Conditions générales Dentalia Up au 1er janvier 2027

Conditions générales Dentalia Up 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

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

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. Année d'affiliation : une période de douze mois suivant la date anniversaire de l'affiliation. La première année d'affiliation démarre à la date de début de l'affiliation.

1.9. 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.

1.10. 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 réglementant 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).

1.11. Soins dentaires préventifs : au sens dont l'assurance obligatoire soins de santé le considère, les prestations suivantes attestées par un dentiste généraliste, un médecin-dentiste, un stomatologue ou un chirurgien maxillofacial (liste limitative de prestataires): les examens bucco-dentaires, le Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), le détartrage (en ce compris le polissage qui s'y rapporte), les nettoyages prophylactiques, les scellements de puits et fissures et les consultations.
Les prestations d'orthodontie et de parodontologie quelle que soit la qualification du prestataire, sont exclues en tant que soins dentaires préventifs tels que visés dans cet article.

1.12. Soins dentaires curatifs : on entend :
1) l'extraction dentaire ;
2) les soins dentaires conservateurs : ablation de la carie dentaire ou la permutation d'une ancienne obturation au profit d'une obturation remplaçant le volume initial de la dent traitée de façon à lui rendre sa fonction ;
3) l'endodontie : spécialité de l'art dentaire dont le but est de traiter ou de retraiter l'endodonte (chambre pulpaire et canaux dentaires). La finalité du travail est l'obturation étanche de la totalité du réseau canalaire (ou dévitalisation dentaire) ;
4) la petite chirurgie buccale telle que prévue au point 1.13 à l'exclusion des dispositifs ci-dessous qui sont considérés comme des prothèses dentaires amovibles :

- des dispositifs en résine synthétique dure utilisés dans le cadre du traitement de la douleur et de la dysfonction du système maxillo-mandibulaire et s'interposant entre les arcades dentaires ;
- des systèmes de repositionnement utilisés lors d'une chirurgie maxillo-faciale notamment ceux attestés sous le code 317295-317306 ;

5) les soins dentaires diagnostiques suivants :

- les radiographies intrabuccales, extrabuccales et panoramiques ;
- les conebeam dentaires (CBCT) pour autant que leur indication soit médicalement nécessaire.

Sont exclus des soins dentaires curatifs tels que visés dans ce point, les soins dentaires diagnostiques réalisés dans le cadre d'un traitement orthodontique, des prothèses dentaires et implants dentaires ou de la parodontologie.

1.13. 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 '+'.

1.14. Parodontologie : spécialité de l'art dentaire dont le but est de traiter le parodonte (les tissus de soutien de la dent soit la gencive et l'os alvéolaire) de façon à garantir une bonne santé parodontale nécessaire à la pérennité des dents et/ou des implants.
Cela comprend les consultations, les soins dentaires diagnostiques, la maintenance parodontale et la chirurgie parodontale.

1.15. Prothèses dentaires et implants dentaires : l'ensemble des prestations inhérentes au placement d'un implant dentaire ou d'une prothèse dentaire fixe ou amovible, satisfaisant aux exigences stipulées dans la règlementation applicable, dont le Règlement UE 2017/745. Ils sont définis comme suit :
1) Implant dentaire : une pièce usinée, insérée dans l'os maxillaire ou mandibulaire auquel elle va s'ostéo-intégrer. Celle-ci permettra l'ancrage ou la rétention d'une prothèse dentaire, fixe et/ou amovible.
L'implant dentaire comprend les soins dentaires diagnostiques, la modélisation pré-implantaire, la conception et la réalisation de guides chirurgicaux, la fourniture et le placement de cet implant, ainsi que tout matériel, prestation et technologie utilisé pour sa mise en place.
2) Prothèse dentaire : le placement définitif d'une prothèse dentaire qu'elle soit amovible ou fixe. Cela comprend la totalité des travaux préparatoires et de modélisation, les soins dentaires diagnostiques, les empreintes, la fourniture de celle-ci, l'ancrage ou la rétention de la prothèse dentaire ainsi que toutes les retouches nécessaires.

- prothèse dentaire amovible : tout dispositif amovible visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes. Les prothèses dentaires amovibles peuvent être complètes ou partielles, constituées d'une base en résine ou d'un châssis métallique servant de support à des dents artificielles.

Sont assimilés aux prothèses dentaires amovibles :
- les dispositifs en résine synthétique dure utilisés dans le cadre du traitement de la douleur et/ou de la dysfonction du système maxillo-mandibulaire et s'interposant entre les arcades dentaires ;
- les prothèses donnant lieu à l'attestation du code 317295-317306 eu égard à leur technique de réalisation et de fabrication.

· prothèse dentaire fixe : tout élément prothétique visant, soit à renforcer une dent délabrée, soit à remplacer une ou plusieurs dents manquantes. Les prothèses dentaires fixes peuvent être en métal, en céramique ou en métal recouvert de céramique et peuvent avoir comme support une dent naturelle ou un implant.

1.16. Traitement orthodontique : spécialité de l'art dentaire dont le but est de palier aux problèmes orthodontiques (anomalies de position et de rapports dentaires) et orthopédiques (anomalie des bases osseuses entrainant un décalage du maxillaire et/ou de la mandibule).
Le traitement orthodontique comprend la totalité des travaux préparatoires, les consultations, les soins dentaires diagnostiques, les empreintes, la fourniture et le placement du (des) appareil(s) réalisé(s) sur mesure et activable(s), ainsi que les contrôles et les procédés de contention.

1.17. Modélisation : tout travail numérique ou de laboratoire permettant de simuler le déroulé ou le résultat d'un traitement.

1.18. Honoraires excessifs ou discriminatoires :
Les honoraires excessifs sont qualifiés comme tels en comparant les honoraires facturés par un dentiste à un assuré avec :
· le tarif de la convention (en vigueur au moment de la date de prestation) pour les prestations remboursables ; ou
· le tarif sectoriel de référence pour les prestations non-remboursables ; ou
· le tarif prévu dans l'annexe de l'Arrêté royal du 1 octobre 2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses dentaires nécessitées à la suite des lésions subies lors d'un accident du travail, mise à jour annuellement au 1er janvier.
Par honoraires discriminatoires on entend le fait que les honoraires facturés par un dentiste varient selon que son patient a (ou n'a pas) souscrit une assurance soins dentaires et/ou selon l'assureur auprès duquel cette assurance a été souscrite.

1.19 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 Up 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).
Le preneur d'assurance est tenu obligatoirement de s'affilier ainsi que d'affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,
sauf lorsque lui-même, 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 67 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 (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) que pour autant que vous recommenciez à payer régulièrement vos cotisations 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 (par exemple (mais non exhaustif) revenu d'intégration règlement collectif de dette, faillite personnelle,...). 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 (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) 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 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 Up, 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 dentaires, implants dentaires, des traitements orthodontie, ainsi que des prestations de parodontologie, à l'exception des soins dentaires préventifs pour lesquels il n'y a pas de stage.
Dentalia Up n'intervient pas pour des traitements ou soins dentaires établis 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 Up 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 pour les assurances soins dentaires similaires
  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.
  Si cette période d'affiliation est inférieure à l'une des périodes de stage, le nouvel assuré devra prester un stage correspondant aux mois manquants pour arriver à une période totale de stage de 6 mois ou de 12 mois.
  Pour une affiliation à Dentalia Up, on entend par assurance soins dentaires similaire, une assurance de type «indemnitaire» dont les remboursements sont effectués sur base des frais réellement facturés à l'assuré par prestation par opposition à une assurance qui intervient de manière forfaitaire, et qui (conditions cumulatives) :
  - prévoit une intervention financière pour des prestations de soins dentaires d'au moins 50 % dans les montants restant à charge des assurés avec un plafond annuel au moins égal à 500 euros. Pour déterminer si ce dernier plafond est atteint dans une autre entité, il faut avoir égard au plafond d'intervention le plus élevé dans le service de cette autre entité en vigueur au moment de l'affiliation au présent service ; et
  - ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de soins de santé et indemnités ; et
  - couvre toutes les garanties suivantes : soins préventifs, soins curatifs, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires et implants dentaires.

4.2. 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 Up			
A l'âge de moins de 40 ans*		**Entre 40 et 44 ans***	
de 0 à 3 ans	Gratuit	de 39** à 44 ans	16,78
de 4 à 6 ans	4,11	de 45 à 49 ans	23,60
de 7 à 19 ans	7,98	de 50 à 64 ans	23,60
de 20 à 34 ans	9,12	à partir de 65 ans	25,24
de 35 à 44 ans	12,43		
de 45 à 49 ans	17,49		
de 50 à 64 ans	17,49		
à partir de 65 ans	18,69		
Entre 45 et 59 ans*		**A l'âge de 60 ans et plus***	
44 ans**	18,64	de 59** à 64 ans	29,74
de 45 à 49 ans	26,24	à partir de 65 ans	31,78
de 50 à 64 ans	26,24		
à partir de 65 ans	28,05		

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

Une majoration de primes respective de 35, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base pour les assurés qui, à la date de l'affiliation à Dentalia Up sont âgés respectivement de 40 à 44 ans, 45 à 59 ans et 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 (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) 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 ASSURANCE DENTAIRE

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 Up :

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 Up est de 67 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, ni aux assurés qui veulent modifier leur couverture d'assurance Dentalia Plus au profit de Dentalia Up.
b) L'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime.
En cas de transfert de Dentalia Plus vers Dentalia Up, aucune majoration additionnelle de prime ne sera appliquée.
9.1.2. L'état de santé, et plus particulièrement la présence d'une maladie préexistante car le risque de traitement peut se voir augmenter, ainsi que le montant des frais médicaux. Il peut également justifier que certains frais médicaux liés à une maladie préexistante ne soient pas couverts.
9.1.3. 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, ni aux assurés qui veulent modifier leur couverture d'assurance Dentalia Plus au profit de Dentalia Up.
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.
9.1.4. La nature du traitement : le stage est porté à 12 mois dans le cadre de la couverture Dentalia Up pour le remboursement des prothèses dentaires, implants dentaires, de la parodontologie et des prestations d'orthodontie.

9.2. Durant le contrat :

9.2.1. 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.
9.2.2. L'existence précédente d'une assurance similaire auprès d'une autre société d'assurance a un impact sur les plafonds de Dentalia Up : le nombre d'années d'affiliation à cette assurance similaire au moment de l'affiliation à Dentalia Up, est pris en compte de la façon suivante pour déterminer les plafonds de Dentalia Up :

- si affiliation depuis moins de 2 ans à cette assurance similaire : la date d'affiliation à cette assurance similaire n'est pas prise en compte. La date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à Dentalia Up ;
- si affiliation depuis 2 ans ou plus à cette assurance similaire : la date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à Dentalia Up diminuée de 2 ans.

9.2.3. Les remboursements déjà octroyés en Dentalia Plus ont un impact sur les plafonds de Dentalia Up.
Les mesures suivantes seront appliquées pour des assurés Dentalia Plus en cas de transfert vers Dentalia Up :

- les remboursements octroyés dans le cadre des soins préventifs et curatifs du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond « Soins préventifs et curatifs » de Dentalia Up ;
- les remboursements octroyés dans le cadre de l'orthodontie du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond du « Traitement orthodontique » de Dentalia Up ;
- les remboursements octroyés dans le cadre des prothèses, implants et parodontologie du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond bisannuel « Prothèses, implants et parodontologie » de Dentalia Up.

9.2.4. L'ancienneté dans l'assurance Dentalia Plus a un impact sur les plafonds de Dentalia Up.
Lorsque l'assuré était couvert par Dentalia Plus jusqu'à la date de son affiliation à Dentalia Up, la date d'affiliation à Dentalia Plus est prise en compte pour déterminer la date de début des plafonds de Dentalia Up.

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 par classe d'âge 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 UP

11.1. Prestations

MLOZ Insurance prévoit une intervention pour des soins dentaires préventifs, des soins dentaires curatifs, de la parodontologie, des prothèses dentaires et implants dentaires et des traitements orthodontiques comme définis au point 1 pour autant que les prestations soient 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).
Il n'y a pas d'intervention pour les avances ou acomptes tant que l'acte médical n'a pas été effectué.

11.2. Territorialité

Les prestations sont couvertes pour autant qu'elles soient dispensées en Belgique ou 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.

11.3. Taux de remboursement

11.3.1. Soins dentaires préventifs

MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Dentalia Up, les soins dentaires préventifs pour autant que la date du soin soit égale ou postérieure à la date d'affiliation à Dentalia Up.
Pour les soins dentaires préventifs remboursés en assurance obligatoire soins de santé, l'intervention sera de 100 % du montant restant à charge de l'assuré. Les suppléments compris dans le montant restant à charge de l'assuré seront toutefois limités à 200 % du tarif de la convention.
Pour les soins dentaires préventifs remboursables en assurance obligatoire soins de santé, mais non remboursés par celle-ci, l'intervention sera limitée au double du tarif de la convention, sans préjudice de l'application du point 15.
Pour les soins préventifs et médicalement nécessaires, non remboursables en assurance obligatoire soins de santé, l'intervention sera limitée au double du tarif sectoriel de référence. Si un tarif de référence n'est pas disponible, le Conseiller Médical de MLOZ Insurance pourra demander des justifications des montants engagés et limiter le remboursement aux prestations légitimement réalisées et facturées, et jusqu'à concurrence du montant facturé par un dentiste normalement raisonnable et prudent. Ne constituent pas des prestations légitimement facturées : les prestations déjà reprises dans le code de nomenclature d'un acte principal.

11.3.2. Soins dentaires curatifs

MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Dentalia Up, pour les soins dentaires curatifs remboursés en assurance obligatoire soins de santé: 50 % du montant restant à charge de l'assuré, ou 80 % si ce dernier a eu un comportement préventif. Les suppléments compris dans le montant restant à charge seront toutefois limités à 200 % du tarif de la convention.
Pour les soins dentaires curatifs remboursables en assurance obligatoire soins de santé, mais non remboursés par celle-ci, l'intervention sera limitée à 50 %, ou 80 % si l'assuré a eu un comportement préventif, du double du tarif de la convention, sans préjudice de l'application du point 15.
Pour les soins dentaires curatifs et médicalement nécessaires, non remboursables en assurance obligatoire soins de santé, l'intervention sera limitée à 50 %, ou 80 % si l'assuré a eu un comportement préventif, du double du tarif sectoriel de référence. Si un tarif de référence n'est pas disponible, le Conseiller Médical de MLOZ Insurance pourra demander des justifications des montants engagés, et limiter le remboursement aux prestations légitimement réalisées et facturées, et jusqu'à concurrence du montant facturé par un dentiste normalement raisonnable et prudent. Ne constituent pas des prestations légitimement facturées : les prestations déjà reprises dans le code de nomenclature d'un acte principal.
Exceptions :
- Lors de la 1re année d'affiliation, le taux de remboursement des soins dentaires curatifs est fixé à 80 % du montant restant à charge de l'assuré.
- Le taux de remboursement des soins dentaires curatifs au profit des assurés âgés de 6 ans et moins est fixé à 80 % du montant restant à charge.

11.3.3. Prothèses dentaires, implants dentaires et parodontologie

MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Dentalia Up, pour les prothèses dentaires, implants dentaires et la parodontologie : 50 % du montant restant à charge de l'assuré, ou 80 % si ce dernier a eu un comportement préventif.

11.3.4. Traitement orthodontique

MLOZ Insurance rembourse, dans le cadre de la couverture Dentalia Up, pour le traitement orthodontique : 60 % du montant restant à charge de l'assuré.

11.3.5. Garantie « Accidents »

MLOZ Insurance prévoit des modalités spécifiques pour les frais de soins dentaires repris au point 11.1 consécutifs à un accident, pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- il s'agisse d'un accident de la vie privée, scolaire ou lors d'une pratique encadrée (sport non rémunéré, mouvement de jeunesse); sont toutefois exclus les accidents de la circulation impliquant un véhicule automoteur soumis à une obligation d'assurance RC Auto*;

Conformément à la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs

- l'accident soit postérieur à la date d'affiliation à Dentalia Up ;
- l'accident ait entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature à être couvert par les présentes dispositions ;
- les frais soient médicalement nécessaires pour rétablir les dents dans l'état antérieur à l'accident ;
- les soins soient exposés durant la période couverte reprise dans le plan de traitement Accident accordé. Cette période de couverture est limitée à deux ans à compter de la date de l'accident.

Pour bénéficier des avantages de cette garantie « Accidents », l'assuré doit remettre les documents suivants en complément du document harmonisé « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) » :

- le formulaire « Déclaration d'accident », à introduire auprès de MLOZ Insurance dans un délai de 45 jours après l'accident ; et
- le formulaire « Plan de traitement Accident » à l'attention du Conseiller Médical de MLOZ Insurance ainsi que l'iconographie radiologique et photographique démontrant les lésions consécutives à l'accident.

11.3.6. Garantie « Maladies dont la pathologie ou le traitement ont un impact sur la santé bucco-dentaire »

Les maladies concernées sont reprises dans la liste limitative suivante :

- cancer

MLOZ Insurance prévoit des modalités spécifiques par maladie :

CANCER

Il y a une intervention dans les frais de soins dentaires repris au point 11.1 consécutifs à un cancer pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- le diagnostic du cancer soit postérieur à la date d'affiliation à Dentalia Up ;
- les soins dentaires soient liés au cancer diagnostiqué et couverts par les présentes dispositions ;
- les frais soient médicalement nécessaires ;
- les soins soient prodigués durant la période couverte reprise dans le plan de traitement accordé ;
- le plan de traitement Cancer doit être introduit au plus tard un an après la fin du traitement oncologique.

Pour bénéficier des avantages de cette garantie, l'assuré doit remettre les documents suivants à l'attention du Conseiller Médical de MLOZ Insurance en complément du document harmonisé « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) » :

- la demande d'octroi de la Garantie Cancer, accompagnée d'une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic du cancer pour l'assuré, confirmé par des examens biologiques ou anatomopathologiques, par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical. Sur la base de ces informations, le Conseiller Médical de MLOZ Insurance acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie, débutant au plus tôt le jour du diagnostic ; et
- le formulaire « Plan de traitement Cancer » ainsi que l'iconographie radiologique et photographique.

12. LIMITATIONS D'INTERVENTION

12.1. Plafonds d'intervention

12.1.1. Soins dentaires préventifs et curatifs

L'intervention est limitée, pour toutes les prestations cumulées de soins dentaires préventifs et curatifs à 400 € lors de la 1ère année d'affiliation, à 700 € lors de la 2e année d'affiliation et à 1.300 € lors de la 3e année d'affiliation ainsi que les années suivantes.

Le solde du plafond d'intervention ne peut pas être reporté et ajouté au plafond suivant.

12.1.2. Prothèses dentaires, implants dentaires et parodontologie

L'intervention est limitée à un plafond biennal pour des prothèses dentaires, implants dentaires et de la parodontologie.

Le plafond débute à la date anniversaire de l'affiliation qui précède la date de prestation du premier soin prothèses dentaires, implants dentaires ou parodontologie sur une période de deux ans.

Ce plafond, applicable pour deux années d'affiliation, est déterminé en fonction du nombre d'années d'affiliation révolues à la date du début du plafond biennal :

- 1ère année d'affiliation : stage ; 400€ en cas de dérogation de stage ;
- 2ème année d'affiliation : 700€ ;
- 3ème année d'affiliation : 1.100€ ;
- 4ème à 6ème année d'affiliation : 1.800€ ;
- 7ème à 9ème année d'affiliation: 2.200 €;
- 10ème année d'affiliation et plus OU affilié avant l'âge de 5 ans : 2.500€.

Le montant est déterminé au début du plafond biennal. Si un seuil d'ancienneté est atteint durant la période biennale, le montant du plafond n'est pas remis à jour.

Le solde du plafond d'intervention ne peut pas être reporté et ajouté au plafond suivant.

12.1.3. Traitement orthodontique

L'intervention est limitée à un plafond pour traitement orthodontique. Ce plafond dépend du nombre d'années d'affiliation à Dentalia Up au moment de l'attestation du forfait pour appareillage en début de traitement :

- 1ère année d'affiliation : stage ; 400 € en cas de dérogation de stage ;
- 2ème année d'affiliation : 700 € ;
- 3ème année d'affiliation : 1.100 € ;
- 4ème à 6ème année d'affiliation : 1.800 € ;
- 7ème à 9ème année d'affiliation: 2.200 €;
- 10ème année d'affiliation et plus OU affilié avant l'âge de 5 ans : 2.500 €.

Si un seuil d'ancienneté est atteint durant le traitement, le montant du plafond déterminé en début de traitement n'est pas remis à jour.

Le montant du plafond est recalculé en fonction de l'ancienneté dans le produit à la date de l'attestation du forfait pour appareillage en début de traitement « régulier ». Les remboursements ayant déjà eu lieu lors du traitement « de première intention », sont pris en considération pour le calcul du montant consommé.

Les remboursements ayant déjà eu lieu lors d'une précédente affiliation à Dentalia Up sont pris en considération pour le calcul du montant consommé.

12.1.4. Garantie « Accidents »

Les frais seront remboursés à 100% du montant restant à charge de l'assuré pour des soins dentaires découlant de l'accident à concurrence d'un plafond maximum de 5.000 € par accident, quelle que soit l'année d'affiliation à Dentalia Up. Il s'agit d'une couverture complémentaire en cas d'accident.

Si l'ensemble des soins liés à l'accident et accordés dans le plan de traitement Accident dépasse le plafond « Accident », les frais en surplus seront remboursés selon les conditions respectivement applicables aux soins concernés (soins préventifs, soins curatifs, prothèses dentaires, implants dentaires, parodontologie, orthodontie).

12.1.5. Garantie « Maladies dont la pathologie ou le traitement ont un impact sur la santé bucco-dentaire »

Les frais seront remboursés à 100 % du montant restant à charge de l'assuré pour des soins dentaires liés aux maladies, en ce compris le traitement, de la liste limitative ci-dessous, à concurrence d'un plafond maximum de 4.000 € pour l'ensemble des maladies visées par cette garantie, dont l'assuré serait victime au cours de sa vie, quelle que soit la date d'affiliation à Dentalia Up. Ce plafond de 4.000€ n'est utilisable qu'une fois par assuré. Les remboursements ayant déjà eu lieu lors d'une précédente affiliation à Dentalia Up sont pris en considération pour le calcul du montant consommé.

Il s'agit d'une couverture complémentaire en cas de maladie ; si l'ensemble des soins liés à la maladie concernée et accordés dans le plan de traitement dépasse le plafond de 4.000€, les frais en surplus seront remboursés selon les conditions respectivement applicables aux soins concernés (soins préventifs, soins curatifs, prothèses dentaires, implants dentaires, parodontologie, orthodontie).

12.2. Conditions spécifiques applicables en cas d'affiliation avec assurance soins dentaires similaire

Pour les soins dentaires préventifs et curatifs, les prothèses dentaires et implants dentaires, la parodontologie et les traitements orthodontiques tels que repris dans les points 12.1.1, 12.1.2 et 12.1.3, les plafonds de Dentalia Up sont calculés selon les règles suivantes :

Lorsque l'assuré était couvert par une assurance soins dentaires similaire conclue auprès d'une autre société d'assurance, jusqu'à la date de son affiliation à Dentalia Up, le nombre d'années d'affiliation à cette assurance similaire au moment de l'affiliation à Dentalia Up, est pris en compte de la façon suivante pour déterminer les plafonds de Dentalia Up :

- si affiliation depuis moins de 2 ans à cette assurance similaire : la date d'affiliation à cette assurance similaire n'est pas prise en compte. La date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à Dentalia Up ;
- si affiliation depuis 2 ans ou plus à cette assurance similaire : la date utilisée pour déterminer la date de début des plafonds est la date d'affiliation à Dentalia Up diminuée de 2 ans.

12.3. Règles d'intervention spécifiques

Dans le cadre de la couverture Dentalia Up, MLOZ Insurance intervient en tenant compte des dispositifs suivants :

- la Société Mutualiste d'Assurances intervient pour les conebeam dentaires (CBCT) pour autant que toutes les conditions administratives pour l'utilisation du conebeam reprises dans l'article 6, §17bis 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, soient remplies et notamment que le prestataire de soins soit titulaire de l'autorisation conebeam émise par l'AFCN et que l'appareil et le prestataire de soins soient enregistrés auprès du Service des soins de santé de l'INAMI.
  Les conebeam dentaires seront remboursés pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et selon les modalités applicables aux soins auxquels ils se rapportent.
  L'intervention pour les conebeam dentaires est limitée à une fois toutes les 2 années d'affiliation ;
- à partir du moment où la règlementation l'imposera, MLOZ Insurance se réserve le droit de n'intervenir qu'après la soumission et l'acceptation préalable d'un plan de traitement avec devis pour les prothèses dentaires et implants dentaires, les prestations de paro dontologie et les traitements orthodontiques ;
- en cas de montants manifestement excessifs ou discriminatoires, MLOZ Insurance peut limiter le montant de son intervention en plafonnant le montant à charge pris en considération, à hauteur du montant le plus faible repris dans les référentiels ci-dessous :
  - annexe de l'Arrêté Royal du 1 octobre 2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses nécessitées à la suite de lésions subies lors d'un accident du travail, mise à jour annuellement au 1er janvier ; ou
  - tarif de la convention pour les prestations remboursables ; ou
  - tarif sectoriel de référence pour les prestations non-remboursables ; ou
  - tarif communément appliqué par le prestataire envers des patients n'ayant pas souscrit à une assurance soins dentaires ;
- l'intervention pour les dispositifs en résine synthétique dure repris dans le point 1.15.2) est limitée à une fois toutes les 5 années d'affiliation.
  L'ajustement de ces dispositifs ne peut en aucun cas donner lieu à une intervention séparée ;
- les délais de renouvellement pour les prothèses sont de 7 ans pour les prothèses amovibles et de 15 ans pour les prothèses fixes ;
- la modélisation en soins dentaires ne peut en aucun cas donner lieu à une intervention séparée du traitement auquel elle se rapporte ;
- les frais relatifs à un même travail prothétique dentaire comme défini au point 1.15 ne peuvent en aucun cas être ventilés sur plusieurs dates dans le but d'obtenir un avantage ou une intervention supérieure à celle contractuellement prévue et ne peuvent être portés en compte que globalement à la date du placement définitif.
  MLOZ Insurance se réserve le droit de contrôler la pertinence thérapeutique lors de multiples traitements sur un même site implantaire ou prothétique, et le cas échéant limiter son intervention ;
- MLOZ Insurance se réserve le droit de subordonner son intervention à l'obtention d'une copie de l'accord du médecin conseil ou de l'annexe nécessaire pour l'obtention d'un remboursement en assurance obligatoire pour le traitement orthodontique.

13. EXCLUSIONS ET LIMITES GENERALES

13.1. Exclusions générales

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 ;
- 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.

13.2. Prestations non couvertes

Dentalia Up n'intervient pas pour :

- les traitements orthodontiques :
  1) ne donnant pas droit à un remboursement en assurance obligatoire soins de santé pour les affiliés à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités belge ;
  2) ne répondant pas aux critères d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé belge, pour les non-affiliés à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités belge ;
  3) initiés ou débutés pendant la période de stage ou avant l'affiliation à Dentalia Up. Ces traitements ne seront pas pris en charge même après la période de stage ;
- les prothèses dentaires et les implants dentaires initiées ou débutées pendant la période de stage ou avant l'affiliation à Dentalia Up. Ces traitements ne seront pas pris en charge même après la période de stage ;
- 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 matériaux, l'instrumentation, les moyens mis en œuvre, les produits médicamenteux à usage dentaire ou toute autre fourniture pharmaceutique et tout acte étroitement liés à l'acte principal ;
- les prothèses dentaires de type facettes, quelle qu'en soit la motivation ;
- les gouttières thermoformées quelle qu'en soit la motivation autre que la contention orthodontique ;
- les techniques d'injection de résine composite, au moyen d'une gouttière réalisée de façon indirecte, en vue de modifier l'anatomie, le volume, la teinte d'une ou plusieurs dents ;
- tout traitement de la ronchopathie ou des apnées du sommeil ou tout autre traitement n'ayant pas trait à la santé bucco-dentaire ;
- les frais résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement, ainsi que les frais résulant d'une lésion subie lors de la pratique de sports pour lesquels il est d'usage ou obligatoire de porter une protection faciale, buccale ou dentaire selon les règlements de la fédération sportive concernée ;
- les frais causés par une participation de l'assuré à une rixe ;
- les frais qui ne sont pas propres à la fourniture du matériel principal dans des formules de type leasing ou abonnement ;
- les prestations de soins dentaires tenant à l'esthétique/cosmétique ;
- les prestations et les livraisons de biens qui peuvent être soumises au régime de la TVA ;
- les frais dont la facturation contrevient à la réglementation belge ;
- les frais qui ne sont pas nécessaires du point de vue diagnostique ou thérapeutique car non curatif d'une pathologie ;
- les prestations ou les traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ;
- les procédés ou les traitements exagérés (surtraitements) en regard de la pathologie ;
- les prestations non reconnues à suffisance sur le plan thérapeutique ou ne faisant pas l'objet d'un enseignement dans au moins une des facultés belges donnant l'accès à une des professions reprises dans l'art. 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 ;
- les prestations au profit d'un assuré refusant de se soumettre à un examen par un dentiste expert désigné par MLOZ Insurance ;
- les prestations en cas de faux manifeste du prestataire et/ou de l'assuré ou son représentant concernant les dates de prestation, les montants demandés, ou la description des prestations.

14. REGLES SPECIFIQUES POUR LE TRANSFERT DE DENTALIA PLUS VERS DENTALIA UP

14.1. Admission

Tout preneur d'assurance à Dentalia Plus peut demander son transfert vers Dentalia Up sans limite d'âge. Les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et affiliées à Dentalia Plus sont tenues obligatoirement de le suivre. Le transfert doit être demandé via la remise d'une « demande d'affiliation/de changement de produit » ou d'une « demande de transfert de produit » et prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances a reçu la « demande d'affiliation/de changement de produit » ou la « demande de transfert de produit ». La date prise en compte pour déterminer le début de la période de stage en Dentalia Up sera la date d'affiliation à Dentalia Plus.

14.2. Primes

En cas de transfert de Dentalia Plus vers Dentalia Up, aucune majoration additionnelle de prime ne sera appliquée.

14.3. Remboursements

14.3.1. Calcul de la date de début des plafonds

Pour les soins dentaires préventifs, curatifs, prothèses dentaires et implants dentaires, parodontologie et traitements orthodontiques tels que repris dans les points 12.1.1, 12.1.2 et 12.1.3 la date d'affiliation à Dentalia Plus est prise en compte pour déterminer la date de début des plafonds de Dentalia Up.

14.3.2. Impact des remboursements déjà octroyés en Dentalia Plus

Les remboursements déjà octroyés en Dentalia Plus sont pris en compte de la façon suivante dans les plafonds de Dentalia Up :

- les remboursements octroyés dans le cadre des soins préventifs et curatifs du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond « Soins préventifs et curatifs » de Dentalia Up ;
- les remboursements octroyés dans le cadre de l'orthodontie du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond du « Traitement orthodontique » de Dentalia Up ;
- les remboursements octroyés dans le cadre des prothèses, implants et parodontologie du plafond en cours de Dentalia Plus, seront imputés dans le plafond bisannuel « Prothèses, implants et parodontologie » de Dentalia Up.

15. CUMUL DES COUVERTURES

15.1. 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 Up à partir du 1er juillet 2023;
- 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.

15.2. 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.

16. INTERVENTIONS

16.1. 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.

16.2. 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.

En s'affiliant à Dentalia Up, le preneur d'assurance donne son accord à MLOZ Insurance pour vérifier auprès du prestataire de soins ou de son sous-traitant la légitimité de la facturation.

En s'affiliant à Dentalia Up, le preneur d'assurance donne son accord au Conseiller Médical de MLOZ Insurance, ou au dentiste expert mandaté par celle-ci, pour vérifier auprès du prestataire de soins ou de son sous-traitant, en cas de doute sur la légitimité de la prestation réalisée, le bienfondé de celle-ci.

16.3. Paiement des avantages

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur doit être en ordre de primes.

Pour bénéficier des avantages de la couverture Dentalia Up, l'assuré doit s'adresser à un prestataire agréé. L'assuré doit remettre le document harmonisé « Prestations dentaires – document justificatif pour traitement(s) effectué(s) », dûment complété par le prestataire.

Toutes les prestations effectuées pour un même acte/jour doivent être reprises dans un seul document. Si des suppléments ne sont renseignés que globalement, ils seront répartis proportionnellement au tarif de chaque prestation.

Les documents justificatifs doivent être introduits dans la même chronologie que les soins effectués.

MLOZ Insurance se réserve le droit de subordonner son intervention à la réception d'une copie de l'attestation de soins donnés dûment 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 la Société Mutualiste d'Assurances 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). La Société Mutualiste d'Assurances 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 munie d'une procuration écrite et ce, dès réception des notes de frais exposées et du décompte des interventions légales.

17. 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.