Assurance soins dentaires Denta Plus

Fiche de renseignements sur le produit d'assurance

Société : SMA Hôpital Plus - Siège social : Rue de Livourne 25 - 1050 Bruxelles
Numéro d'entreprise : 0471.459.194 - N° autorisation entreprise d'assurance : 450/01

L'entièreté des informations précontractuelles et contractuelles sur le produit d'assurance est fournie dans d'autres documents.

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

Une assurance soins dentaires complémentaire facultative, proposée par la SMA Hôpital Plus en tant qu'assureur.

Qu'est-ce qui est couvert ?

Pour certaines catégories de soins, Denta Plus rembourse les frais de soins dentaires qui restent à charge de l'assuré, après déduction de l'intervention légale, d'éventuels remboursements dans le cadre des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou des règlements européens ou conventions internationales.

Les catégories suivantes de soins dentaires entrent en compte :

✓ 1) Soins dentaires préventifs
Un remboursement à 100 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction d'autres interventions découlant d'autres réglementations ;

✓ 2) Parodontologie
Un remboursement à 50 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction d'autres interventions découlant de réglementations différentes ou à 80 % si l'assuré a fait preuve d'un comportement préventif.
Dans la première année d'assurance, on présume un comportement préventif et l'intervention s'élève toujours à 80 % du montant à charge de l'assuré, après déduction des interventions découlant d'autres réglementations.

✓ 3) Orthodontie
Un remboursement à 60 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction des interventions découlant d'autres réglementations.

✓ 4) Soins dentaires curatifs
Les prestations donnant droit à une intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire sont remboursées à 100 % du ticket modérateur légal, et également une intervention de 50% ou 80% du montant restant à charge de l'assuré.
Les prestations ne donnant pas droit à une intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire sont remboursées à hauteur de 50 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction des interventions découlant d'autres réglementations ou à 80 % si l'assuré a fait preuve d'un comportement préventif.
Dans la première année d'assurance, on présume un comportement préventif et le remboursement des soins dentaires curatifs sans intervention dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire s'élève toujours à 80 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction des interventions découlant d'autres réglementations.

✓ 5) Traitements prothétiques
Un remboursement à 50 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction des interventions découlant d'autres réglementations différentes ou à 80 % si l'assuré a fait preuve d'un comportement préventif.
Dans la première année d'assurance, on présume un comportement préventif et le remboursement s'élève toujours à 80 % du montant restant à charge de l'assuré, après déduction des interventions découlant d'autres réglementations.

Qu'est-ce qui n'est pas couvert ?

L'assurance soins dentaires Denta Plus n'intervient pas dans les frais liés aux prestations suivantes :

✗ les prestations dont les codes de nomenclature ne sont pas suivis par « + » ;
✗ les médicaments ;
✗ les soins dentaires de nature esthétique ou cosmétique (blanchiment, facettes), sauf en cas d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et après accord préalable du médecin conseil d'Hôpital Plus.

L'assurance soins dentaires Denta Plus ne n'intervient pas non plus dans des frais liés à :

✗ des faits de guerre, sauf quand l'assuré peut démontrer ne pas avoir participé à ces faits de façon active et volontaire ;
✗ une activité sportive rémunérée, y compris les entraînements ;
✗ des émeutes, des guerres civiles ou d'autres actes de violence d'origine politique, idéologique ou sociale qui aillent de pair ou non avec une insurrection contre le pouvoir public ou un autre pouvoir officiel, sauf quand l'assuré peut démontrer ne pas avoir participé à ces faits de façon active et volontaire ;

- ✗ des effets de stupéfiants ou d'autres drogues ;
- ✗ la participation volontaire à un acte criminel ou un délit ;
- ✗ un acte intentionnel de l'assuré ou un acte engendrant un risque accru, sauf quand cet acte a été posé afin de sauver des personnes ou des bien ;
- ✗ une intoxication alcoolique, l'état d'ivresse, l'alcoolisme ou la toxicomanie ;
- ✗ des réactions nucléaires.

Limites de la couverture

Dans la première année d'assurance, les interventions cumulées de Denta Plus ne peuvent pas excéder 350 EUR. Dans la deuxième année d'assurance, ce maximum s'élève à 600 EUR et à partir de la troisième année d'assurance, il est de 1025 EUR.

A partir de la troisième année d'assurance, l'intervention dans les frais d'orthodontie, de parodontologie et de traitements prothétiques se limite à 1025 EUR par an. Ce montant est inclus dans le plafond annuel de 1025 EUR.

Couverture géographique

L'assurance soins dentaires Denta Plus prévoit des interventions dans les frais liés aux soins dentaires dans les pays voisins de la Belgique sur le continent, à savoir la France, les Pays-Bas, l'Allemagne et le Grand-Duché de Luxembourg, à condition que ces soins soient prodigués par un prestataire agréé.

Obligations

Afin de pouvoir vous affilier à l'assurance soins dentaires Denta Plus, toutes les conditions suivantes doivent être réunies :

- être inscrit en tant que titulaire à l'assurance maladie obligatoire et/ou aux services complémentaires de l'une des Mutualités Libérales faisant partie de la SMA Hôpital Plus ;
- être en ordre de paiement de la cotisation pour les services complémentaires ;
- avoir conclu un contrat d'assurance Denta Plus ;
- avoir sa résidence principale en Belgique, aux Pays-Bas, en France, en Allemagne ou au Grand-Duché de Luxembourg ;
- avoir moins de 66 ans.

Les personnes à charge ne peuvent pas s'affilier seules à l'assurance soins dentaires Denta Plus.

Afin d'obtenir un remboursement, l'assuré doit déclarer le dommage dans un délai de trois ans, en complétant une demande d'intervention (à compléter par le prestataire de soins et l'assuré) et en fournissant toutes les pièces justificatives originales (quittances de la mutualité, factures du prestataire de soins…).

Modalités de paiement

Les primes doivent être payées annuellement, mais elles peuvent également être réglées trimestriellement. Elles sont réclamées par domiciliation ou virement. Quand l'assuré opte pour un paiement par virement, il recevra annuellement ou trimestriellement une demande de paiement. La domiciliation sera, à son tour, présentée chaque année ou chaque trimestre à l'établissement financier.

Début et fin de la couverture

Le contrat entre en vigueur au premier jour du mois suivant la signature de la proposition d'assurance et après le paiement de la prime initiale. La garantie d'assurance entre en vigueur à la date de début du contrat, à condition que la prime de départ ait été payée et que, le cas échéant, le stage d'attente de 6 mois soit accompli.

La couverture du contrat prend fin par la résiliation du contrat, de la part de l'assuré ou de l'assureur (en raison de non-paiement). Le contrat prend également fin si le titulaire décède ou se désaffilie auprès des Mutualités Libérales.

Résiliation du contrat

L'assuré ou le preneur d'assurance peut résilier son contrat au moins trois mois avant l'échéance annuelle par le biais d'une lettre recommandée, par exploit d'huissier ou en remettant une lettre de préavis moyennant un accusé de réception. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'échéance annuelle.

Après la résiliation volontaire du contrat d'assurance auprès de la SMA Hôpital Plus, un ancien assuré a toujours la possibilité de se réassurer à condition qu'au moins trois ans se soient écoulés entre la résiliation et la nouvelle demande d'assurance.

Clause de non-responsabilité
L'assurance soins dentaires Denta Plus est proposée par la SMA Hôpital Plus, société mutualiste d'assurance de droit belge, numéro d'entreprise 0471.459.194, dont le siège social est situé en Belgique et autorisé sous le numéro 450/01. Ce produit appartient à la branche 2 'maladie'.
Étant donné que cette publication a un caractère purement informatif et indicatif, aucun droit ne peut en aucune manière en être retire. Pour les plaintes concernant la gestion ou l'exécution de ce produit, il est possible de s'adresser au Service Ombudsman Assurances (square de Meeûs, 35 – 1000 Bruxelles).