



ASSURANCE SOINS DENTAIRES **OPTIO DENTIS**

Conditions générales applicables à partir du 1^{er} janvier 2025
Version SD 2025-001

A. DÉFINITIONS

A.1. Assuré

Le preneur d'assurance et les personnes à charge désignés aux conditions particulières, et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

A.2. Date d'effet

Le premier jour du mois qui suit la réception de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance à condition que la prime soit payée avant le dernier jour du mois de la date d'effet.

A.3. Date de début de droit

Date à laquelle le stage a pris fin et la garantie a pris cours.

A.4. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

A.5. Période de stage

La période débutant à la date d'effet de l'assurance pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

A.6. Intervention légale

Tout remboursement prévu en vertu d'une législation relative à une assurance obligatoire soins de santé et indemnités, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

A.7. Intervention extra-légale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives ayant le même objet que le présent contrat, en ce compris l'assurance complémentaire des mutualités.

A.8. Assurance complémentaire

Ensemble de services et interventions proposés aux affiliés en règle de cotisation par une mutualité affiliée conformément à l'article 3 1^{er} alinéa b) et c) de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

A.9. Nomenclature

Une liste codifiée qui reprend les prestations médicales existantes dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (arrêté royal du 14 septembre 1984 et modifications ultérieures).

A.10. Soins dentaires

Il s'agit de prestations :

- reprises dans l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, complété par l'arrêté royal du 9 novembre 1951 ;
- prodiguées de manière ambulatoire par un prestataire de soins agréé par l'autorité compétente et porteur d'un des titres professionnels suivants :
 - dentiste généraliste ;
 - dentiste spécialiste en orthodontie, en parodontologie et en endodontie ;
 - médecin détenteur d'un diplôme de dentisterie ou licencié - en sciences dentaires ;
 - médecin-spécialiste en stomatologie, chirurgie faciale, de la bouche et de la mâchoire.

A.11. Soins dentaires curatifs

Soins ayant pour but un traitement suite à un mal ou un problème dentaire : les extractions dentaires, les soins conservateurs ainsi que les prestations techniques urgentes, la radiologie et la petite chirurgie buccale.

A.12. Parodontologie

Spécialité dentaire traitant la maladie des gencives et des tissus de soutien de la dent.

A.13. Endodontie

Spécialité dentaire traitant l'intérieur de la dent, soit la pulpe dentaire, et le paquet vasculo-nerveux situé dans la couronne et les canaux de la racine dentaire.

A.14. Orthodontie

Spécialité dentaire destinée à la correction des mauvaises positions des mâchoires et des dents.

A.15. Prothèses et implants dentaires

Élément en métal ou en céramique servant à réparer ou remplacer une dent détériorée. Elle peut être fixe ou amovible y compris les réparations et le rebasage de la prothèse.

Couronne dentaire : prothèse placée sur une dent abîmée en vue de la protéger.

Implant dentaire : racine artificielle fixée dans l'os et servant de support à des couronnes ou bridge.

Bridge : prothèse fixe consistant à remplacer une ou plusieurs dents en s'appuyant sur les dents voisines.

A.16. Petite chirurgie buccale

Prestations reprises à l'article 14 l) de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et dont les codes sont suivis du signe « + ».

A.17. Frais

Quotes-parts légales ou montants à charge de l'assuré ainsi que les suppléments éventuels.

A.18. Assurance ou garantie similaire

Toute assurance de type indemnitaire dont les remboursements sont effectués sur la base des frais réellement facturés à l'assuré, qui intervient dans les prestations de soins dentaires à concurrence d'au moins 50% dans les frais restant à charge de l'assuré, avec un plafond annuel au moins égal à 500€, et qui ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

A.19. Année d'assurance

La première année d'assurance se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le contrat a pris effet. Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

A.20. Honoraires excessifs ou discriminatoires

Les honoraires excessifs sont qualifiés comme tels en comparant les honoraires facturés par un dentiste à un assuré par rapport :

- au tarif officiel fixé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la convention (en vigueur au moment de la date de prestation) pour les prestations remboursables ; ou
- au tarif sectoriel de référence pour les prestations non-remboursables ; ou
- au tarif prévu dans l'annexe de l'arrêté royal du 1^{er} 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 1^{er} janvier.

Les honoraires sont considérés comme discriminatoires lorsque ces derniers sont facturés différemment par le dentiste selon que le patient a (ou n'a pas) souscrit une assurance soins dentaires et/ou selon l'assureur auprès duquel cette assurance a été souscrite.

B. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

La couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est réservée aux membres des mutualités Solidaris - Mutualité Socialiste qui sont affiliés à la Société Mutualiste Solidaris Assurances. Il faut entendre par membre d'une mutualité Solidaris - Mutualité Socialiste, la personne qui moyennant paiement de la cotisation demandée, est affiliée conformément aux conditions légales, réglementaires et statutaires, à l'ensemble des services statutaires organisés par cette mutualité.

La couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales peut être souscrite par les membres qui sont affiliés comme titulaire auprès de leur mutualité pour eux-mêmes et les personnes qui sont inscrites à leur charge. Le titulaire est alors l'assuré principal et les personnes à charge, les assurés secondaires.

Le titulaire, preneur d'assurance, doit souscrire pour toutes les personnes composant son ménage mutualiste au sens de l'art.2 de l'AR du 2 mars 2011 en vue de respecter les principes de solidarité et de prévoyance prévus par l'art.2. § 1 de la Loi du 6 août 1990. A cette fin, une seule police d'assurance reprenant tous les assurés secondaires signée par le preneur d'assurance suffit.

Toutefois, cette disposition n'est pas applicable :

- au membre du ménage, couvert par une assurance soins dentaires indemnitaire souscrite à titre privé ou à titre collectif.
Dans ce cas, il en fournira la preuve ;
- aux ascendants

Cette disposition entrera en vigueur le 1er avril 2016.

La qualité de membre d'une mutualité Solidaris - Mutualité Socialiste est exigée des assurés pendant toute la durée de leur contrat conclu avec la Société Mutualiste.

C. SOUSCRIPTION

C.1. Les conditions de souscription

Pour pouvoir souscrire à l'assurance soins dentaires, il faut être membre d'une mutualité affiliée au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté royal du 7 mars 1991. Un membre, au sens de l'article 2, 3°, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée ne peut souscrire à l'assurance que s'il est en ordre de cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés. Lorsque le membre perd la possibilité de bénéficier d'un avantage des services de l'assurance complémentaire, au sens de l'article 2, 3° de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, ou en cas de retard de 6 mois dans le paiement des cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés, cette personne perd sa qualité de membre de la société mutualiste et son contrat est résilié de plein droit ;

C.2. Les formalités de souscription

Pour souscrire le contrat, le preneur d'assurance adresse à la Société Mutualiste la proposition d'assurance complétée et signée par lui.

Les conditions particulières constituant le contrat devront être renvoyées signées par le preneur d'assurance et par les assurés majeurs.

C.3. Les modifications dans le ménage

Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée à la Société Mutualiste dans un délai de 30 jours à dater de la modification.

Lorsqu'une personne à charge, assurée, devient titulaire dans une mutualité affiliée, la Société Mutualiste lui soumet une offre d'assurance au produit soins dentaires. Cette personne dispose d'un délai de 90 jours pour accepter l'offre par écrit.

D. STAGES

D.1. Le stage général est de 6 mois.

D.2. Le stage est supprimé pour :

- a) pour les soins et traitements dentaires liés aux lésions consécutives aux accidents survenus après la date de prise d'effet de l'assurance ;
- b) les assurés qui sont portés légalement à charge du preneur d'assurance en cas de naissance ou d'adoption après la date de prise d'effet de l'assurance, pour autant que le stage ait été accompli par le preneur d'assurance ; lorsqu'une partie du stage a été accomplie, ces personnes à charge sont également considérées comme ayant accompli cette partie ;
- c) l'assuré qui bénéficiait d'une assurance ou garantie similaire ; la durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée de stage d'attente à accomplir ; pour pouvoir bénéficier de cette dispense de stage éventuelle, la proposition d'assurance accompagnée d'une attestation mentionnant la date de début, de fin et le type de garantie couvert précédemment, doit être remise à la Société Mutualiste dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente ;
- d) Les personnes à charge d'un preneur d'assurance dont l'assurance a pris fin et qui restent membres d'une mutualité affiliée, soit en devenant eux-mêmes titulaires, soit en devenant personnes à charge d'un autre titulaire, pour autant que le stage ait été accompli dans son intégralité et qu'il n'y ait pas d'interruption ; si le stage n'est pas accompli totalement, il devra être complété au prorata des mois restants.

D.3. La période de stage est doublée pour l'assuré qui, ayant mis fin à son contrat après avoir bénéficié d'une indemnisation, y souscrit à nouveau. Ce stage n'est pas d'application pour le cas visé au point D.2.a.

E. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie de l'assurance est valable uniquement pour des prestations réalisées en Belgique et dans les territoires métropolitains des pays suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg. Les assurés doivent avoir leur résidence habituelle en Belgique et la conserver pendant toute la durée du contrat conclu avec la Société Mutualiste, à moins qu'ils ne fournissent la preuve qu'ils restent assujettis à la Sécurité Sociale belge.

F. DESCRIPTION DE LA GARANTIE

La couverture d'assurance soins dentaires a pour objet d'accorder, à charge de la Société Mutualiste, une intervention financière dans le coût des frais dentaires d'un assuré.

La Société Mutualiste ne couvre toutefois les frais dentaires qu'après que l'assuré ait, au préalable, épuisé tous ses droits au regard :

- de toute intervention en application de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- de toute intervention en application de la législation en matière de couverture des accidents du travail ;
- de toute intervention d'un fonds social statutaire ou non ;
- de toute intervention des services statutaires organisés par une mutualité.

La somme des interventions cumulées avec celle de la Société Mutualiste ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réellement supportés par l'assuré ; le cas échéant, l'intervention de la Société Mutualiste sera réduite en conséquence.

Pour les contrats conclus à partir du 1^{er} janvier 2025, en cas d'honoraires manifestement excessifs et/ou discriminatoires (tels que définis au point A.20), Solidaris Assurances se réserve le droit de limiter le montant de son intervention en le plafonnant à hauteur du montant le plus faible

repris dans les référentiels officiels ci-dessous :

- Annexe de l'arrêté royal du 1er 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 1^{er} janvier ; ou
- Tarif officiel fixé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités au sein 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 et/ou ne bénéficiant pas d'une couverture supérieure en raison d'un accident.

F.1. Soins dentaires curatifs

Pour les soins dentaires curatifs en faveur d'assurés de 19 ans et plus bénéficiant d'un remboursement en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la Société Mutualiste rembourse les tickets modérateurs des prestations suivantes : les radiographies, les extractions et les soins conservateurs.

Pour les soins dentaires curatifs ne pouvant bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en raison de l'âge de l'assuré, la Société Mutualiste intervient à hauteur du même montant, et selon les mêmes conditions, que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ces soins sont les extractions dentaires et les compléments pour suture.

Pour les extractions d'incisives de lait avant le 5^{ème} anniversaire, la Société Mutualiste intervient de manière forfaitaire pour un montant de 25€.

F.2. Orthodontie

Pour les traitements d'orthodontie pour lesquels l'assuré peut bénéficier d'une intervention en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'intervention de la Société Mutualiste est la suivante :

- En début de traitement, une intervention maximum de 375€ par assuré est octroyée au moment de la pose de l'appareillage, sur présentation du justificatif de la prestation 305933 ou 305631 « forfait pour appareillage ».
- En cours de traitement et uniquement si le Service est intervenu sur la prestation 305933 ou la prestation 305631, une intervention forfaitaire de 125 € par assuré est octroyée sur présentation du justificatif de la prestation 305675.
- Une intervention forfaitaire de 50€ est octroyée par assuré en fin de traitement d'orthodontie pour l'appareil de contention. Cette intervention est augmentée à 750 € si le début de traitement a été préalablement couvert par la Société Mutualiste. Ce forfait est octroyé sur base de la facture de l'appareil de contention.
- L'intervention est donc au maximum de 1.250€ par assuré pour l'ensemble des prestations visées ci-dessus.

Pour les traitements d'orthodontie pour lesquels l'assuré ne peut pas bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en raison de l'âge de l'assuré, l'intervention de la Société Mutualiste est la suivante :

- En début de traitement, une intervention forfaitaire de 375€ est octroyée au moment de la pose de l'appareillage, sur présentation de la note d'honoraires acquittée reprenant l'appareillage posé par le prestataire.
- En fin de traitement, une autre intervention forfaitaire de 375€ est octroyée au moment de la pose de l'appareil de contention. Ce forfait est octroyé sur présentation de la note d'honoraires acquittée reprenant l'appareil de contention et, pour les contrats conclus à partir du 1^{er} janvier 2025, sous condition que le début de traitement ait été préalablement pris en charge par la Société Mutualiste.
- Ces deux interventions forfaitaires sont conditionnées à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

F.3. Prothèses amovibles

Pour les prothèses amovibles ne pouvant bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en raison de l'âge de l'assuré, la Société Mutualiste intervient à hauteur de 75% du

montant prévu par, et selon les mêmes conditions que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Par ailleurs, l'assuré peut prétendre à une intervention complémentaire :

- de maximum 100€ pour le matériel supplémentaire et spécifique nécessaire au niveau médical et/ou fonctionnel des prothèses amovibles en résine ;
- de maximum 300€ pour le supplément «squelettique» des prothèses amovibles «squelettiques».

Ces deux interventions sont conditionnées à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

Pour les prothèses amovibles pouvant bénéficier d'une intervention en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou de la présente assurance soins dentaires, l'assuré peut prétendre :

- Pour les prothèses amovibles en résine, à une intervention de maximum 100€ pour le ticket modérateur et pour le matériel supplémentaire et spécifique nécessaire au niveau médical et/ou fonctionnel
- Pour les prothèses amovibles « squelettiques » à une intervention de maximum 300€ pour le ticket modérateur et pour le supplément «squelettique»

Cette intervention est conditionnée à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

F.4. Prothèses fixes et implants dentaires

Pour les prothèses fixes et les implants dentaires qui ne donnent pas lieu à intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'intervention de la Société Mutualiste s'élève à 75% du montant à charge de l'assuré. A partir du 1^{er} janvier 2025, cette intervention est plafonnée à 1.250 € par an et par assuré.

Cette intervention est conditionnée à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

F.5. Parodontologie

Pour les soins de parodontologie bénéficiant d'un remboursement en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à savoir la détermination de l'index parodontal, le détartrage sous-gingival et l'examen buccal parodontal, la Société Mutualiste couvre les tickets modérateurs.

Pour les soins de parodontologie ne pouvant bénéficier d'un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en raison de l'âge de l'assuré, la Société Mutualiste intervient à hauteur du même montant, et selon les mêmes conditions, que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cette intervention est conditionnée à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

Les soins concernés sont l'index parodontal, le détartrage sous-gingival et l'examen buccal parodontal.

Pour les soins ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités réalisés auprès d'un dentiste spécialiste en parodontologie, la Société Mutualiste intervient à concurrence du coût réel, avec un maximum de 100€ par quadrant.

Cette intervention est conditionnée à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

Pour les sinus lift ou l'augmentation osseuse sous sinusale préalable au placement d'un implant dentaire, une intervention à concurrence du coût réel avec un maximum de 300 € par quadrant dentaire supérieur est octroyée pour les assurés âgés de 18 ans et plus.

Cette intervention est conditionnée à l'accord préalable du dentiste-référent de la Société Mutualiste sur le plan de traitement envisagé par le prestataire.

Les interventions octroyées pour des soins ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités réalisés, par un dentiste spécialiste en parodontologie et par un dentiste spécialisé en endodontie sont plafonnées à 400€ par an et par assuré.

F.6. Endodontie

Pour les soins réalisés auprès d'un dentiste spécialiste en endodontie, la Société Mutualiste intervient à concurrence du coût réel, avec un maximum de 100€ par dent traitée.

L'intervention de la Société Mutualiste est limitée aux traitements d'endodontie réalisés sous microscope selon les techniques d'endodontie et attestés par le dentiste spécialiste en endodontie au moyen du document prévu par la Société Mutualiste.

Les interventions octroyées pour les soins susmentionnés ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités réalisés, par un dentiste spécialiste en parodontologie et par un dentiste spécialisé en endodontie sont plafonnées à 400€ par an et par assuré.

G. CONDITIONS D'INTERVENTION

G.1. Généralités

Pour bénéficier des interventions, les assurés doivent rester membres, au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté royal du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée et respecter les statuts de celle-ci.

L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée aux conditions de stage et au paiement de la prime du preneur d'assurance et de ses personnes à charge à l'assurance, sans préjudice de l'article 69 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, lequel dispose : « Le défaut de paiement de la prime à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure. Le contrat d'assurance peut toutefois prévoir que la garantie ne prend cours qu'après le paiement de la première prime ».

G.2. Intervention

Le paiement de l'intervention est fait à l'assuré sur présentation de la déclaration de demande d'intervention dûment complétée, signée et accompagnée des pièces justificatives originales donnant lieu à remboursement (quittances de remboursement, factures, notes d'honoraires, plans de traitement, ...).

Sur ces pièces, doivent figurer :

- L'identité de la personne qui reçoit les soins et les traitements ;
- Le détail des prestations (code de nomenclature INAMI et coût réel de chaque prestation attestée par le prestataire de soins) ;
- La date de prestation des soins et des traitements ;
- La date de fourniture des implants non remboursables par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En cas de décès du titulaire ou d'un bénéficiaire, l'indemnisation sera accordée :

- au conjoint survivant ou cohabitant légal survivant ;
- à défaut, au notaire représentant la succession ou à un des héritiers légaux sur base d'un certificat d'hérédité et d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers ;
- à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais pour lesquels l'indemnisation est sollicitée.

G.3. Plafond annuel progressif

L'ensemble des interventions de l'assurance est limité par un plafond annuel, c'est-à-dire un plafond par année d'assurance, comme décrite au point A.19.

Le montant du plafond annuel est progressif les 4 premières années de souscription : l'intervention est limitée à 350€ par assuré lors de la 1^{ère} année d'assurance, à 650€ par assuré lors de la 2^{ème} année d'assurance et à 1.250 € par assuré lors de la 3^{ème} année d'assurance et 1.400 € à partir de la 4^{ème} année d'assurance ainsi que lors des années suivantes

G.4. Plafond d'intervention en cas d'accident

Jusqu'au 31 décembre 2024, en cas d'accident tel que défini au point A.4 et survenant au plus tôt à la date de souscription, les soins et traitements dentaires liés aux lésions traumatiques consécutives à cet accident et couverts par les présentes dispositions sont indemnisés à concurrence d'un plafond de 5.000€ maximum par sinistre et ce, quelle

que soit l'année de souscription en cours. En cas d'accident survenu à partir du 1er janvier 2025, tel que défini au point A.4 et survenant au plus tôt à la date de souscription, les soins et traitements dentaires liés aux lésions traumatiques consécutives à cet accident et couverts par les présentes dispositions sont indemnisés à concurrence d'un plafond de 5.000 € maximum par sinistre et ce, quelle que soit l'année de souscription en cours.

Pour bénéficier du plafond accident, l'assuré est tenu de fournir :

- Un constat médical d'accident.
- Un document radiologique démontrant les lésions consécutives à l'accident.
- Un plan de traitement conformément au point G.6.

G.5. Délai de renouvellement

Après une intervention de l'assurance pour les soins non couverts par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la Société Mutualiste n'interviendra à nouveau pour le même type de soins au même endroit, qu'après l'écoulement des délais de renouvellement suivants :

- Un délai de renouvellement de 15 ans pour les prothèses fixes et l'orthodontie ;
- Un délai de renouvellement de 7 ans pour les prothèses amovibles et la parodontologie ;
- Un délai de renouvellement identique aux conditions définies par ou en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les remplacements de base des prothèses amovibles et pour les détartrages sous-gingivaux, le cas échéant en fonction de catégories d'âge.

G.6. Plan de traitement

Lorsqu'un plan de traitement est exigé, il doit être présenté au dentiste-référent préalablement au traitement. Un seul plan de traitement sera accepté à la fois.

La Société Mutualiste donnera ou non son accord sur la prise en charge financière du traitement dans les limites prévues par le présent contrat et communiquera la mesure de cette prise en charge.

Ce plan de traitement doit reprendre l'ensemble des soins nécessaires pour le patient. Les données nécessaires sont le type de soin, le remboursement en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le matériel utilisé, le(s) numéro(s) de dent concernée pour les prothèses fixes et amovibles et pour l'endodontie, le(s) numéro(s) de quadrant pour la parodontologie, le coût du soin, la période des soins estimée ainsi que le numéro INAMI du prestataire.

Aucune intervention n'aura lieu dans les cas où le plan de traitement et les pièces justificatives ne seront pas parvenus à la Société Mutualiste dans les délais requis.

H. EXCLUSIONS DE L'INTERVENTION

H.1. Sont exclus de la couverture les soins et traitements résultant :

- d'un fait de guerre ;
- de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ou à un crime ;
- d'un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens ; l'acte intentionnel au sens de la présente clause est l'acte commis volontairement et sciemment qui cause un dommage raisonnablement prévisible ; la tentative de suicide n'est considérée ni comme un fait intentionnel, ni comme un accident ;
- de la pratique professionnelle de tout sport ;
- de réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes ;
- d'un fait accidentel sous imprégnation alcoolique, influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- d'un fait accidentel résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit ;
- d'interventions à caractère esthétique ou cosmétique (blanchiment, facettes multiples, ...)

i) de soins ou traitements ayant débuté avant ou pendant la période de stage.

H.2. 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 dont les codes ne sont pas suivis du signe « + » (petite chirurgie dentaire).

H.3. Les médicaments prescrits avant, pendant et après un traitement dentaire.

H.4. La Société Mutualiste se réserve le droit de vérifier la légalité des montants facturés pour les différents éléments de son intervention.

L'intervention peut être suspendue le temps nécessaire à l'analyse des pièces transmises par l'assuré et de tous les renseignements complémentaires éventuellement fournis.

L'intervention est refusée lorsque le caractère illégal de la facturation est constaté.

I. PRIMES

Les couvertures prévues par le contrat ne sont accordées et maintenues que moyennant le paiement préalable de la prime qui est fixée conformément aux dispositions spécifiques des présentes conditions générales. Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation en relation avec ces couvertures, imposé par la loi ou par toute autre disposition réglementaire, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

I.1. Montant des primes

Les primes couvrent une année civile complète du 1^{er} janvier au 31 décembre ; toutefois, si l'assurance prend effet en cours d'année, le montant de la prime est adapté au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La prime à payer est fixée chaque année au 1^{er} janvier ; elle est établie en fonction de l'âge de chacun des assurés à la date d'effet du contrat et de leur âge au 1^{er} janvier de chaque année.

Sous réserve d'application de la clause de révision établie au point I.5. et de l'indexation prévue au point I.4., les montants des primes mensuelles sont repris dans les tarifs applicables.

Lorsque les assurés sont couverts auprès de la Société Mutualiste simultanément par l'assurance Optio Dentis, l'assurance hospitalisation HOSPIMUT ou l'une des formules Optio ainsi que par l'assurance ambulatoire « Maladies Graves », la Société Mutualiste applique pour l'assurance Optio Dentis le tarif préférentiel décrit au tableau des primes.

I.2. Paiement des primes

La prime est due par le preneur d'assurance dès que celui-ci a reçu l'avis d'échéance de la Société Mutualiste.

La prime est calculée en fonction du nombre d'assurés et de l'âge des assurés à la date d'effet du contrat et au 1^{er} janvier de l'année concernée.

La prime est payable par anticipation au siège social de la Société Mutualiste soit par domiciliation annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, soit par virement annuel ou trimestriel, selon le choix mentionné sur la proposition d'assurance. Le paiement ne peut être valablement fait sous une autre forme ou une autre périodicité.

Les dates de paiement et les montants de primes sont communiqués régulièrement au preneur d'assurance.

Deux refus consécutifs de prélèvement par domiciliation entraîneront de manière automatique l'annulation de celle-ci ; la prime sera alors payable uniquement par virement trimestriel. Toute nouvelle demande de domiciliation ne sera effective qu'après régularisation des primes dues. En cas de modification du nombre d'assurés à charge du preneur d'assurance en cours de contrat, les primes seront adaptées le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'évènement a eu lieu.

I.3. Défaut de paiement des primes

À défaut du paiement de la prime à son échéance, la garantie est suspendue, dans le respect de la législation en vigueur, jusqu'à extinction de la dette ou jusqu'à la résiliation du contrat pour non-respect des obligations du preneur d'assurance.

La Société Mutualiste se réserve le droit, après rappel ou mise en demeure, de prélever du montant de l'indemnisation le montant des primes dues par le preneur d'assurance.

Les primes payées pour une période postérieure à une résiliation sont remboursées suivant les dispositions légales.

I.4. Indexation des primes

Au 1^{er} janvier de chaque année, la prime est adaptée en fonction de l'évolution positive de l'Indice des prix à la consommation du mois de septembre précédent. La prime indexée pour l'année « n » est calculée en multipliant la prime par le rapport entre l'indice de l'année « n-1 » et celui de l'année « n-2 ». La base de l'indice des prix à la consommation utilisée est la base 2013.

I.5. Révision et modification des primes

Les primes sont également adaptées avec effet au début de chaque année d'assurance, sur la base d'un ou plusieurs indices médicaux spécifiques établis par l'article 204 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie, calculés et publiés au Moniteur Belge par le SPF Affaires Economique, si, et dans la mesure où, l'évolution de cet ou ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. L'indice utilisé est l'indice global du second trimestre de l'année précédente.

En outre, l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités (O.C.M.) peut exiger que la Société Mutualiste mette un tarif en équilibre s'il constate que l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. Les mesures prises pour assurer cet équilibre peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture. Le relèvement d'un tarif s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de l'O.C.M. et sans préjudice du droit à la résiliation du souscripteur d'assurance, aux primes de contrats en cours qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'O.C.M.

Si la Société Mutualiste modifie les conditions ou les montants de prime, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite. Les modifications imposées par toute disposition légale ou réglementaire d'ordre public ou impérative, et notamment lorsqu'il s'agit d'une imposition fiscale ou d'une contribution additionnelle, s'appliquent de plein droit au contrat d'assurance.

J. DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION

J.1. La durée du contrat

L'assurance soins dentaires est conclue à vie sauf les cas visés aux points J.3 et K.

J.2. La prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance.

En cas d'ajout d'une personne au contrat, la date de prise d'effet de la garantie est reprise sur l'avenant.

J.3. La résiliation du contrat par le preneur d'assurance

La résiliation du contrat par le preneur d'assurance est possible moyennant un préavis de trois mois donné par envoi recommandé.

Le préavis prend cours le premier jour du mois qui suit l'envoi du recommandé.

Le contrat prend également fin lorsque l'assuré :

- n'est plus membre d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste ;
- décède.

Lorsque le contrat prend fin, il cesse ses effets y compris pour les soins et traitements en cours.

K. RÉSILIATIONS - SANCTION - SUSPENSION

La Société Mutualiste se réserve le droit de résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des primes dans le respect de la législation

en vigueur ; le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure ; les frais de mise en demeure sont à charge du débiteur ;

b) en cas de préjudice moral ou financier occasionné volontairement aux intérêts de la Société Mutualiste ;

c) en cas de fraude ou tentative de fraude en vue d'obtenir des remboursements indus auprès de la Société Mutualiste et pour quelle qu'assurance que ce soit ou de faits qui portent atteinte aux intérêts de la Société Mutualiste (comme par exemple piratage du système informatique) ou à l'intégrité physique ou psychique de son personnel (agression physique, verbale,...).

Dans les cas visés aux points b) et c) ci-dessus ou dans les mêmes cas d'exclusion d'une autre assurance proposée par elle, la Société Mutualiste se réserve le droit d'appliquer un stage de 12 (douze) mois lors de toute demande de souscription ultérieure.

La Société Mutualiste se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités payées indûment.

L. SUBROGATION

Lorsque la Société Mutualiste intervient, ou est tenue d'intervenir, dans le cadre du présent contrat, elle est subrogée à l'assuré dans tous les droits et actions de celui-ci contre tout tiers.

En conséquence, l'assuré ne peut renoncer à aucun recours sans l'accord écrit préalable de la Société Mutualiste.

Il s'engage, en outre, à renouveler cette subrogation à la demande de la Société Mutualiste. Dans tous les cas, la Société Mutualiste dispose de la faculté de juger de l'opportunité d'intenter une action en justice et sur les suites qu'il convient d'y donner.

M. CONTESTATIONS - LITIGES

La Société Mutualiste se réserve le droit de faire contrôler par son dentiste-référent l'état de santé de l'assuré et d'obtenir de ce dernier les informations demandées.

Toute contestation de nature médicale ou dentaire entre l'assuré et la Société Mutualiste sera soumise à un collège arbitral composé, d'une part, du dentiste désigné par l'assuré et, d'autre part, du dentiste-référent de la Société Mutualiste.

En cas de désaccord, ils désigneront de commun accord un troisième dentiste dont la décision sera définitive.

Chacune des parties supportera les honoraires et frais de son dentiste. Les honoraires et frais du troisième dentiste seront partagés par moitié.

N. CORRESPONDANCE ET PREUVE

Les communications ou notifications destinées à la Société Mutualiste doivent être faites à la Société Mutualiste ; celles destinées au preneur sont faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aura notifiée ultérieurement à la Société Mutualiste.

Le preneur d'assurance s'engage à réceptionner toutes les lettres et correspondances recommandées ou autres que lui adresserait la Société Mutualiste ou ses agents d'assurance ; en cas de refus d'acceptation de ces lettres et correspondances, celles-ci seront considérées comme lui étant parvenues. Il sera définitivement justifié :

- de l'envoi de lettres de la Société Mutualiste par le récépissé de la poste lorsqu'il s'agit d'une lettre recommandée et ;
- du contenu des lettres et dossiers de la Société Mutualiste par les copies en possession de la Société Mutualiste.

O. LITIGES ET PLAINTES

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte relative au présent contrat doit être adressée au Service Juridique de la Société Mutualiste à l'adresse suivante :

Solidaris assurances - Service Juridique, Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, ou au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à B- 1000 BRUXELLES
ou via le site www.ombudsman-insurance.be.

P. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Les parties élisent domicile :

a) la Société Mutualiste, à son siège social ;

b) le preneur d'assurance, à sa dernière adresse communiquée à la Société Mutualiste.

Le preneur d'assurance a l'obligation d'aviser la Société Mutualiste de tout changement de résidence, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile connu par la Société Mutualiste.

Q. VIE PRIVÉE

Le preneur d'assurance et les personnes assurées autorisent la Société Mutualiste à recueillir et à traiter toutes les données et informations à caractère personnel et médical les concernant et qui sont nécessaires à l'exécution du présent contrat.

La Société Mutualiste ne recueille, traite et utilise les informations et données à caractère personnel et médical qu'en vue d'exécuter ledit contrat ; ces informations et données sont adéquates, pertinentes et non excessives par rapport à cette finalité.

R. PRINCIPE DE SOLIDARITÉ

La présence d'une maladie, d'une affection ou d'une situation (accident ou handicap) préexistante dans le chef d'un assuré n'entraîne ni rejet de l'assuré, ni majoration de prime, ni restriction de l'intervention de la Société Mutualiste.

S. PRESCRIPTION

Le droit aux prestations prévues par le présent contrat se prescrit par trois ans à compter du jour de l'intervention ou du traitement et ce, conformément à l'article 88 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

T. INFLUENCE DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

T.1. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre au sein de la SMA

§ 1^{er}. On entend par « assurance complémentaire »: les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), organisés par une mutualité affiliée, par l'union nationale et par la société mutualiste auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

§ 2^o. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut devenir membre de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

§ 3^o. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut devenir membre de la SMA

et ne peut donc pas bénéficier de la couverture de la SMA.
§4°. Suite à l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 14 janvier 2021 portant modification de l'arrêté royal du 7 mars 1991, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée tel que prévu au paragraphe précédent, avant le 1er janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25e mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa 2 s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2ter, alinéa 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2ter. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa 2.

T.2. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la qualité de membre au sein de la SMA et sur le maintien du bénéfice de la couverture de la SMA

§ 1er. On entend par « assurance complémentaire »: les services visés au point T.1., § 1er, des présents statuts.

§ 2°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité de membre de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

§ 3°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité de membre de la SMA et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la SMA et ce, même si elle était en ordre au niveau du paiement des primes pour la SMA.

Elle ne peut redevenir membre de la SMA et bénéficier à nouveau de la couverture de la SMA aux conditions fixées par les présents statuts pour les nouvelles affiliations à cette date, que si elle est en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire de sa mutualité, depuis qu'est entamée la période d'attente du droit durant laquelle elle doit y payer lesdites cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire. Par période d'attente, nous entendons la période dont la durée est définie dans l'article 2 quater de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, l'article 14, §3, et l'article 19, alinéas 3 et 4 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Les dispositions relatives à la période d'attente réduite ont été

insérées dans l'arrêté royal précité avec effet au 1er janvier 2022. En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période visée à l'alinéa précédent, cette personne perd sa qualité de membre de la société mutualiste. Cette période de 6 mois est suspendue :

- 1° lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations visées se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

§4°. Suite à l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 14 janvier 2021 portant modification de l'arrêté royal du 7 mars 1991, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée tel que prévu au paragraphe précédent, avant le 1er janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25e mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa 2 s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2ter, alinéa 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2ter. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa 2.

POUR NOUS CONTACTER

www.solidaris-wallonie.be • Tél. : 0800/231.00

Sites d'exploitation :

Solidaris Assurances : 36 rue Douffet - 4020 Liège • **Solidaris Assurances** : 32-38 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles
• **Solidaris Assurances** : 1 place de la Mutualité - 6870 Saint-Hubert

