

Assurance soins dentaires

Document d'information sur le produit d'assurance



MLOZ Insurance, Route de Lennik 788A, 1070 Anderlecht - Belgique
entreprise d'assurances des Mutualités Libres,
agrée sous le numéro de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18,
numéro d'entreprise : 422.189.629.

Dentalia Up

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit d'assurance sont fournies dans les conditions générales, les avenants, la demande de nouvelle affiliation et la lettre d'acceptation.
Ce produit est soumis au droit belge.
Pour plus d'informations sur l'affiliation à ce produit, veuillez contacter votre mutualité.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance Dentalia Up est une assurance facultative à caractère indemnitaire en complément de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
Le produit offre une garantie pour les frais de soins dentaires.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ Intervention pour les soins dentaires même si l'assurance obligatoire n'intervient pas dans le remboursement des prestations.
- ✓ Remboursement du montant à charge, sans stage d'attente :
 - soins dentaires préventifs à 100 %
 - garantie Accidents : soins dentaires à 100 %
 - garantie Cancer (Maladies dont la pathologie ou le traitement ont un impact sur la santé bucco-dentaire) : soins dentaires à 100 %
- ✓ Remboursement du montant à charge, après un stage d'attente de 6 mois :
 - soins dentaires curatifs à 80 %
- ✓ Remboursement du montant à charge, après un stage d'attente de 12 mois :
 - prothèses et implants à 80 %
 - parodontologie à 80 %
 - orthodontie à 60 %
- ✓ Sans franchise.
- ✓ Libre choix du prestataire.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Prestations de stomatologie qui ne sont pas réalisables par un dentiste.
- ✗ Médicaments.
- ✗ Soins dentaires de nature esthétique.
- ✗ Orthodontie ne donnant pas droit à un remboursement en assurance obligatoire soins de santé. Cela signifie que les traitements commencés après 15 ans ne seront pas éligibles.
- ✗ Traitements orthodontiques et prothèses dentaires/implants dentaires initiés ou débutés pendant le stage ou avant l'affiliation. Ces traitements ne seront pas pris en charge même après la période de stage.
- ✗ Prothèses dentaires de type facettes, inlays, onlays et overlays quelle qu'en soit la motivation



Y a-t-il des restrictions à cette couverture ?

- ! Remboursement en fonction du type de soins dentaires et du nombre d'années d'affiliation dans le produit pour :
 - soins dentaires préventifs et curatifs : plafond annuel
 - la 1ère année d'affiliation : jusqu'à 350 euros
 - la 2ème année d'affiliation : jusqu'à 650 euros
 - à partir de la 3ème année d'affiliation : jusqu'à 1.250 euros.
 - prothèses dentaires, implants dentaires et parodontologie : plafond bisannuel (en fonction du nombre d'années d'affiliation révolues au moment du premier soin)
 - la 1ère année d'affiliation : jusqu'à 350 euros en cas de dérogation de stage
 - la 2ème année d'affiliation : jusqu'à 650 euros
 - la 3ème année d'affiliation : jusqu'à 1.050 euros
 - la 4ème à 9ème année d'affiliation : jusqu'à 1.400 euros
 - à partir de la 10ème année d'affiliation OU affiliation avant l'âge de 5 ans : jusqu'à 2.200 euros.
 - traitement orthodontique : plafond unique (en fonction du nombre d'années d'affiliation au moment de la pose de l'appareil)
 - la 1ère année d'affiliation : jusqu'à 350 euros en cas de dérogation de stage
 - la 2ème année d'affiliation : jusqu'à 650 euros
 - la 3ème année d'affiliation : jusqu'à 1.050 euros
 - la 4ème à 9ème année d'affiliation : jusqu'à 1.800 euros
 - à partir de la 10ème année d'affiliation OU affiliation avant l'âge de 5 ans : jusqu'à 2.200 euros.
- ! Remboursement garantie Accidents : jusqu'à 5.000 euros par accident.
- ! Remboursement garantie Cancer (Maladies dont la pathologie ou le traitement ont un impact sur la santé bucco-dentaire) : jusqu'à 4.000 euros pour toutes les maladies faisant partie de cette garantie.
- ! Remboursement limité à 50 % au lieu de 80 % si aucune prestation de soins dentaires n'a été remboursée à l'assuré durant l'année calendrier qui précède chaque nouvelle demande de remboursement.
- ! Remboursement des suppléments d'honoraires limités à 200 % du tarif de la convention pour les soins dentaires préventifs et curatifs remboursés en assurance obligatoire.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ La couverture est valable en Belgique et dans les pays voisins : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché du Luxembourg.



Quelles sont mes obligations ?

- Au début du contrat : le preneur d'assurance doit compléter une demande de nouvelle affiliation. L'affiliation familiale est obligatoire, c'est-à-dire que le preneur d'assurance ainsi que les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire sont tous tenus de s'affilier, sauf si l'un des membres est déjà couvert par une assurance dentaire similaire. Il doit aussi communiquer spontanément à l'assureur tout élément susceptible d'influencer la prise en charge du risque. Il doit également payer les primes.
- Pendant la durée du contrat : le preneur d'assurance doit communiquer tout changement pouvant influencer la prime demandée ou le maintien du contrat. Il doit informer l'assureur au plus tôt de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement.
- En cas de sinistre : le preneur d'assurance doit informer l'assureur au plus tôt du sinistre et lui fournir le document « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) » dûment complété par le prestataire.
- Dans le cadre de la garantie 'Accident', l'assuré doit informer l'assureur du sinistre dans les meilleurs délais, et au maximum dans les 30 jours après l'accident.



Quand et comment effectuer les paiements ?

A partir de la date d'affiliation, le preneur d'assurance est redevable de la prime à sa date d'échéance, par virement ou par domiciliation selon la périodicité convenue.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assureur a reçu le formulaire « Demande de nouvelle affiliation ou changement de produit » dûment complété, moyennant le paiement de la première prime.

Le contrat est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de résiliation, de non-paiement des primes, de mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres, en cas de fraude ou lorsque le preneur perd la qualité de membre en règle au niveau de sa mutualité consécutivement au non-paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire de sa mutualité.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée, recommandé électronique, remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, moyennant un préavis d'un mois minimum.

Le présent document n'a qu'une valeur indicative et a pour but de vous fournir un aperçu des principales couvertures et exclusions. Par conséquent, aucun droit ne peut en découler.

Les plaintes concernant ce produit ou nos services peuvent être adressées au coordinateur des plaintes de MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) ou à l'Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles - info@ombudsman-insurance.be - www.ombudsman-insurance.be.