles 40 et 41 de la loi du 13 mars 2016 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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.

Mode de réunion du conseil d'administration

§ 1^{er}. Le conseil d'administration est tenu **en principe** en présence des administrateurs.

Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du conseil d'administration, le président peut, en outre, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visio-conférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le président veille à :

- a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;
- b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le président peut, si le conseil d'administration lui a délégué cette compétence, organiser une réunion exclusivement par visio-conférence et/ou par consultation écrite **lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent**.

Par les termes : « *circonstances exceptionnelles* », il faut entendre : « *toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel* ».

Par le terme « *urgence* », il faut entendre : « *toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise* ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération du conseil d'administration soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les administrateurs qui participent au conseil d'administration par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les administrateurs ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les administrateurs qui participent à la réunion par visio-conférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation à la réunion du conseil d'administration mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre administrateur.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux administrateurs de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein du conseil d'administration et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels le conseil d'administration est appelé à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux administrateurs de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite:

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue de la réunion par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « *oui* », « *non* » ou « *abstention* » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le président veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les administrateurs de manière à ce que les administrateurs puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

- 1° le nombre des administrateurs présents ;
- 2° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont donné une procuration ;
- 3° le nombre des administrateurs ni présents ni représentés ;
- 4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
- 5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
- 6° le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;
- 7° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présences devra en outre reprendre :

- 1° l'identité des administrateurs présents,
- 2° l'identité des administrateurs qui ont donné procuration et à qui,
- 3° l'identité des administrateurs ni présents ni représentés,
- 4° le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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 des opérations financières 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 [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 29. Rémunération des administrateurs

A) Administrateurs non exécutifs

Le mandat des administrateurs et des conseillers du conseil d'administration n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement exclusivement lors des séances en présentiel et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

B) Administrateurs indépendants

Le mandat des administrateurs indépendants est rémunéré selon les règles fixées par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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 40 § 1 alinéa 2 de la loi du 13 mars 2016).

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

La direction effective prend les mesures nécessaires, conformément à l'article 80 de la loi du 13 mars 2016, pour assurer les obligations de la SMA, telles que définies à l'article 42 de ladite Loi.

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'article 80 de la loi du 13 mars 2016 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 32. Comités

A) Comité de supervision

Le conseil d'administration constitue en son sein un comité de supervision, 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 supervision. Celui-ci doit être compétent en matière de comptabilité et/ou d'audit.

Les membres du comité de supervision 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 de supervision.

Sans préjudice des missions légales dévolues au conseil d'administration, le comité de supervision 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 de supervision 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 de supervision, le respect par la SMA des dispositions des articles 42 et 80 § 1^{er} de la loi du 13 mars 2016 et prend connaissance des mesures adéquates prises.

Les conditions de désignation des membres du comité de supervision, leur révocation, la durée de leur mission, et le mode de fonctionnement du comité de supervision sont déterminés dans la Charte de fonctionnement du comité de supervision 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 sens de l'article 526ter du Code des sociétés au sein du conseil d'administration, 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 des risques

Conformément à l'article 52 § 4 de la loi du 13 mars 2016, le comité de supervision 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 la SMA.

Mode de réunion des sous-comités

§ 1^{er}. Les sous-comités sont tenus **en principe** en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre de participer aux réunions des sous-comités, le conseil d'administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

1° de participer à distance à la réunion par visioconférence,

2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le conseil d'administration veille à-

- c) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie;
- d) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

Les compétences du conseil d'administration qui sont visées par le présent paragraphe peuvent être déléguées conformément à la loi du 6 août 1990.

§ 2. Par dérogation au § 1^{er}, le conseil d'administration peut organiser une réunion des sous-comités exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite **lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.**

Par les termes : « *circonstances exceptionnelles* », il faut entendre : « *toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel* ».

Par le terme « *urgence* », il faut entendre : « *toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise* ».

§ 3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération des sous-comités soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les élus qui participent aux sous-comités par visio-conférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les élus ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visio-conférence conformément au § 2 ou pour les élus qui participent à la réunion par visioconférence en application du § 1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§ 4. La convocation aux sous-comités mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre élu.

§ 5. Lorsque la réunion est organisée par visio-conférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux élus de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des

discussions au sein des sous-comités et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels les sous-comités sont appelées à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux élus de participer aux délibérations et de poser des questions.

§ 6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « *oui* », « *non* » ou « *abstention* » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les élus de manière à ce que les élus puissent les prendre en compte lors du vote et / ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses. Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§ 7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

1° le nombre des élus présents ;

2° le cas échéant, le nombre des élus qui ont donné une procuration ;

3° le nombre des élus ni présents ni représentés ;

4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;

5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;

6° le nombre d'élus qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre d'élus qui y ont participé en présentiel ;

7° le cas échéant, le nombre des élus qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présences devra en outre reprendre :

1° l'identité des élus présents,

2° l'identité des élus qui ont donné procuration et à qui,

3° l'identité des élus ni présents ni représentés,

4° le cas échéant, l'identité des élus suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visio-conférence ou consultation écrite).

§ 8. Le conseil d'administration peut déléguer la convocation des sous-comités et les compétences visées aux §§ 1^{er}, 2 et 6, conformément aux dispositions de la loi du 6 aout 1990.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 32 bis. Rémunération des membres des sous-comités

Le mandat des membres des sous-comités n'est pas rémunéré. Toutefois, il est accordé le remboursement des frais de déplacement exclusivement lors des séances en présentiel et un jeton de présence selon les règles fixées par l'assemblée générale.

(En vigueur depuis le [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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 325 à 337 de la Loi du 13 mars 2016. La fonction de commissaire ne peut être confiée qu'à un réviseur agréé par la Banque Nationale de Belgique conformément à l'article 325 de la Loi précitée.

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 pour des raisons tenant à leurs statuts ou à l'exercice des fonctions du commissaire agréé, 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 ce conformément à l'article 330 de la loi du 13 mars 2016, 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 de supervision, 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 de supervision son indépendance par rapport à la SMA;
- b) communique chaque année au comité de supervision la liste des services additionnels fournis à la SMA;
- c) examine avec le comité de supervision les risques pesant sur son indépendance et les mesures de sauvegarde prises pour atténuer ces risques, consignés par lui.

(En vigueur depuis le [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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

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^{er} jour du mois qui suit la date de réception du formulaire de souscription signé par le souscripteur, et en cas de mutation, au plus tôt le jour de la mutation.

(En vigueur depuis le [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 37. Fin de l'assurance

Les assurances offertes prennent fin :

- a) lorsque l'assuré n'est plus membre d'une mutualité affiliée;
- 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 l'assuré. 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 assurée aurait droit, ne peut plus être effectué ou octroyé en cas de résiliation de l'assurance.

(En vigueur depuis le [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – 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

L'assuré subroge la SMA dans ses droits et créances à l'égard des éventuels responsables de l'événement ayant donné lieu à l'ouverture du droit à l'indemnisation. L'assuré 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 40. Passage d'assurance

L'assuré, ou le nouvel assuré, 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 reprises en annexe 1.

A condition que le stage d'attente correspondant à cette couverture soit terminé, l'assuré ou le nouvel assuré pourra toutefois encore prétendre, pendant la durée du nouveau stage d'attente, aux remboursements selon les conditions fixées dans le cadre de sa 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 juillet de l'année X-1 par rapport à celui du mois de juillet de l'année X-2. La base utilisée est la base 2013.

Période transitoire : pour l'indexation des primes pour l'année 2021, l'adaptation est déterminée par le rapport entre l'indice du mois de juillet 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 2015.

Toutefois, si les indices médicaux sont utilisés, l'indexation se fera pour :

- Neutra Base, Neutra Optimum et Neutra +, sur base de l'indice médical global « Garantie chambre double et commune » ;
- Neutra Confort et Neutra Top, sur base de l'indice médical global « Garantie chambre particulière » ;
- Dentalis, sur base de l'indice médical global « Garantie soins dentaires ».

(En vigueur depuis le [01.07.2020] – A.G. du [18/05/2020] – 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. Souscription et résiliation

a) l'assuré qui acquiert la qualité de titulaire, au sens de l'articles 2, k) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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 à l'ancien assuré.

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 de l'assuré décédé.

Le remboursement des primes payées indûment, tel que prévu aux points a et b doit s'effectuer dans les trois mois de la fin de la période d'assurance, 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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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.

Sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'intenter une action en justice, toute réclamation relative à l'application de la couverture d'assurance peut-être adressée par écrit à

SMA Neutra
Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE
Fax : 04/254.54.37
E-mail : gestion-des-plaintes@neutrahospi.be

Si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont la SMA a répondu à votre plainte, vous pouvez vous adresser au

Service Ombudsman Assurances
Square de Meeûs 35 à 1000 BRUXELLES
Tél. : 02/547.58.71 Fax. : 02/547.59.75
E-mail : info@ombudsman.as
Site web : www.ombudsman.as

(En vigueur depuis le [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

Article 46. Avantages accordés

Les avantages accordés par les assurances précitées, et les conditions auxquelles ils sont octroyés, y compris le montant des primes à payer, sont spécifiés dans les annexes 1 et 2. Ces annexes font intégralement partie des statuts et peuvent être modifiées par décision de l'assemblée générale.

Conformément au § 2 de l'article 317 de la Loi du 13 mars 2016, la SMA doit informer l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités 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 des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités dans le mois.

(En vigueur depuis le [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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 à propos de 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 [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – 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, 46 §§ 2 et 4 et 46 bis de la loi du 6 août 1990 et 541, 542 et 642 de la loi du 13 mars 2016.

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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – 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

Abrogé

(En vigueur depuis le [01.01.2018] – A.G. du [09/10/2017] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

ANNEXE 1: Conditions des différents produits.

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

1. Age

Aucun âge limite d'assurabilité n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'assurent 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 assurées 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 assurance dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient assurées 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'assurance déjà effectuée.
- Le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1.1. 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 deux 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 deux 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 ;

3.1.2. En cas de maladie grave

En cas de survenance des maladies suivantes : Cancer, charbon, choléra, chorée de Huntington, diabète, dialyse, diphtérie, encéphalite, hépatite infectieuse, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Crohn, maladie de Guillain-Barré (forme axonale), maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole, 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.

3.1.3. Limites d'intervention

- En cas d'hospitalisation ou de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'assuré, 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. 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.

3.3 Accouchements à domicile

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

4. Ouverture du droit

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

6. États préexistants

Aucun questionnaire médical relatif à des états de santé préexistants ne doit être complété à la souscription.

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'assuré:
 - 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'assuré 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'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré 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'assuré, 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'assuré 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'assuré 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'assuré 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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

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

1. Age

Aucun âge limite d'assurabilité n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'assurent 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 assurées 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 assurance dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient assurées 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'assurance déjà effectuée ;
- le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1.1. 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 deux 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 deux 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 ;
- une franchise est fixée à 125,00 €, par année civile, pour les suppléments liés à la chambre particulière.

3.1.2 En cas de maladie grave

En cas de survenance des maladies suivantes : Cancer, charbon, choléra, chorée de Huntington, diabète, dialyse, diphtérie, encéphalite, hépatite infectieuse, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Crohn, maladie de Guillain-Barré (forme axonale), maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole, 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.

3.1.3. Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'assuré pour chaque prestation accordée en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'assuré, 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 à l'exception pour les suppléments d'honoraires pendant l'hospitalisation qui est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'honoraire légal ;
- l'intervention octroyée pour la consultation effectuée par le médecin anesthésiste, préalablement à l'hospitalisation, est limitée à 10,00 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 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 inscription étaient assurées auprès d'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 ;
- limitation à 10.000 € par année civile, pour les frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. ;
- limitation à 10.000 € par année civile, pour les frais de prothèses, implants et matériel médical ;
- limitation à 500,00 € par jour et 5.000,00 € par année civile, pour les hospitalisations en dehors de la Belgique.

3.2. 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.

3.3. Accouchements à domicile

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

4. Ouverture du droit

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

6. Etats préexistants

Aucun questionnaire médical relatif à des états de santé préexistants ne doit être complété lors de la souscription.

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'inscription qui suit immédiatement une assurance 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'inscription auprès du premier de ces services, les délais d'attente sont diminués du nombre de mois d'inscription 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'inscription au précédent service similaire ou prévoyant une couverture plus large.

L'intervention est octroyée sans limitation en cas d'inscription qui suit immédiatement une assurance 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'inscription 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'assuré :
 - 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'assuré 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'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré 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'assuré, 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'assuré 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'assuré 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'assuré 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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

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

1. Age

Aucun âge limite d'assurabilité n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'assurent 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 assurées auprès d'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 inscription dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient assurées auprès d'un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de prime, la durée du stage est diminuée de la période d'assurance déjà effectuée ;
- le nouveau-né à charge d'une personne déjà couverte et ayant effectué la totalité de son stage.

3. Champs d'application

3.1.1. 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 deux 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. ;
- 100% des frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. pré- et post-hospitaliers en relation directe avec l'hospitalisation et exposés deux mois avant le début et trois mois après la fin de l'hospitalisation ;
- 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.
- une franchise est fixée à 100,00 €, par année civile, pour les suppléments liés à la chambre particulière.

3.1.2. En cas de maladie grave

En cas de survenance des maladies suivantes : Cancer, charbon, choléra, chorée de Huntington, diabète, dialyse, diphtérie, encéphalite, hépatite infectieuse, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Crohn, maladie de Guillain-Barré (forme axonale), maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole, 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 frais d'achat de matériel médical ;
- 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.

3.1.3. Limites d'intervention

- La couverture prévoit le remboursement des frais restant à charge de l'assuré pour chaque prestation accordée en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'assuré, 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, en cas d'hospitalisation, jusqu'à concurrence du quadruple du montant de l'honoraire légal à l'exception des analyses qui sont remboursées à 100% ;
- l'intervention octroyée pour la consultation effectuée par le médecin anesthésiste, préalablement à l'hospitalisation, est limitée à 15,00 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 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 inscription, étaient assurées auprès d'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.
- limitation à 10.000 € par année civile, pour les frais pharmaceutiques non remboursés par l'A.M.I. ;
- limitation à 10.000 € par année civile, pour les frais de prothèses, implants et matériel médical ;
- limitation à 1.000,00 € par jour et 10.000,00 € par année civile, pour les hospitalisations en dehors de la Belgique.

3.2. 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.

3.3 Accouchements à domicile

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

4. Ouverture du droit

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

6. États préexistants

Aucun questionnaire médical relatif à des états de santé préexistants ne doit être complété lors de la souscription.

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'inscription qui suit immédiatement une assurance 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'inscription auprès du premier de ces services, les délais d'attente sont diminués du nombre de mois d'inscription 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'inscription au précédent service similaire ou prévoyant une couverture plus large.

L'intervention est octroyée sans limitation en cas d'inscription qui suit immédiatement une assurance 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'assuré:
 - 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'assuré 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'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré 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'assuré, 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'assuré 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'assuré 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'assuré 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 [01.01.2022] – A.G. du [25/10/2021] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

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

1. Age

Aucun âge limite d'assurabilité n'est fixé.

2. Stages

Le délai d'attente général est de six mois.

Pour les personnes qui s'assurent 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 assurées auprès d'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 assurance dans la société mutualiste d'assurances Neutra étaient assurées auprès d'un service similaire dans une autre entité et y étaient en ordre de prime, la durée du stage est diminuée de la période d'inscription 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 (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'assuré pour chaque prestation accordée en cas d'hospitalisation, après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'assuré, 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 assuré 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'assuré 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 de la SMA, l'assuré 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'assuré envoie, dans la mesure du possible, l'original des factures.

6. Etats préexistants

Aucun questionnaire médical relatif à un état de santé préexistant ne doit être complété lors de l'inscription.

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'inscription qui suit immédiatement une assurance 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'inscription auprès du premier de ces services, les délais d'attente sont diminués du nombre de mois d'inscription 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'inscription au précédent service similaire ou prévoyant une couverture plus large.

L'intervention est octroyée sans limitation en cas d'inscription qui suit immédiatement une assurance 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'inscription 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'assuré :
 - 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'assuré 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'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré 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'assuré, 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'assuré 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'assuré 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'assuré 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^e janvier qui suit la date d'anniversaire.

(En vigueur depuis le [01.01.2020] – A.G. du [28/10/2019] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

L'assurance dentaire « Dentalis »

1. Age

Aucun âge limite d'assurabilité 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'assurent 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 souscription à Dentalis étaient assurées 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'inscription 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) ;
- 20 € maximum par extraction dentaire non remboursée par l'A.M.I. ;
- 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 ;
- 250 € maximum pour le second forfait appareillage après 6 séances de traitement orthodontique et, au plus tôt, dans le courant du 6e mois de traitement régulier (codifications A.M.I. : 305675, 305686 ainsi que ces mêmes prestations pour les assurés n'ayant pas droit à l'intervention de l'A.M.I.) ;
- 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'assuré après déduction :
 - des interventions légales. Toutefois, si l'assuré, 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'assuré.
- 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 600,00 €, 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 assuré 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 assuré 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 assuré sont limitées à :
 - 100,00 € pour les soins préventifs et curatifs.
 - 1.250,00 € pour les prestations de parodontologie, orthodontie, prothèses et implants.

4. Ouverture du droit

L'assuré 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, l'assuré 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'assuré 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'inscription.

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'assuré :
 - 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'assuré 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'assuré, 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'assuré 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'assuré 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'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré 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 [01.01.2021] – A.G. du [09/11/2020] – Accord O.C.M. du [00.00.0000])

S. M. A. NEUTRA - TAUX DES PRIMES ANNUELLES 2022

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
Souscription facultative						
	de 0 au 31 décembre des 6 ans	27,36	67,92	221,88		
	du 1 ^{er} janvier des 7 ans au 31 décembre des 25 ans	41,28	102,00	221,88		
	du 1 ^{er} janvier des 26 ans au 31 décembre des 50 ans	111,12	287,04	466,32		
	du 1 ^{er} janvier des 51 ans au 31 décembre des 60 ans	111,12	345,72	516,36		
	du 1 ^{er} janvier des 61 ans au 31 décembre des 65 ans	111,12	345,72	702,12		
	du 1 ^{er} janvier des 66 ans au 31 décembre des 70 ans	185,64	593,28	999,72		
	à partir du 1 ^{er} janvier des 71 ans	259,92	852,96	1.318,68		
	isolé				69,36	139,44
	avec Charge de famille				97,56	181,56

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

Cat. 6 : Dentalis

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

	Catégories de membres	
	Catégorie 6	Catégorie 7
Souscription facultative		
de 0 au 31 décembre des 6 ans	0,00	0,00
du 1 ^{er} janvier des 7 ans au 31 décembre des 17 ans	68,16	61,32
du 1 ^{er} janvier des 18 ans au 31 décembre des 25 ans	95,64	86,16
du 1 ^{er} janvier des 26 ans au 31 décembre des 45 ans	123,12	110,88
du 1 ^{er} janvier des 46 ans au 31 décembre des 55 ans	159,84	143,76
du 1 ^{er} janvier des 56 ans au 31 décembre des 65 ans	196,44	177,00
A partir du 1 ^{er} janvier des 66 ans	233,16	209,88