

Assurance dentaire

Document d'information sur le produit d'assurance / Février 2021

Compagnie : Société Mutualiste d'Assurances du Brabant (SMAB) agréée par l'Office de contrôle des mutualités sous le n° 350/03 pouvant organiser des assurances de la branche 2 (maladie) et de la branche 18 (assistance) / B.C.E. 0838.221.243.
Siège central : Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles.



SOCIÉTÉ MUTUALISTE
D'ASSURANCES
DU BRABANT - SMAB

Dentimut Plus

Ce document n'a qu'une valeur informative. Toutes les informations contractuelles ou précontractuelles sont fournies avec les conditions générales.

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

L'assurance Dentimut Plus est une assurance individuelle à caractère indemnitaire qui complète l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) dans les frais de soins dentaires. Elle s'adresse aux personnes qui bénéficient de cette assurance obligatoire.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les frais de soins dentaires préventifs, curatifs, d'orthodontie, de parodontologie et d'implants/prothèses tels que définis dans les conditions générales (www.fmsb.be), avec ou sans intervention de l'ASSI, et avec libre choix du prestataire de soins dentaires.

Ces frais sont garantis comme suit, dans la limite des plafonds annuels, après intervention de l'ASSI et d'éventuelles autres interventions extralégales (entre autre Dentimut First):

- ✓ Soins curatifs, soins de parodontologie, implants et prothèses : 50 % ;
- ✓ Soins d'orthodontie, implants et prothèses lorsque l'assuré a eu un soin préventif remboursé au cours de l'année civile qui précède le soin : 60 % ;
- ✓ Soins curatifs et soins de parodontologie, lorsque l'assuré a eu un soin préventif remboursé au cours de l'année civile qui précède le soin : 90 % ;
- ✓ Soins préventifs : 100 %.

Plafonds d'intervention (par personne assurée):

- ✓ Première année d'assurance (de la date de prise de cours du contrat jusqu'au 31 décembre) : 300 EUR ;
- ✓ Deuxième année d'assurance (du 1er janvier au 31 décembre) : 600 EUR ;
- ✓ Troisième année d'assurance et années suivantes (du 1er janvier au 31 décembre) : 1.200 EUR (1.000 EUR pour l'orthodontie).

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ⊗ Les prestations qui ne correspondent pas à une des 5 catégories de soins dentaires décrites dans le contrat.
- ⊗ Les prestations de petite chirurgie buccale (stomatologie) dont la réglementation prévoit qu'elles doivent être effectuées par un autre prestataire qu'un praticien de l'art dentaire (prestations de l'article 14 L de la nomenclature, sauf celles qui sont indiquées par le signe "+").
- ⊗ Les soins à caractère esthétique.
- ⊗ Les traitements médicamenteux.

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

L'assurance ne rembourse pas :

- ! Les soins qui sont reçus durant les stades d'attente de 6 mois pour les soins préventifs, curatifs et de parodontologie, et de 12 mois pour les soins d'orthodontie, les implants et prothèses.
- ! Les soins postérieurs à l'expiration des périodes de stage sont couverts, même s'ils se rapportent à un traitement commencé avant le début du contrat ou durant le stage. Cependant, il n'y a pas d'intervention pour un appareil d'orthodontie placé avant le début du contrat ou durant le stage.
- ! Les frais de soins dentaires afférents à une maladie ou un accident qui est la conséquence d'ivresse, alcoolisme ou d'intoxication alcoolique ; d'un fait intentionnel de l'assuré ; de l'usage non thérapeutique de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues ainsi que de toxicomanie ; d'un fait de guerre, de guerre civile ou de faits de même nature ; de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ; de la participation à un crime ou un délit ; de la pratique professionnelle de tout sport ; d'une faute grave de l'assuré ; de réactions nucléaires.

Où suis-je couvert ?

La couverture s'applique pour les soins reçus en Belgique mais aussi dans les pays limitrophes : France, Allemagne, Pays-Bas, Grand-Duché de Luxembourg.

Quelles sont mes obligations ?

- Être membre de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant (FMSB), être assujéti à l'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités (ASSI) et ne pas avoir perdu son droit aux avantages de l'assurance complémentaire de la FMSB.
- L'assurance doit être souscrite pour toutes les personnes inscrites sous le numéro d'affiliation, hormis celles qui bénéficient d'une autre assurance « soins dentaires » ; la couverture est cependant gratuite pour les enfants jusqu'à 3 ans, ainsi qu'à partir du 3ème enfant assuré de moins de 25 ans.
- Payer les primes d'assurance dans les délais communiqués par écrit.
- Informer l'assureur en cas de changement d'adresse ou de modification dans la composition du ménage.
- En cas de sinistre, introduire la demande d'intervention au moyen des formulaires et pièces justificatives prévues, dans un délai maximal de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins.
- Informer l'assureur de l'identité de toute autre compagnie d'assurance, statut ou autre, susceptible de prendre en charge partiellement ou totalement les frais.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime est payable en une fois, par virement ou par domiciliation, ou trimestriellement par domiciliation uniquement. Les délais de paiement sont communiqués par courrier. Le premier paiement doit toujours être effectué par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Il prend cours le premier jour du mois qui suit la réception par la SMAB de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, moyennant paiement de la première prime (annuelle ou trimestrielle) dans le délai communiqué par courrier. Il prend fin lorsque vous n'êtes plus affilié à la FMSB, lorsque que vous perdez votre droit aux avantages de l'assurance complémentaire de la FMSB en raison du non paiement de la cotisation, ou en cas de non paiement de la prime d'assurance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat d'assurance à tout moment, par l'envoi d'un courrier recommandé ou par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé ; la résiliation est effective à l'expiration d'un délai de préavis de 3 mois.