

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE PLAN SOINS DENTAIRES

EDITION 01.2016 | Plan 821

Les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.) sont formulées en exécution

des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.) frais médicaux et indemnité journalière d'hospitalisation.

1. Définitions

- 1.1. Prestataire de soins dentaires :
La personne physique qui simultanément
 - dispose d'une des aptitudes suivantes dans les limites des prérogatives octroyées par les diplômes légaux et les titres professionnels :
 - détenteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste ;
 - détenteur du titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en orthodontie ;
 - détenteur du titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en parodontologie ;
 - médecin-spécialiste en stomatologie et en chirurgie faciale, de la bouche et de la mâchoire ;
 - médecin, détenteur du diplôme de dentiste ou licencié en sciences dentaires ;
 - est enregistrée auprès d'une Commission Médicale Provinciale ;
 - dispose d'un numéro d'agrégation INAMI et peut attester des prestations reprises dans les articles 5 et 6 de la nomenclature INAMI sur les prestations médicales.
- 1.2. Prestation ambulatoire :
Une prestation fournie à la personne assurée non-admise en centre hospitalier et pour laquelle un centre hospitalier ne peut porter un (ou plusieurs) jours de séjour en compte. Une prestation qui entre dans le cadre d'une hospitalisation de jour n'est pas remboursée dans le cadre du plan Soins Dentaires.
- 1.3. Traitement dentaire :
Le diagnostic et le traitement des maladies, les dysfonctionnements et les traumatismes causés aux dents et au parodonte. Le traitement dentaire englobe les traitements conservateurs, orthodontiques, parodontaux et prothétiques. Un traitement dentaire peut englober une ou plusieurs prestations.
 - 1.3.1. Traitement orthodontique :
Le diagnostic et le traitement des malocclusions et autres anomalies dento-faciales.
 - 1.3.2. Traitement parodontal :
Le diagnostic et le traitement des maladies du parodonte. Le parodonte englobe le processus alvéolaire, les ligaments parodontaux, le ciment et la gencive.
 - 1.3.3. Traitement prothétique :
La réhabilitation fonctionnelle de la mastication par le remplacement des dents manquantes ou détériorées au moyen d'une prothèse dentaire.
 - 1.3.3.1. Prothèse dentaire : Le remplacement artificiel d'une ou plusieurs dents naturelles.
 - 1.3.3.2. Prothèse amovible : Une prothèse dentaire extractible de la bouche par les soins de la personne assurée.
 - 1.3.3.3. Prothèse fixe : La prothèse dentaire non-extractible de la bouche par la personne assurée. Par exemple bridges et couronnes, inlay et onlay.
 - 1.3.3.4. Implant dentaire : L'élément prothétique placé dans l'os alvéolaire dans le but de fixer une prothèse dentaire fixe ou amovible.
- 1.4. Traitement esthétique :
Le traitement dentaire à caractère esthétique.
Exemples de traitement esthétique : le blanchiment des dents (bleaching) ou la pose de facettes (énumération non limitative).
- 1.5. Dents manquantes :
Les dents qui sont absentes ou entièrement remplacées par une prothèse fixe ou amovible. Une dent qui a fait l'objet d'une ablation de racine et une dent dont seulement une racine ou un fragment radiculaire est présent sont considérés comme dent manquante.
- 1.6. Mâchoire :
La mandibule (mâchoire inférieure) et le maxillaire (mâchoire supérieure).

2. Plan d'assurance (cf.art. 5 C.G.A.)

Le plan d'assurance est le plan Soins Dentaires. L'assureur couvre les frais réellement payés lors des prestations garanties en accord avec les conditions stipulées dans les C.T.A.

3. Cas d'assurance selon le plan Soins Dentaires (cf. art. 6 C.G.A.)

- 3.1. Le cas d'assurance est constitué par un traitement dentaire. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement dentaire et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.
- 3.2. Sont remboursées dans le cadre d'un cas d'assurance les prestations qui :
 - 3.2.1. ont un caractère diagnostique et/ou curatif ;
 - 3.2.2. sont éprouvées à suffisance sur le plan thérapeutique ;
 - 3.2.3. sont médicalement nécessaires ;
 - 3.2.4. sont dispensées par un prestataire de soins dentaires ;
 - 3.2.5. sont ambulatoires ;
 - 3.2.6. sont exposées pendant la durée du cas d'assurance.
- 3.3. Conditions cumulatives du remboursement des frais de traitements dentaires prévus par l'assureur :
 - 3.3.1. Les frais de traitements dentaires sont remboursés à 80% par cas d'assurance. Si la personne assurée ne s'est rendue à aucune consultation auprès d'un prestataire de soins dentaires pendant l'année d'assurance qui précède le cas d'assurance, les frais de traitement dentaire de la personne assurée seront remboursés à 50% par cas d'assurance.
 - 3.3.2. La totalité des frais exposés par personne assurée et par année d'assurance pour des prestations effectuées au cours de cette dernière, est remboursée à concurrence de :
 - 3.3.2.1. € 1 048,66 pour la première année d'assurance ;
 - 3.3.2.2. € 2 097,31 pour la deuxième année d'assurance ;
 - 3.3.2.3. € 3 670,29 pour la troisième année d'assurance ;
 - 3.3.2.4. € 5 243,26 à partir de la quatrième année d'assurance.
 Les frais de traitements orthodontiques sont limités à un montant de € 1 048,66 par personne assurée et par année d'assurance avec un maximum de € 5 243,26 sur la durée totale du contrat d'assurance.
Les frais de traitements parodontaux sont limités à un montant de € 1 048,66 par personne assurée et par année d'assurance avec un maximum de € 5 243,26 sur la durée totale du contrat d'assurance.
Le remboursement des frais orthodontiques et parodontaux sont compris dans les montants précisés au point 3.3.2 des présentes C.T.A.
- 3.4. Traitement orthodontique :
Les frais des traitements orthodontiques sont remboursés pour autant que le plan de traitement, établi par un prestataire de soins dentaires, ait préalablement été soumis à l'approbation de l'assureur et accepté par écrit par celui-ci.
- 3.5. Traitement parodontal :
Les frais des traitements parodontaux sont remboursés pour autant que le plan de traitement, établi par un prestataire de soins dentaires, ait préalablement été soumis à l'approbation de l'assureur et accepté par écrit par celui-ci.
- 3.6. Traitement prothétique :
 - 3.6.1. Les frais des traitements prothétiques (par exemple implants, bridges et couronnes, inlay et onlay) sont remboursés pour autant que le plan de traitement, établi par un prestataire de soins dentaires, ait préalablement été soumis à l'approbation de l'assureur et accepté par écrit par celui-ci.
 - 3.6.2. L'assureur n'intervient pas dans les frais de prothèses fixes (y compris les implants dentaires) – isolées ou dans le cadre d'un bridge – pour des dents manquantes au moment de la souscription de la garantie.
 - 3.6.3. Dans le cas d'une prothèse fixe complète, l'assureur intervient pour un maximum de 6 implants dentaires par mâchoire.
 - 3.6.4. Dans le cas d'une prothèse complète amovible, l'assureur intervient pour un maximum de 4 implants dentaires par mâchoire.
 - 3.6.5. L'intervention de l'assureur dans les traitements prothétiques se limite à 14 dents par mâchoire.
 - 3.6.6. L'assureur n'intervient pas dans les traitements prothétiques (y compris les implants dentaires) des dents de sagesse.
- 3.7. Avant de pouvoir prétendre à une intervention de la part de l'assureur, la personne assurée est tenue de faire valoir ses droits vis-à-vis de toutes les interventions prévues par l'assurance maladie obligatoire ainsi que vis-à-vis de toutes les interventions possibles de la mutualité qu'elles soient statutaires et/ou autres. L'assureur intervient après intervention de l'assurance maladie obligatoire et/ou des interventions statutaires et/ou autres de la mutualité. Si aucune intervention n'est prévue par l'assurance maladie obligatoire et/ou de la mutualité dans un cadre statutaire et/ou autre, les pourcentages de remboursement restent limités à ceux prévus au point 3.3 des présentes C.T.A.

- 3.8. Dans le cas où l'intervention de l'assurance maladie obligatoire ou l'intervention statutaire ou autre de la mutualité est soumise à un renouvellement du terme ou à une limitation de la fréquence de la prestation, ce renouvellement de terme ou cette limitation de la fréquence de la prestation s'applique également à l'intervention de l'assureur.
- 3.9. L'intervention de l'assureur est limitée aux tarifs pratiqués couramment par le prestataire de soins dentaires concerné. S'il est constaté à plusieurs reprises qu'un prestataire de soins dentaires réclame des tarifs supérieurs à ce qu'il pratique couramment dans l'exercice de sa profession, l'assureur se réserve le droit de ne plus accorder le remboursement des prestations effectuées par le prestataire de soins dentaires concerné tant que ces tarifs supérieurs seront pratiqués.

4. Exclusions de la garantie d'assurance **(En complément des exclusions visées à l'art. 23 C.G.A.)**

La garantie d'assurance ne couvre pas les cas d'assurance suivants ni leurs conséquences :

- 4.1. les traitements dentaires effectués en dehors du territoire de la Belgique;
- 4.2. les traitements orthodontiques effectués après l'âge de 40 ans;
- 4.3. les traitements parodontaux effectués après l'âge de 65 ans;
- 4.4. les traitements esthétiques;
- 4.5. les ostéotomies de la mâchoire supérieure et inférieure.

5. Stage (cfr. art. 11 C.G.A.)

Le stage s'élève à 12 mois pour les traitements parodontaux et à 36 mois pour les traitements orthodontiques. Les traitements orthodontiques et parodontaux dont l'exécution du plan de traitement a débuté pendant ou avant le stage, sont exclus - également à l'expiration du stage - de la garantie d'assurance.

Il n'y a pas de stage pour les autres traitements dentaires. Si la garantie d'assurance débute à partir du mois de la naissance de l'enfant il n'y a pas de stage.

6. Assurabilité (cf. art. 16 et 17 C.G.A.)

Sont assurables selon le plan Soins Dentaires, les personnes qui simultanément :

- 6.1. n'ont pas atteint l'âge de 70 ans,
- 6.2. ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique,
- 6.3. tombent sous le régime de l'assurance maladie obligatoire belge ainsi que des mutualités belges,
- 6.4. sont acceptées sur la base des critères médicaux et techniques d'assurance.

Les nouveau-nés sont assurables sans formalité médicale dans le plan Soins Dentaires, si à la naissance, un des parents est assuré dans ce plan et que dans les 60 jours suivant le mois de la naissance, il en fait la demande écrite auprès de l'assureur et paye la prime pour l'enfant.

La garantie d'assurance débute à partir du mois de la naissance de l'enfant.