

## Conditions générales au 1<sup>er</sup> janvier 2012



### Conditions générales de l'assurance pour soins dentaires de la SMA "Mutuelle Entraide Hospitalisation"

#### Montants mensuels des cotisations, toutes taxes comprises :

##### Affiliés au produit Dentalia Plus :

##### • Avant le 01/01/2011 ou affiliés, après cette date, à l'âge de moins de 40 ans \*

jusqu' à 6 ans	2,81 €
de 7 à 17 ans	5,38 €
de 18 à 29 ans	6,16 €
de 30 à 44 ans	8,34 €
de 45 à 59 ans	11,73 €
à partir de 60 ans	12,56 €

##### • Après le 01/01/2011, âgés entre 40 et 44 ans\*

de 40 à 44 ans	11,26 €
de 45 à 59 ans	15,84 €
à partir de 60 ans	16,96 €

##### • Après le 01/01/2011, âgés entre 45 et 59 ans\*

de 45 à 59 ans	17,60 €
à partir de 60 ans	18,84 €

##### • Après le 01/01/2011, âgés de 60 ans ou plus\*

à partir de 60 ans	21,35 €
--------------------	---------

\* A la date de début de l'affiliation

#### DEFINITIONS

Par SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES "Mutuelle Entraide Hospitalisation", repris ici "SMA", il faut entendre l'entreprise d'assurance belge, agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités.

Le MEMBRE est la personne dont l'identité est mentionnée sur la demande d'affiliation.

La NOMENCLATURE est celle existant en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (A.R. du 14 septembre 1984 et modifications ultérieures). La locution PRESTATIONS DE SOINS fait référence à la liste des prestations contenues dans la Nomenclature. Par PROTHESES et IMPLANTS, on entend tout ce qui est reconnu réglementairement dans le cadre des soins dentaires.

Un ACCIDENT est un événement soudain et indépendant de la volonté de la personne assurée causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme. Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.

Par ASSURANCE SOINS DENTAIRE SIMILAIRE, on entend toute assurance de type "frais réels" dont les remboursements sont effectués sur base des frais réellement facturés au membre, qui intervient dans les prestations de soins dentaires à concurrence d'au moins 50 % dans les frais restant à charge, avec un plafond annuel au moins égal à 500 euros, et qui ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Par COMPORTEMENT PREVENTIF, on entend le fait d'avoir eu une prestation pour des soins dentaires remboursée l'année civile qui précède toute nouvelle demande de remboursement.

Par SOINS DENTAIRE, on entend toutes les prestations reprises, soit dans l'arrêté Royal du 01/06/1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, soit dans l'Arrêté Royal du 09/11/1951 complétant l'Arrêté Royal du 01/06/1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire.

Par PETITE CHIRURGIE BUCCALE, on entend les prestations de l'article 14, l) de l'annexe de l'A.R. du 14/9/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes sont suivis du signe '+'.  
ADMISSION

Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Dentalia Plus et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 5 sections suivantes : 506 : Omnimut - 509 : Euromut - 516 : Securex - 526 : Partena OZV - 527 : PartenaMut, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections).

La limite d'âge à la date d'affiliation est fixée à 64 ans. Toute personne, étant désaffiliée, ne peut se réaffilier à la couverture Dentalia Plus avant une période de trois années suivant la date de désaffiliation, sauf lorsque cette personne était couverte entre-temps par une assurance similaire de groupe de son employeur.

#### DEBUT, DUREE ET FIN DE LA GARANTIE

1. Est affilié celui qui s'est vu reconnaître le droit aux prestations de Dentalia Plus, moyennant le paiement

d'une cotisation.

2. A cet effet, le document "Demande d'affiliation" dûment complété doit être remis à la SMA.

3. L'affiliation prend cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la demande d'affiliation et, pour autant que la première cotisation est reçue par la SMA, pour chaque membre au plus tard le dernier jour du 3e mois qui suit la date d'affiliation. L'affiliation d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de trois ans, non dispensé de stage, prend cours le premier jour du mois qui suit sa naissance ou son adoption, à condition que la demande d'affiliation soit reçue avant la fin du 3e mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la 1re cotisation soit perçue par la SMA au plus tard le dernier jour du 3e mois qui suit la date d'affiliation.

En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette cotisation sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise. La décision d'acceptation ou de refus d'affiliation est communiquée par lettre au candidat à l'affiliation. En cas d'acceptation, la lettre détaillera pour chaque membre mentionné sur la demande d'affiliation le montant et la date du paiement de la 1re cotisation, la date d'acceptation de l'affiliation et la durée de l'affiliation.

Le paiement spontané d'une cotisation sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation.

4. La durée de la couverture est illimitée sous réserve des points suivants :

- le membre peut mettre fin à la couverture par envoi recommandé de sa demande de désaffiliation. Celle-ci entraîne également celle de toutes les personnes à charge affiliées à ladite couverture. Elle devient effective moyennant un préavis d'1 mois minimum débutant le 1er jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée adressée, soit directement à la SMA, soit via une de ses sections.
- la SMA peut exclure un membre suite à un préjudice causé volontairement à ses intérêts et notamment en cas d'omission ou d'inexactitudes intentionnelles dans ses déclarations lors de son affiliation ou de demandes de remboursement, ou pour refus de se conformer aux statuts.

#### SUSPENSION

En cas de détention et à la demande du membre, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus. Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du 1er jour du mois qui suit la demande du membre de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande dans les 90

jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa cotisation dans les 15 jours de la demande de paiement par la SMA.

## STAGES

Pour avoir droit aux interventions de Dentalia Plus, le membre doit, outre le paiement des cotisations, avoir accompli le stage prévu.

### 1. Condition générale

Un stage de 6 mois à compter de la date d'affiliation est exigé pour l'octroi des interventions de Dentalia Plus. Le stage est porté à 12 mois pour le remboursement des prothèses, implants et des prestations d'orthodontie. Dentalia Plus n'intervient pas pour une prestation de soins dentaires établie pendant le stage.

### 2. Dispense de stage

Si un des parents est affilié à Dentalia Plus à une date d'affiliation précédant celle de la naissance ou de l'adoption, le nouveau-né est couvert dès sa naissance et l'enfant adopté de moins de trois ans dès la date de son adoption, moyennant la remise d'une copie de l'acte de naissance ou d'adoption avant la fin du 3e mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première cotisation soit perçue au plus tard le dernier jour du 3e mois qui suit la date d'affiliation. La première cotisation ne sera redevable qu'à partir du 1er jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption.

### 3. Dérogation au stage en cas d'accident

Dentalia Plus intervient pour toute prestation de soins dentaires étant la résultante d'un accident ayant entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les dispositions du présent document à condition que l'accident soit postérieur à la date d'affiliation.

### 4. Dérogation au stage pour les assurances soins dentaires similaires

Il pourra être dérogé aux stages de 6 et 12 mois en faveur des nouveaux membres établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts depuis plus de 12 mois et jusqu'à la date de leur affiliation, auprès d'une assurance soins dentaires similaire.

## COTISATIONS

1. Les cotisations dues par mois sont payables anticipativement par trimestre, semestre ou année.

2. Est considérée comme anticipative, toute cotisation reçue avant le 1er jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire, le premier jour du mois.

3. Le membre qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation au terme d'un trimestre, reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la cotisation dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le début du délai de 45 jours avant la désaffiliation d'office.

4. Le membre désaffilié ne pourra se réaffilier à la couverture Dentalia Plus qu'après trois ans et sera tenu d'effectuer un nouveau stage.

## REMBOURSEMENTS

### Les Prestations

#### a) Soins dentaires préventifs

On entend par soins dentaires préventifs, les examens bucco-dentaires, l'examen parodontal (test DPSI), le détartrage, les nettoyages prophylactiques, les scellements de fissures et de puits, et les consultations non urgentes au cabinet d'un licencié en science dentaire, d'un dentiste capacitaire, d'un stomatologue ou d'un médecin-dentiste.

Pour ces prestations l'intervention s'élèvera à **100% du montant à charge** du membre après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.

#### b) Soins dentaires curatifs

On entend par soins dentaires curatifs, les consultations (à l'exception de celles reprises au point a), l'extraction dentaire, les soins dentaires conservateurs, la radiologie buccale, la petite chirurgie buccale, les suppléments pour prestations techniques urgentes

et consultations d'urgence.

Pour ces prestations l'intervention s'élèvera à **50% du montant à charge** du membre après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.

**Le taux atteint 80%** si le membre a eu un comportement préventif.

#### c) La parodontologie

Pour les prestations relevant de la parodontologie, l'intervention s'élèvera à **50% du montant à charge** du membre après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.

**Le taux atteint 80%** si le membre a eu un comportement préventif.

#### d) Les prothèses et implants

Pour ces fournitures attachant à la dentisterie et les prestations établies pour la pose de celles-ci, l'intervention s'élèvera à **50% du montant à charge** du membre après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.

**Le taux atteint 80%** si le membre a eu un comportement préventif.

#### e) L'orthodontie

Pour les prestations relevant de l'orthodontie le taux est fixé invariablement à **60% du montant à charge** du membre après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.

## INTERVENTIONS POUR LES PRESTATIONS EFFECTUEES EN BELGIQUE

Pour que le service puisse accorder ses interventions, il est indispensable que toutes les prestations soient reprises, soit dans l'arrêté Royal du 01/06/1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, soit dans l'Arrêté Royal du 09/11/1951 complétant l'Arrêté Royal du 01/06/1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire.

## INTERVENTIONS POUR LES PRESTATIONS EFFECTUEES A L'ETRANGER

Les prestations sont couvertes pour autant qu'elles soient dispensées, par des prestataires agréés, dans les territoires métropolitains des pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg.

## EXCEPTIONS

a. Lors de la 1<sup>re</sup> année d'affiliation, le taux de remboursement des soins curatifs et parodontaux est fixé à 80% du montant à charge du membre.

b. Le taux de remboursement des soins curatifs au profit des membres âgés de 6 ans et moins est fixé à 80% du montant à charge.

## LIMITE GENERALE

Les avantages accordés par la couverture Dentalia Plus, cumulés avec toutes autres interventions, ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés par le membre.

## EXCLUSIONS GENERALES

Ne sont pas couverts, les frais des soins dentaires afférents à une maladie ou un accident:

- résultant de faits de guerre;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré y compris l'entraînement à l'exception des prestations remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par le membre qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements;
- survenant lorsque le membre se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit;
- résultant d'un fait intentionnel du membre sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou résultant de l'aggravation volontaire du risque par le membre;

- résultant d'ivresse, d'alcoolisme ou de toxicomanie;
- résultant de réactions nucléaires.

## PRESTATIONS NON COUVERTES

Dentalia Plus n'intervient pas pour :

- 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 '+' ;
- les médicaments
- les prestations de soins dentaires tenant à l'esthétique/cosmétique sauf accord préalable du médecin-conseil et si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient.

## CONDITIONS ADMINISTRATIVES

### Prescription

L'action en paiement des prestations dans le cadre des avantages et toute autre action dérivant du contrat d'assurance se prescrit par un délai de 3 ans à compter du jour de l'évènement qui y donne l'ouverture.

### Paiement des avantages

Pour bénéficier des avantages de la couverture Dentalia Plus, le membre doit s'adresser à un prestataire agréé. Il doit présenter conjointement le formulaire de demande d'intervention dûment complété par le prestataire et lui-même, ainsi qu'une attestation de soins complétée dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (cette attestation est remplacée par une facture ou une note d'honoraires si aucune intervention n'est prévue par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

## BASE DU TARIF DE REMBOURSEMENT

A. Il n'est pas tenu compte des frais dans la mesure où ceux-ci peuvent être couverts :

- par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses A.R. d'exécution et par l'A.R. du 30 juin 1964;
- par les législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et A.R. d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et A.R. d'exécution);
- par les règlements CEE n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique.

B. Le service ne garantit pas ses avantages lorsque le dommage est déjà couvert par le droit commun, une autre législation ou par un contrat d'assurance dont bénéficie le membre tant auprès d'une compagnie d'assurances qu'auprès d'un organisme mutualiste belge. Ces renseignements doivent figurer sur la demande d'intervention. Lorsque les sommes accordées en vertu d'une autre législation, du droit commun ou d'un autre contrat d'assurance, sont inférieures aux prestations octroyées par Dentalia Plus, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de Dentalia Plus.

## PLAFOND ANNUEL

L'intervention du service est limitée à 250 euros par membre lors de la 1<sup>re</sup> année d'affiliation, à 500 euros par membre lors de la 2<sup>e</sup> année d'affiliation et à 1.000 euros par membre lors de la 3<sup>e</sup> année d'affiliation ainsi que les années suivantes.

Cependant, à partir de la troisième année d'affiliation, l'intervention du service sera limitée à 750 euros par membre pour l'ensemble des prestations d'orthodontie, de parodontologie et de prothèses et implants.

Mutualité Libre Securex,

agent d'assurances, N° OCM 5005c pour la SMA "Mutuelle Entraide Hospitalisation", agréée sous le n° de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18

Siège social : Rue St.-Hubert 19 - 1150 Bruxelles (RPM Bruxelles) - 01/2012

N° d'entreprise : 422.189.629