Conditions générales Dentalia Plus
au 1er janvier 2027

Conditions générales Dentalia Plus de la société mutualiste MLOZ Insurance votées par le Conseil d'Administration du 16 septembre 2026 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 14 octobre 2026

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut – Helan Onafhankelijk Ziekenfonds - Freie Krankenkasse). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités -
Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles – Belgique
(RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. – 11/2026

Dentalia Plus

1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES "MLOZ Insurance", entreprise d'assurances agréée par "l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités", par décision du 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 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, 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, sous le numéro de code OCM 750/01.

1.2. Preneur d'assurance : la personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des assurés, et qui est tenue au paiement de la prime.

1.3. Assuré : Par assuré, on entend la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui est le bénéficiaire du contrat d'assurance.

1.4. Sections : les sections de MLOZ Insurance sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance : 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526 : Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

1.5. Prestations de soins : la locution fait référence à la liste des prestations contenues dans la Nomenclature.

1.6. Prothèses et implants :
tout ce qui est reconnu réglementairement
dans le cadre des soins dentaires.

1.7. Accident : 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.

1.8. Comportement préventif : le fait d'avoir eu une prestation pour des soins dentaires dans l'année civile qui précède toute nouvelle demande de remboursement, et pour laquelle il y a eu un remboursement.

1.9. Soins dentaires :
- toutes les prestations reprises, soit dans l'Arrêté Royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, soit dans l'Arrêté Royal du 9 novembre 1951 complétant l'Arrêté Royal du 1er juin 1934 régle mentant l'exercice de l'art dentaire,
- effectuées par l'un des prestataires repris dans l'article 4, §1 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 (dentiste généraliste, dentiste spécialiste en orthodontie, dentiste spécialiste en parodontologie, médecin spécialiste en stomatologie et médecin porteur du diplôme de dentiste ou de licencié en science dentaire)

1.10. Petite chirurgie buccale : les prestations de l'article 14, l) de l'annexe de l'A.R. du 14 septembre 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 '+'.

1.11. Stage : la période pendant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestations et prenant cours à la date de début dudit contrat.

1.12. Tentative de suicide : Il s'agit d'un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités.

2. ADMISSION

2.1. 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 3 sections énoncées ci-dessus, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut, Freie Krankenkasse, Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Elle est tenue obligatoirement d'affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type "frais réels". La démission ou radiation d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier.

La limite d'âge pour l'affiliation est fixée à 64 ans inclus, sauf en cas de mutation en assurance obligatoire pour les personnes précédemment affiliées et en ordre de primes à un service "soins dentaires" similaire auprès d'une autre entité mutualiste belge.

2.2. Influence du non-paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité sur votre affiliation à MLOZ Insurance.

Il est important que vous soyez toujours en règle au niveau du paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité. Le fait que vous ne soyez plus en règle à ce niveau peut avoir des conséquences importantes sur votre affiliation à MLOZ Insurance et sur les couvertures d'assurances que vous avez conclues.

2.2.1. Conséquences au niveau de l'affiliation à MLOZ Insurance

Vous ne pourrez vous affilier à MLOZ Insurance que pour autant que vous n'ayez pas subi une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité suite au non-paiement des cotisations pour ces services sur une période consécutive de 24 mois.

2.2.2. Conséquences au niveau du maintien de votre affiliation à MLOZ Insurance

Si vous êtes déjà affilié à MLOZ Insurance, celle-ci sera tenue légalement de mettre fin à votre affiliation, et donc à l'ensemble de vos couvertures, si vous êtes sanctionné par une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité, suite au non-paiement des cotisations pour ces services durant une période consécutive de 24 mois. Cette exclusion automatique devra se faire indépendamment du fait que vous avez toujours payé régulièrement vos primes pour les assurances prises auprès de MLOZ Insurance.

Vous ne pourrez ensuite vous réaffilier à MLOZ Insurance que pour autant que vous recommenciez à payer régulièrement vos primes pour les services complémentaires de votre mutualité. La période pendant laquelle vous devez payer des cotisations sans pouvoir prétendre aux prestations des services complémentaires dépend du fait que vous êtes ou étiez en situation digne d'intérêt. Toute interruption de 6 mois dans le paiement de ces cotisations pendant la période visée dans la phrase précédente entraîne une nouvelle exclusion de MLOZ Insurance.

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

Toute demande d'affiliation doit être adressée au moyen des formulaires établis par MLOZ Insurance ou via le site internet de la section à laquelle le preneur est lié.

Le contrat d'assurance est formé par la lettre d'acceptation et les conditions générales, et par les avenants.

Le contrat d'assurance prend cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel MLOZ Insurance a reçu la "Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit" dûment complétée (le datage

interne ou scanning ou on line faisant foi), si la première prime est reçue par MLOZ Insurance, pour chaque assuré au plus tard le dernier jour du 3ème 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 par MLOZ Insurance avant la fin du 3ème mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la première prime soit perçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3ème mois qui suit la date d'affiliation.
Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation. En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette prime sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.
La décision d'acceptation est communiquée par lettre au candidat preneur d'assurance. La lettre détaillera le montant et la date du paiement de la première prime, la date d'acceptation de l'affiliation et de prise de cours de l'affiliation, la durée du stage, la durée viagère de l'affiliation et le produit d'assurance offert.

3.2. Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de :

- résiliation par le preneur d'assurance, conformément aux modalités prévues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le 1er jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qualifié (via digiconnect.be), la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à MLOZ Insurance, soit via une des sections visées ci-dessus ;
- fraude ou de tentative de fraude
  - la garantie d'assurance est refusée ou réduite proportionnellement au préjudice subi par MLOZ Insurance ; et
  - le contrat est résilié.
- préjudice causé volontairement aux intérêts de MLOZ Insurance et notamment en cas d'omission ou inexactitude intentionnelles dans ses déclarations lors de son affiliation ou lors de l'introduction des demandes de remboursement, ou pour refus de se conformer aux présentes dispositions, le contrat d'assurance est nul. Il peut également être décidé de la nullité de l'affiliation de l'assuré. Dans les deux cas, les primes, échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle de données inexactes, reviennent à MLOZ Insurance ;
- résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des primes ;
- exclusion des services complémentaires mutualistes ;
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres (résiliation de plein droit) ;
- décès ;
- nullité.

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.1. Début de la garantie d'assurance

La garantie d'assurance prend cours à la date du début du contrat d'assurance déterminée dans la lettre d'acceptation pour autant que les stages aient pris fin.

4.1.1. Règle générale : stage de 6 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de Dentalia Plus, un stage de 6 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. 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.

4.1.2. Règles particulières :

- Dispense de stage pour le nouveau-né ou l'enfant adopté
  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 3ème mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première prime soit perçue au plus tard le dernier jour du 6ème mois qui suit la date d'affiliation. La première prime ne sera redevable qu'à partir du 1er jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption. Ceci n'est valable que si le titulaire de l'enfant en assurance obligatoire a terminé son stage.
- Suspension en cas de détention
  En cas de détention et à la demande du preneur, 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 preneur 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 prime dans les 15 jours de la demande de paiement par MLOZ Insurance.
- 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.
- Dérogation au stage pour les assurances soins dentaires similaire
  Il pourra être dérogé aux stages de 6 et 12 mois en faveur des nouveaux assurés 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.

4.2. Exclusions de la garantie

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

- résultant de faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme : toutefois, la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si le preneur a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement ;
- 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 preneur qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- survenant lorsque le preneur se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit. Par délit, on vise également les délits requalifiés en contravention ;
- résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur. Le fait intentionnel sera retenu lorsque le preneur a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage prévisible sans qu'il soit toutefois requis qu'il ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit. La tentative de suicide et le suicide ne sont pas assimilés à des faits intentionnels ;
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- résultant de réactions nucléaires, à l'exclusion du terrorisme.

4.3. Fin de la garantie

La garantie d'assurance prend fin en même temps que la fin du contrat d'assurance.

5. DROIT AUX PRESTATIONS

MLOZ Insurance et le preneur d'assurance collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur autorise l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engage à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu. L'assureur s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit aux prestations, s'avère inadéquate, sans pertinence et excessive.
Si le preneur peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'assureur est subrogé aux droits du preneur d'assurance dans la mesure de ses prestations. Les conventions conclues par le preneur d'assurance avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat d'assurance ou qui naissent en exécution du contrat d'assurance ne sont opposables à l'assureur qu'à partir de la date où celui-ci les a approuvées.

6. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance est tenu :

- de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique aux sièges de l'assureur ou de ses sections ;
- d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies ;
- d'aviser l'assureur au plus tôt, de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
- de fournir à l'assureur ou à ses sections tout renseignement demandé.
  Si le preneur enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat, et si à la suite d'un sinistre, ce manquement cause un préjudice, l'assureur peut réduire ses prestations à due concurrence.

7. PRIMES

Montants mensuels en € au 01/01/2027, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge

Affiliés au produit Dentalia Plus			
Avant le 01/01/2011 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 40 ans*		**A partir du 01/01/2011, âgés entre 40 et 44 ans***	
de 0 à 3 ans	Gratuit	de 40 à 44 ans	19,38
de 4 à 6 ans	4,74	de 45 à 59 ans	27,31
de 7 à 17 ans	9,24	60 ans et plus	29,19
de 18 à 29 ans	10,56		
de 30 à 44 ans	14,37		
de 45 à 59 ans	20,23		
60 ans et plus	21,63		
A partir du 01/01/2011, âgés entre 45 et 59 ans*		**A partir du 01/01/2011, âgés entre 60 et 64 ans***	
44 ans**	21,55	59 ans**	34,39
de 45 à 59 ans	30,35	60 ans et plus	36,77
60 ans et plus	32,45		

* A la date de début de l'affiliation
** âge au 1er janvier de l'année d'affiliation

Une majoration de prime respective de 35, 50 ou 70 % est calculée sur les taux en vigueur pour les preneurs qui, à la date d'affiliation à MLOZ Insurance, sont âgés, respectivement, de 40 à 44 ans, 45 à 59 ans ou de 60 ans et plus.

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA PRIME

Le preneur est redevable de la prime à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année).
La prime est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.
Est considérée comme anticipative, toute prime reçue avant le 1er jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation
bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.
Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime avant le premier jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste ou du recommandé électronique qualifié. Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d'un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime au terme d'un trimestre se verra d'office porter en compte une indemnité forfaitaire de € 15 à titre de frais de rappel.
Le preneur désaffilié ne pourra se réaffilier que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIERES

Lors de l'affiliation à un contrat d'assurance, les compagnies d'assurances appliquent des critères de segmentation qui influencent tant l'accès au produit d'assurance que la détermination des primes et la portée de la garantie.
Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances dentaires. Les critères suivants sont pris en considération pour Dentalia Plus :

9.1. Lors de la prise de cours du contrat :

9.1.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement ainsi que le montant des remboursements augmentent avec l'âge. L'âge est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la prime ainsi que dans l'accès au produit.
a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi : l'âge limite pour Dentalia Plus est de 64 ans inclus.
Cette limite d'âge ne s'applique pas aux assurés précédemment affiliés, et en ordre de primes, à une assurance similaire auprès d'une autre SMA.
b) L'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime.
9.1.2. L'existence précédente d'une assurance similaire a un impact sur :
a) L'accès : la limite d'âge (cf. point 9.1.1.a) ne s'applique pas aux assurés précédemment affiliés, et en ordre de primes, à une assurance similaire auprès d'une autre SMA.
b) Le stage : il pourra être réduit ou supprimé pour les assurés qui étaient couverts par une assurance similaire jusqu'à la date de leur affiliation auprès de MLOZ Insurance. Le stage sera réduit à due concurrence de la durée de ladite assurance.
MLOZ Insurance n'opère pas de distinction en fonction de la nature de l'assurance - mutualiste ou via un assureur privé (individuelle/collective) - par laquelle l'assuré était couvert avant son affiliation à MLOZ Insurance.
9.1.3. La nature du traitement : le stage est porté à 12 mois dans le cadre de la couverture Dentalia Plus pour le remboursement des prothèses dentaires, implants dentaires et des prestations d'orthodontie.

9.2. Durant le contrat :

L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement augmentent avec l'âge ainsi que le montant des débours. Le montant de la prime augmente dès lors en fonction de l'âge de l'assuré.

10. ADAPTATION DE LA PRIME, DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS GENERALES

La prime, les conditions tarifaires et les conditions de couverture des prestations sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'assureur constitue sur base de critères actuariels et techniques d'assurance.
Sans préjudice des possibilités légales d'adaptation et en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation, ou à l'indice médical rattaché à la garantie "soins dentaires ", les primes ne peuvent être augmentées.
Pour l'application de l'indexation, il sera procédé à une comparaison entre le taux de l'indice du mois d'avril de l'année en cours et le taux de l'indice du même mois de l'année précédente.
Cette variation du taux d'indice est exprimée en pourcentage et peut être appliquée à la prime et aux prestations en vigueur avant l'indexation.
MLOZ Insurance a la possibilité de décider annuellement de ne pas faire usage ou de ne faire que partiellement usage des possibilités d'indexation des primes sur base de ces indices.
Les primes seront néanmoins majorées en fonction des différentes taxes applicables en la matière.
Les primes, ainsi que la couverture, peuvent être modifiées en exécution de l'article 504 de la loi du 13 mars 2016.

11. REMBOURSEMENTS DE DENTALIA PLUS

11.1. Prestations

11.1.1. 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, les consultations au cabinet d'un licencié en sciences dentaires, 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 de l'assuré après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.
11.1.2. Soins dentaires curatifs
On entend par soins dentaires curatifs, l'extraction dentaire, les soins dentaires conservateurs, la radiologie buccale, la petite chirurgie buccale et les suppléments pour prestations techniques urgentes. Pour ces prestations l'intervention s'élèvera à 50 % du montant à charge de l'assuré après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.
Le taux atteint 80 % si l'assuré a eu un comportement préventif.
11.1.3. Parodontologie
Pour les prestations relevant de la parodontologie, l'intervention s'élèvera à 50 % du montant à charge de l'assuré après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations. Le taux atteint 80 % si l'assuré a eu un comportement préventif.
11.1.4. Prothèses et implants
Pour ces fournitures attenant à la dentisterie et les prestations établies pour la pose de celles-ci, l'intervention s'élèvera à 50 % du montant à charge de l'assuré après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.
Le taux atteint 80 % si l'assuré a eu un comportement préventif.
11.1.5. Orthodontie
Pour les prestations relevant de l'orthodontie le taux est fixé invariablement à 60 % du montant à charge de l'assuré après déduction faite d'autres interventions émanant d'autres réglementations.

11.2. Interventions pour les prestations effectuées 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 1er juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, soit dans l'Arrêté Royal du 9 novembre 1951 complétant l'Arrêté Royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire. Il n'y a pas d'intervention pour les avances ou acomptes tant que l'acte médical n'a pas été effectué.

11.3. Interventions pour les prestations effectuées à l'étranger
Les prestations sont couvertes pour autant qu'elles soient dispensées dans les territoires métropolitains des pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg, par des prestataires agréés par les autorités compétentes du pays concerné.

11.4. Exceptions
11.4.1. Lors de la 1re année d'affiliation, le taux de remboursement des soins curatifs et parodontaux est fixé à 80 % du montant à charge de l'assuré.
11.4.2. Le taux de remboursement des soins curatifs au profit des assurés âgés de 6 ans et moins est fixé à 80 % du montant à charge.

12. LIMITATIONS D'INTERVENTION

12.1. Plafond annuel
Le plafond annuel débute à la date d'anniversaire de la conclusion du contrat et donc pas au 1er janvier de l'année calendrier.
L'intervention du service est limitée à € 350 par assuré lors de la 1re année d'affiliation, à € 650 par assuré lors de la 2ème année d'affiliation et à € 1.250 par assuré lors de la 3ème année d'affiliation ainsi que les années suivantes.
Cependant, à partir de la troisième année d'affiliation, l'intervention du service sera limitée à € 1.050 par assuré pour l'ensemble des prestations d'orthodontie, de parodontologie et de prothèses et implants.
Lorsque l'assuré était couvert par une assurance soins dentaires similaire, le nombre d'années de souscription à cette assurance est pris en compte pour déterminer le plafond annuel de 350, 650 ou 1.250 euros.
La date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à cette assurance similaire.

12.2. Prestations non couvertes par Dentalia Plus
La couverture 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 (bleaching, facettes multiples), sauf accord préalable du médecin conseil et si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient ;
- les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge.

13. CUMUL DES COUVERTURES

13.1. 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 le 14 juillet 1994 et ses A.R. d'exécution et par l'A.R. du 30 juin 1964 ;
- 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) ;
- les règlements européens n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ;
- l'assurance complémentaire des mutualités à l'exception des interventions Dentalia Plus à partir du 1er juillet 2021
- le service "soins urgents à l'étranger" des mutualités.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions. Si le preneur, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs de ces interventions, MLOZ Insurance intervient de la même manière que pour un preneur ayant droit à ces interventions.
13.2. 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 MLOZ Insurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de cette dernière. Ces renseignements doivent figurer sur la "Demande d'intervention". L'intervention de MLOZ Insurance ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés par l'assuré.
Lorsque le dommage est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation, MLOZ Insurance pourra octroyer ses prestations à titre provisoire en attendant que le dommage soit effectivement réparé.
Dans ce cas, MLOZ Insurance sera subrogée dans tous les droits que l'assuré peut exercer vis-à-vis du débiteur de la réparation.
L'assuré ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de la réparation sans autorisation préalable.

14. INTERVENTIONS

14.1. Prescription
L'action en paiement des prestations dans le cadre des avantages et toute autre action dérivant du contrat d'assurance se prescrivent par un délai de 3 ans à compter du jour de l'événement qui y donne ouverture, soit le jour de réalisation du risque couvert.

14.2. Contrôle médical
Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour MLOZ Insurance de faire contrôler à tout moment, par le Conseiller Médical, l'état de santé de l'assuré et le bien-fondé des prestations.

14.3. Paiement des avantages
Pour avoir droit aux remboursements, le preneur doit être en ordre de primes.
Pour bénéficier des avantages de la couverture Dentalia Plus, le preneur doit s'adresser à un prestataire agréé. Il doit présenter conjointement un document "Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s)" dûment complété par l'assuré et le prestataire ainsi qu'une attestation de soins complétée dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
Le preneur d'assurance s'engage à informer l'assuré qu'en souscrivant à ce produit, la SMA MLOZ Insurance peut prendre directement contact avec sa mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres en vue d'optimaliser ses remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.
Les pièces justificatives transmises à MLOZ Insurance par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention sont autorisées. Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). MLOZ Insurance se réserve le droit de réclamer l'original à l'assuré qui doit le conserver ou devra supporter les éventuels coûts de duplicata.

Les remboursements seront octroyés aux assurés effectifs ou à toute personne ayant leur procuration par la "Demande d'intervention" après réception des notes de frais exposés et du décompte des interventions légales.

15. TRAITEMENT DES DONNEES

Les données à caractère personnel du preneur d'assurance et de ses assurés seront traitées par MLOZ Insurance en tant que responsable de traitement et par les Mutualités Libres, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière dans le cadre de l'octroi et de la gestion du produit d'assurance auquel le preneur d'assurance a souscrit et conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »). Les données à caractère médical sont recueillies et traitées sous la surveillance et la responsabilité du Conseiller Médical de MLOZ Insurance. La politique en matière de vie privée de MLOZ Insurance est disponible via le lien www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance, ou sur simple demande en agence ou par courrier (MLOZ - DPO, Route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles).

Ce résumé n'a qu'une valeur informative, seuls les statuts déterminent les droits et les obligations des preneurs de MLOZ Insurance. Ils peuvent être consultés au siège social de MLOZ Insurance ou sur le site www.mloz.be.