MC Assure



Assurance soins dentaires
Conditions générales

MUTUALITE CHRETIENNE

2027

SOMMAIRE

Article 1 – Conditions de souscription 3
Article 2 – Impact du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre de MC Assure, sur la qualité de membre de MC Assure et le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de MC Assure 3
Article 3 – Étendue territoriale 4
Article 4 – Conclusion du contrat d'assurance 4
Article 5 – Prise d'effet de la couverture 5
Article 6 – Stage 5
Article 6 bis – Plafond d'intervention 6
Article 7 – Exemption de souscription 6
Article 8 – Objet du contrat d'assurance 7
Article 9 – Principe de solidarité 7
Article 10 – Exclusions – absence d'intervention 8
Article 11 – Obligations du preneur d'assurance et des assurés secondaires 8
Article 12 – Modalités d'intervention 8
Article 13 – Primes 9
Article 14 – Défaut de paiement de la prime 9
Article 15 – Modifications contractuelles et tarifaires 9
Article 16 – Durée et fin du contrat d'assurance 10
Article 17 – Protection des données à caractère personnel 11
Article 18 – Subrogation et récupération 11
Article 19 – Abrogé 12
Article 20 – Délai de prescription 12
Article 21 – Abrogé 12
Article 22 – Litiges ou plaintes 12
Article 23 – Fixation de la prime 13
Article 24 – Conditions d'intervention 13
Article 25 – Remboursements et interventions 14

ANNEXE 1 **16**

Primes 16

ANNEXE 2 **19**

Lexique 19

Article 1 – Conditions de souscription

§1. La couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est réservée aux affiliés MC, elle-même membre de MC Assure. La qualité d'affilié MC est exigée pendant toute la durée du contrat souscrit avec MC Assure.

On entend par affilié MC :

- Membre qui peut bénéficier d'un avantage à l'assurance complémentaire, au sens de l'article 2, 1°, de l'Arrêté royal du 7 mars 1991, à la MC.
- Membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage à l'assurance complémentaire est suspendue, au sens de l'article 2, 2°, de l'Arrêté royal du 7 mars 1991, à la MC.
- Membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage à l'assurance complémentaire est supprimée, au sens de l'article 2, 3°, de l'Arrêté royal précité du 7 mars 1991, à la MC à la condition qu'il soit en ordre de cotisation depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3 et suivants, de l'Arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services de l'assurance complémentaire qui y sont visés.

§2. Chaque titulaire au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités souhaitant souscrire une couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est tenu de le faire pour l'ensemble de son ménage mutualiste : lui et sa/ses personne(s) à charge.

§3. Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée par envoi recommandé, par courrier simple ou par voie électronique à la MC dans un délai de 30 jours à dater de la modification. Passé ce délai, celle-ci sera appliquée au 1er jour du mois qui suit la réception de l'information par la MC.

§4. Les droits et obligations des assurés et de MC Assure sont régis par le contrat d'assurance, lequel est formé par les présentes conditions générales, les conditions particulières d'assurance, et par les avenants éventuels.

Ces documents sont soumis à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, ses Arrêtés d'exécution, ainsi que la loi du 6 août 1990 relative aux unions nationales de mutualités.

Article 2 – Impact du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre de MC Assure, sur la qualité de membre de MC Assure et le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de MC Assure

§1. On entend par « assurance complémentaire » : les services visés à l'article 3, alinéa 1er, 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 d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, organisés par la MC et par l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes.

§2. Le membre qui bénéficie des avantages de l'assurance complémentaire :

- Peut souscrire une police d'assurance MC Assure.
- Peut bénéficier de la couverture MC Assure à condition que ses primes soient payées.

§3. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue :
- Peut souscrire une police d'assurance MC Assure mais ne bénéficiera de la couverture de MC Assure que pour autant que les primes soient payées.
- Continue de bénéficier de la couverture MC Assure à condition que ses primes MC Assure soient payées.

§4. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée :
- Ne peut souscrire une police d'assurance MC Assure et bénéficier de sa couverture.
- Voit sa police d'assurance résiliée par MC Assure et ne bénéficie plus de la couverture de MC Assure même si ses primes sont en ordre.

§5. Le membre, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, qui s'y est réinscrit et est en cours de stage durant une période comprise entre 6 à 24 mois pour pouvoir à nouveau bénéficier de ces avantages et qui est en ordre de cotisation depuis le début de ce stage, peut souscrire une police d'assurance MC Assure et bénéficier de la couverture aux conditions fixées par les présentes conditions générales pour les nouvelles affiliations.
Si durant ledit stage, le membre accuse un nouveau retard de 6 mois dans le paiement de ses cotisations, son contrat d'assurance sera résilié.

Cette période de 6 mois est suspendue :
- Si cette personne se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite.
- Si cette personne est devenue personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Article 3 - Étendue territoriale

§1. Peut bénéficier des garanties :
- L'assuré qui a sa résidence habituelle en Belgique.
- L'assuré qui a sa résidence habituelle à l'étranger pour autant qu'il reste assujetti à l'assurance obligatoire belge.

§2. L'assurance Dento + couvre uniquement les prestations dispensées par des prestataires agréés (selon la réglementation de l'assurance obligatoire du pays) en Belgique et dans les pays suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-Duché de Luxembourg.

Article 4 – Conclusion du contrat d'assurance

§1. Le contrat prend cours le 1er jour du mois qui suit la réception auprès de la MC des conditions particulières signées par le preneur d'assurance. Toutefois, si les conditions particulières sont reçues au-delà du 15 du mois qui suit leur émission, le contrat prendra cours le 1er jour du mois suivant.
Si les conditions particulières signées ne sont pas transmises auprès de la MC dans les 3 mois qui suivent leur émission, le contrat sera nul et non avenu même si les primes afférentes ont été payées, auquel cas, les primes seront remboursées.

Les conditions particulières reprennent les mentions prévues à l'article 64, §2 de la loi du 04 avril 2014 relative aux assurances.

§2. Un contrat d'assurance peut être conclu à distance. Il s'agit d'un contrat conclu entre l'entreprise et le consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de service à distance, sans la présence physique simultanée de l'entreprise et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'au moment, et y compris au moment, où le contrat est conclu.
Dans ce cas, il est conclu quand la MC ou MC Assure reçoit l'acceptation par voie électronique ou par voie postale du preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de quatorze jours pour annuler le contrat d'assurance, sans pénalité et sans obligation de motivation.
Le délai dans lequel peut s'exercer ce droit commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat d'assurance.
La résiliation émanant du preneur d'assurance prend effet au moment de la notification, celle émanant de l'assureur huit jours après sa notification.

§3. Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité ne constitue pas une souscription.

Article 5 – Prise d'effet de la couverture

§1. La garantie prend cours à la date du début du contrat d'assurance déterminée dans les conditions particulières pour autant que le stage ait pris fin.

§2. En cas d'ajout d'un assuré secondaire au contrat, la garantie prend effet à la date reprise sur l'avenant au contrat.

§3. Dans tous les cas, si un stage d'attente est prévu, l'assureur n'est tenu à aucune prestation aussi longtemps que ce stage n'est pas écoulé sauf en cas d'accident tel que prévu à l'article 6 §1 des présentes conditions générales.

Article 6 – Stage

§1. A partir de la date de prise d'effet de la couverture, l'assuré est soumis à une période de stage de six mois au cours de laquelle aucune prestation de l'assurance n'est accordée.
Lorsqu'un assuré est ajouté dans le contrat, il doit également accomplir un stage de six mois à partir de la date de prise d'effet de la couverture.
Le stage ne s'applique pas aux frais et soins dentaires consécutifs à un accident survenu après la prise d'effet de la garantie.

§2. Dispense de stage
- Par dérogation au §1, il y a une dispense de stage dans les cas suivants :
  - Si l'assuré était précédemment couvert par une assurance présentant des garanties similaires, dont le stage éventuel a été accompli et les primes y afférentes payées, pour autant que la date de prise de cours mentionnée dans les conditions particulières du nouveau contrat soit effective dans les 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente.

- Si le stage est en cours dans l'assurance précédente, la période déjà effectuée est déduite de la période de stage à effectuer auprès de MC Assure.
- Si l'assuré souscrit un contrat Dento + au cours du trimestre civil de la signature de sa première inscription comme titulaire auprès de la MC et pour autant que son stage ait été accompli durant le contrat Dento + souscrit par l'assuré principal dont il était personne à charge au sens de l'assurance obligatoire.
- En cas de naissance ou d'adoption, l'enfant est dispensé de stage à condition que l'assuré principal qui lui ouvre le droit à la couverture ait accompli son stage ou en ait été dispensé. Si le stage de l'assuré principal est en cours, celui de l'enfant correspondra au solde du stage de cet assuré principal.

Article 6 bis – Plafond d'intervention

§1. Le montant total des interventions est plafonné par année civile d'assurance et progressif les 3 premières années de couverture.

§2. Le montant du plafond par assuré est de :
- La 1re année civile, le montant du plafond est de 350 €.
- La 2e année civile, le montant du plafond est de 650 €.
- La 3e année civile et les suivantes, le montant du plafond est de 1.250 €.

§3. Si l'assuré était couvert par une assurance soins dentaires similaire dans les 3 mois qui précèdent la souscription de Dento +, le nombre d'années de souscription à l'ancienne couverture sera pris en compte pour déterminer le plafond de la nouvelle couverture : 350 €, 650 € ou 1.250 €.

§4. Plafond d'intervention en cas d'accident à partir du 1er janvier 2024 :
- Les interventions liées à un accident n'entrent pas en compte pour le calcul du plafond annuel.
- Pour des soins en lien avec un accident survenu à partir du 1er janvier 2024, l'intervention est plafonnée à 5000 € par sinistre. Si l'accident est survenu avant le 1er janvier 2024, le plafond d'intervention est de 2000 €. La date de l'accident détermine le plafond applicable.
- L'accident doit être postérieur à la date de souscription.
- L'accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.
- 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 en application de l'article « Conditions d'intervention ».

Article 7 – Exemption de souscription

Chaque preneur d'assurance souhaitant souscrire une couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est tenu de le faire pour l'ensemble du ménage mutualiste. Cette obligation ne sera pas applicable au membre du ménage mutualiste qui fournit la preuve qu'il est couvert par une autre assurance dentaire souscrite à titre privé ou collectif, c'est-à-dire prise en charge financièrement par son employeur.
- Si l'exemption est sollicitée au moment de la souscription du contrat, elle prend effet à la date

mentionnée dans les conditions particulières pour autant que l'attestation soit remise dans les 3 mois à dater de la prise de cours du nouveau contrat. Passé ce délai, elle prend effet le 1er jour du mois qui suit la réception de l'attestation d'assurance par la MC.

- Si en cours de contrat, un assuré acquiert une couverture d'assurance à titre collectif, l'exemption prend effet à la fin du mois de la réception de la demande et d'une attestation précisant le type d'assurance, la compagnie et la prise en charge financière totale ou partielle par l'employeur.
- Si en cours de contrat, un assuré acquiert une couverture d'assurance à titre privé, sa police d'assurance est résiliée suivant les conditions figurant dans l'article « Durée et fin du contrat d'assurance » des présentes conditions générales.

Article 8 – Objet du contrat d'assurance

§1. La couverture d'assurance a pour objet d'accorder, à charge de l'assureur, une intervention financière dans le coût des soins dentaires d'un assuré.
Il s'agit d'une assurance à caractère indemnitaire. En aucun cas l'indemnisation, cumulée ou non avec toute autre intervention pour la même cause, ne peut dépasser le montant des frais réellement supportés par l'assuré. L'intervention de l'assureur sera le cas échéant plafonnée en conséquence. L'assuré s'engage à communiquer à la MC ou MC Assure le décompte d'intervention d'un tiers assureur.

§2. L'assureur interviendra dans l'ordre suivant et après que l'assuré a épuisé toutes les possibilités d'intervention :

- A l'intervention légale de l'assurance obligatoire en ce compris le maximum à facturer (MAF)
- Emanant de la législation relative aux accidents du travail ou des maladies professionnelles, ou à toute indemnisation résultant du droit de la responsabilité civile
- Emanant de l'application de toute législation étrangère
- Emanant des interventions des services statutaires organisés dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Dans le cas où l'assuré bénéficie de plusieurs contrats d'assurance auprès de MC Assure et qu'une même prestation est susceptible d'être couverte par ces différents contrats, l'assurance Medi + interviendra en premier lieu, les assurances hospitalisation Hospi +, Hospi +100 ou Hospi +200 interviendront ensuite et l'assurance Dento + interviendra en dernier lieu.

§3. L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle.
L'octroi du remboursement le sera à titre d'avance récupérable, lorsqu'en vertu de législations spécifiques, un tiers est tenu d'intervenir. Lorsque l'assuré ou un membre de son ménage mutualiste se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, l'assureur récupérera toute somme pouvant être couverte par ladite législation. L'assuré s'engage à communiquer à la MC ou MC Assure le décompte d'intervention d'un tiers assureur.

Article 9 – Principe de solidarité

La présence d'une maladie, d'une affection ou d'un état préexistant dans le chef d'un assuré n'entraîne ni l'exclusion de cet assuré, ni majoration des primes, ni restriction dans l'intervention de MC Assure.

Article 10 – Exclusions – absence d'intervention

Sont exclus de la couverture d'assurance :
- Les soins et fournitures pour un traitement esthétique ne faisant pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.
- Les soins et fournitures résultant de l'utilisation d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.
- Les soins, fournitures résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, d'un sport rémunéré, y compris les entraînements.
- Les frais liés aux traitements expérimentaux, qui n'ont pas de base scientifique.
- 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 suppléments d'honoraires portant sur les soins dentaires remboursables par l'assurance obligatoire.

Article 11 – Obligations du preneur d'assurance et des assurés secondaires

§1. Les assurés doivent remplir la demande de consentement conformément à l'article « Protection des données à caractère personnel ».

§2. Le preneur d'assurance et/ou les assurés secondaires doit (doivent) communiquer à la MC ou MC Assure, dans les 30 jours à compter de la date de survenance de l'évènement, par envoi recommandé, courrier simple ou voie électronique :
- Tout changement d'adresse ou de composition de ménage.
- Le fait de cesser d'être soumis à la législation belge en matière de Sécurité sociale.
- Si une des conditions de souscription au contrat vient à être modifiée ou supprimée.

§3. Le preneur d'assurance et/ou les assurés doit (doivent) communiquer à la MC ou MC Assure le plus rapidement possible la survenance du sinistre à l'aide des documents prévus à cet effet (cfr. article « Modalités d'intervention » des présentes conditions générales) ainsi que toutes les pièces justificatives des frais exposés.

§4. Le preneur d'assurance est tenu de payer la prime dès réception de l'avis d'échéance.

Article 12 – Modalités d'intervention

§1. Les interventions de l'assureur sont accordées aux assurés :
- Soit sur présentation d'une demande d'intervention dûment complétée et des pièces justificatives des frais exposés.
  Sont valables comme demande d'intervention : le formulaire de demande d'intervention de MC Assure ou le formulaire harmonisé approuvé par la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM).
- Soit automatiquement, sans demande d'intervention.
  L'intervention automatique concerne certains frais repris aux §1, §2, §3 et §5 de l'article « Remboursements et interventions » des présentes conditions générales.
  Toute note de crédit éventuelle devra être transmise à l'assureur dans les meilleurs délais.

§2. Conformément aux lois relatives à la protection des données à caractère personnel et aux droits du patient, l'assuré ou la personne désignée par celui-ci autorise MC Assure à réclamer intégralement auprès du prestataire de soins, de l'établissement concerné les données médicales et/ou les rapports rédigés dans le cadre d'un examen unilatéral ou contradictoire. MC Assure est également autorisé à récupérer auprès de l'établissement ou du prestataire de soins les montants facturés à tort et qui ont donné lieu à son intervention.

§3. Le remboursement des frais exposés se fera selon le barème des honoraires fixé par l'assurance obligatoire dans les limites des plafonds d'intervention et sous déduction des interventions préalables intervenues conformément à l'article « Objet du contrat d'assurance » des présentes conditions générales.

Article 13 – Primes

La prime est toujours payée anticipativement. Elle peut être payée par virement annuel ou par domiciliation trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon le choix du preneur d'assurance.
La prime est due par le preneur d'assurance dès que celui-ci a reçu l'avis d'échéance.
Lors de l'ajout d'un nouvel assuré secondaire, la modification du montant de la prime prend cours au premier jour du mois qui suit cet ajout.
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.

Article 14 – Défaut de paiement de la prime

Le défaut de paiement de la prime ou d'une partie de celle-ci à l'échéance peut donner lieu à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure.
La mise en demeure est adressée soit par exploit d'huissier, soit par envoi recommandé et vaut sommation de payer endéans un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du lendemain du dépôt de l'envoi recommandé.
La résiliation du contrat prend effet à compter du lendemain du jour où le délai de 15 jours prend fin.

Article 15 – Modifications contractuelles et tarifaires

§1. Les primes, franchises et prestations peuvent être indexées de plein droit avec effet au début de chaque année d'assurance telle que définie à l'article 13, sur base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation mesurée au mois de juin. Ainsi, pour l'année « n », l'indexation est calculée en multipliant la prime, la franchise ou prestation par le rapport entre l'indice de l'année « n-1 » et celui de l'année « n-2 ».

§2. Les primes, franchises et prestations peuvent également être adaptées au début de chaque année d'assurance sur base d'un ou plusieurs indices médicaux spécifiques calculés et publiés au Moniteur belge par le SPF Economie, si l'évolution de cet ou de 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.

§3. L'Office de contrôle des mutualités peut exiger que MC Assure mette un tarif en équilibre si l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. En outre, l'Office de contrôle des mutualités, à la demande de MC Assure et si elle constate que l'application de ce tarif, nonobstant l'application des §1 et §2, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, peut autoriser MC Assure à prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre. Ces mesures peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture.

§4. L'augmentation des primes s'applique :
- Aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de l'Office de contrôle des mutualités.
- Et, sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurance, aux primes de contrats en cours qui viennent à échéance à partir du 1er jour du 2e mois qui suit la notification de la décision de l'Office de contrôle des mutualités.

§5. Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation en relation avec cette couverture, imposé par la loi ou par toutes autres dispositions réglementaires, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

§6. Si MC Assure modifie les conditions ou les montants des primes, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite. L'adaptation de la prime, des conditions générales et tarifaires s'appliquera à l'assurance en cours.

§7. Dans des circonstances exceptionnelles et conformément à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, d'autres modifications des conditions de couverture peuvent être autorisées par l'Office de contrôle des mutualités.

Article 16 – Durée et fin du contrat d'assurance

§1. Le contrat d'assurance est conclu à vie sauf dans les situations prévues au §2 et sans préjudice des dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

§2. Le contrat prend fin en cas de :
- Résiliation par le preneur d'assurance :
  - Sans motif après au minimum 1 an de souscription à l'assurance : à la fin du trimestre en cours pour autant que la demande de résiliation ait été introduite auprès de la MC ou MC Assure au plus tard le dernier jour du deuxième mois de ce même trimestre. À défaut, la résiliation est reportée à la fin du trimestre suivant.
  - Suite à un avis de modification des conditions contractuelles ou tarifaires (hors indice à la consommation ou indice médical spécifique) : dans les 3 mois qui suivent la notification par l'assureur de ces modifications. La prise d'effet aura lieu le mois suivant la réception de la demande de résiliation auprès de la MC ou MC Assure.
  - Si assurance similaire via l'employeur : à la fin du mois de réception de la demande de la MC ou MC Assure et d'une attestation qui précise expressément le type d'assurance, la compagnie, les personnes assurées et la prise en charge financière totale ou partielle par l'employeur.
- Résiliation par MC Assure :
  - Si non-paiement des primes.
  - Si décès du preneur d'assurance.
  - Si l'assuré ne remplit plus les conditions de souscription reprises à l'article

« Conditions de souscription » des présentes conditions générales
- A la fin du mois au cours duquel l'assuré, qui était à la charge d'un titulaire membre de l'assurance facultative, s'inscrit en qualité de titulaire auprès d'un autre organisme assureur.
- A la fin du mois au cours duquel l'assuré, qui était titulaire membre de l'assurance facultative, s'inscrit en qualité de personne à charge auprès d'un autre organisme assureur.
- A la fin du trimestre qui précède l'entrée en vigueur de l'inscription d'un assuré non visé ci-dessus auprès d'un autre organisme assureur.

- En cas de fraude de l'assuré vis-à-vis de MC Assure.
- Si l'assuré devient un affilié MC dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée.

§3. La demande de résiliation doit être envoyée par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

§4. La résiliation n'a pas pour effet de mettre fin à une éventuelle dette en faveur de l'assureur. Les primes et arriérés de primes restent dus dans le chef de l'assuré durant une période de 3 ans. Le cas échéant, MC Assure effectuera une compensation entre son intervention et la dette du preneur d'assurance.

§5. Si le contrat auprès de MC Assure a été résilié :
- Un nouveau contrat pourra être conclu sans stage si celui-ci a été accompli dans le contrat précédent et aux conditions tarifaires et de couverture du contrat précédent, si la nouvelle souscription a lieu dans les 3 mois qui suivent la résiliation après apurement des dettes éventuelles.
- Au-delà des 3 mois qui suivent la résiliation, un nouveau contrat ne pourra être conclu qu'après une période de minimum 3 ans après la date de résiliation et aux nouvelles conditions contractuelles et tarifaires.

Article 17 – Protection des données à caractère personnel

MC Assure traite les données personnelles conformément à la réglementation sur la protection des données à caractère personnel. La politique de traitement de données personnelles de MC Assure est disponible sur le site mc.be/disclaimer et à la requête de l'assuré.
MC Assure est tenue de solliciter le consentement des assurés afin de pouvoir traiter les données relatives à la santé.

Article 18 – Subrogation et récupération

§1. MC Assure est subrogée, à concurrence du montant de son intervention dans les droits et actions de l'assuré contre le tiers responsable du dommage, conformément à l'article 95 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

§2. MC Assure n'exercera aucun recours contre les membres de la famille de l'assuré qui ont causé l'accident de manière non intentionnelle, sauf si leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

§3. L'assuré ne peut renoncer à un quelconque recours sans l'accord de MC Assure.

Article 19 - Abrogé

Article 20 – Délai de prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de 3 ans conformément aux articles 88 et 89 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
Toute demande de remboursement doit être obligatoirement transmise à la MC avant l'expiration d'un délai de 3 ans qui court à partir du jour de la date de réception de la facture de l'assuré. Si l'assuré n'a pas la preuve de la date de réception, on retiendra comme date de réception le troisième jour ouvrable qui suit la date mentionnée sur la facture.

Article 21 – Abrogé

Article 22 – Litiges ou plaintes

§1. Gestion des plaintes
En cas de litige relatif à l'exécution du présent contrat, l'assuré a la possibilité de s'adresser :
- au service des plaintes de la MC, chaussée de Haecht 579 boîte 40 à 1031 Bruxelles (plaintes@mc.be | mc.be/plaintes)
- au médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes par e-mail à l'adresse mediateur@mc.be ou par courrier à Alliance nationale des Mutualités chrétiennes - Médiateur, chaussée de Haecht 579 boîte 40 à 1031 Bruxelles
- à l'Ombudsman des assurances par e-mail à l'adresse info@ombudsman-insurance.be ou par courrier à Service Ombudsman des assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (ombudsman-insurance.be/fr).

§2. Juridictions
Toute contestation relative aux présentes conditions générales et aux contrats d'assurance conclus avec MC Assure est soumise au droit belge et relève de la compétence exclusive des juridictions belges.

§3. Responsabilité des auxiliaires
Dans les limites de la loi, les assurés ne peuvent pas engager une action en responsabilité extra-contractuelle contre les auxiliaires de MC Assure pour la réparation des dommages causés par le non-respect des obligations contractuelles par ces auxiliaires dans le cadre de prestations contractuelles fournies à l'assuré, même si l'événement à l'origine du dommage constitue également un acte illicite.
Par auxiliaire, on entend une personne physique ou morale qui contribue à l'exécution des obligations contractuelles de MC Assure.

Article 23 – Fixation de la prime

§1. La prime due par le débiteur est calculée en fonction du nombre et de l'âge des assurés auxquels elle ouvre le droit. Si le contrat débute après le 45e anniversaire, la prime est majorée. La majoration ne s'applique qu'à l'assuré concerné.
C'est l'âge atteint au moment de la prise de cours du contrat qui détermine le montant de la prime et de la majoration éventuelle. La majoration de primes n'est pas appliquée si l'assuré est couvert par une assurance similaire dans un délai inférieur à 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente avec le stage accompli.

§2. Le montant de la prime annuelle est déterminé :
- Pour un nouvel assuré à MC Assure, par l'âge atteint à la date de prise de cours de son contrat
- Pour tout autre assuré, par l'âge atteint au 1er janvier de l'année civile.

Quand l'assuré est couvert simultanément par une assurance hospitalisation de MC Assure et par la Dento +, il bénéficie d'un tarif préférentiel en Dento +.

§3. Le montant des primes annuelles et la répartition de ces primes en frais d'administration, frais de distribution et primes hors de ces frais sont repris à l'annexe « Primes » des présentes conditions générales.

Article 24 – Conditions d'intervention

§1. Plan de traitement
En cas d'accident, un plan de traitement est exigé pour les traitements prothétiques, de parodontologie et d'orthodontie qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire. Le plan de traitement n'est pas obligatoire quand les soins à recevoir ne sont pas liés à un accident.

En cas d'accident, le plan de traitement doit être introduit préalablement au début du traitement. Aucune intervention n'aura lieu pour les soins effectués avant réception de celui-ci. Il doit reprendre l'ensemble des soins nécessaires : type de soin, remboursement par l'assurance obligatoire, matériel utilisé, numéro de dent ou quadrant, coût du soin, période des soins estimée ainsi que le numéro Inami et la signature du prestataire.
En outre, il doit être accompagné d'un rapport médical décrivant l'accident et les lésions ainsi que d'une radio montrant lesdites lésions. L'assureur donne ou non son accord sur la prise en charge financière, totale ou partielle, dans les limites prévues par les présentes conditions générales et communique à l'assuré la mesure de cette prise en charge.

§2. Délai de renouvellement
Après une intervention de Dento + pour des soins non couverts par l'assurance obligatoire en orthodontie, prothèse, parodontologie, un délai de renouvellement est appliqué :
- Pour l'orthodontie :
  - Un appareil orthodontique est indemnisable une fois tous les 15 ans
  - Un appareil de contention est indemnisable une fois tous les 15 ans
- Pour les prothèses fixes : 15 ans entre deux prestations/soins du même type qui remplissent la même fonction médicale et au même endroit
- Pour les radiographies 3D préalables à la pose d'un implant : 1 an
- Pour la pose de prothèses amovibles : 7 ans

- Pour les prestations/soins parodontologiques : 7 ans
- Pour les détartrages sous gingivaux : 1 an
- Pour les remboursements des réparations, adjonctions, remplacements de base des prothèses amovibles, les délais de renouvellement sont identiques aux catégories d'âges définies dans les conditions de l'assurance obligatoire

§3. Possibilité de vérification
En ce qui concerne les soins dentaires non couverts par l'assurance obligatoire, MC Assure se réserve le droit de demander les documents nécessaires au prestataire pour en vérifier la nature et l'exécution.

Article 25 – Remboursements et interventions

L'annexe 2 des conditions générales définit une série de notions utilisées dans le présent article. L'intervention de Dento + est strictement limitée au présent article.

§1. Soins préventifs
Remboursement automatique des tickets modérateurs des soins préventifs remboursés par l'assurance obligatoire pour les assurés de 19 ans et plus : examen buccal annuel, détartrage, nettoyage prophylactique.

§2. Orthodontie
- Intervention forfaitaire de 750 € en début de traitement d'orthodontie, lors de la pose d'un appareillage :
  - Si traitement classique remboursé par l'assurance obligatoire : intervention automatique sur base de la prestation 305631–305642 « forfait pour appareillage, par traitement et en début de traitement ».
  - Si traitement non remboursé par l'assurance obligatoire : intervention sur base de la note d'honoraires acquittée mentionnant l'appareillage.
- Intervention forfaitaire de 250 €, en fin de traitement d'orthodontie, pour l'appareil de contention sur base de la facture.
- Aucune intervention n'est prévue pour l'orthodontie de première intention.

§3. Soins curatifs
- Soins remboursés par l'assurance obligatoire
  - Remboursement automatique des tickets modérateurs des soins curatifs remboursés par l'assurance obligatoire pour les assurés de 19 ans et plus : consultations, radiographies, extractions et soins conservateurs.
- Soins en dehors des catégories d'âge remboursées par l'assurance obligatoire
  - Intervention pour les extractions dentaires et les compléments pour suture pour la catégorie d'âge exclue par l'assurance obligatoire à hauteur du barème officiel et selon les conditions de l'assurance obligatoire prévues pour ces soins.
- Soins non remboursés par l'assurance obligatoire
  - Intervention forfaitaire de 25 € par extraction d'incisive de lait avant le 5e anniversaire.
- Intervention sur base du prix réellement payé jusqu'à 100 € pour une "utilisation du microscope opératoire en endodontie" (381113 et 381124). Une seule utilisation remboursable par jour pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 2027.

§4. Prothèses et implants

- Prothèses fixes et implants non remboursés par l'assurance obligatoire
  - Remboursement de 75 % du montant à charge de l'assuré.
  - Remboursement de 75 % des frais de guide chirurgical liés à la pose d'un implant non remboursé par l'assurance obligatoire et remboursé par Dento + pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 2027.
- Prothèses amovibles non remboursées par l'assurance obligatoire
  - Intervention pour la catégorie d'âge exclue par l'assurance obligatoire à hauteur de 75 % du barème officiel et selon les mêmes conditions que l'assurance obligatoire.
  - Intervention pour les réparations de prothèse, les adjonctions de dent à une prothèse et les remplacements de base pour la catégorie d'âge exclue par l'assurance obligatoire à hauteur de 75 % du barème officiel et selon les mêmes conditions que l'assurance obligatoire.
- Prothèses amovibles remboursées par l'assurance obligatoire
  - Prise en charge des tickets modérateurs des prothèses amovibles remboursées par l'assurance obligatoire.
  - Prise en charge des tickets modérateurs des réparations de prothèses, des adjonctions de dent à une prothèse et des remplacements de base remboursées par l'assurance obligatoire.
- Suppléments pour prothèses amovibles
  - Intervention de maximum 100 € pour le matériel supplémentaire et spécifique nécessaire au niveau médical et/ou fonctionnel d'une prothèse en résine remboursée par l'assurance obligatoire ou par Dento +.
  - Intervention de maximum 300 € pour le supplément « squelettique » d'une prothèse remboursée par l'assurance obligatoire ou par Dento +.
- Radiographie 3D préalable au placement d'un implant dentaire : intervention de maximum 75 € pour les assurés âgés de 18 ans et plus.

§5. Parodontologie

- Soins remboursés par l'assurance obligatoire
  - Remboursement automatique des tickets modérateurs des soins de parodontologie remboursés par l'assurance obligatoire : la détermination de l'index parodontal, le détartrage sous gingival et l'examen buccal parodontal.
- Soins en dehors des catégories d'âge remboursées par l'assurance obligatoire
  - Intervention sur le détartrage sous gingival et l'examen buccal parodontal pour la catégorie d'âge exclue par l'assurance obligatoire à hauteur du barème officiel.
- Sinus Lift ou augmentation osseuse sous sinusale préalable au placement d'un implant dentaire
  - Intervention forfaitaire de 300 € par quadrant dentaire supérieur pour les assurés âgés de 18 ans et plus.
- Soins non remboursés en assurance obligatoire réalisés auprès d'un praticien de l'art dentaire (chirurgie parodontale, greffe, comblement osseux…).
  - Intervention forfaitaire de 100 € par quadrant. Les assurés ayant bénéficié de l'intervention plafonnée à 75 €, qui était octroyée pour les prestations effectuées jusqu'au 31 décembre 2021, ne bénéficieront de ce forfait de 100 € qu'après le délai de renouvellement de 7 ans prévu dans les conditions générales.

Annexe 1

Primes

On entend par :

- Frais de distribution : les dépenses effectuées pour informer une personne souhaitant souscrire un contrat d'assurance ou obtenir des informations supplémentaires sur les conditions d'un contrat existant.
- Frais d'administration : les frais généraux (= non directement liés à une gestion individualisée des assurés) de MC Assure et les dépenses opérationnelles (exemple : les dépenses occasionnées par la perception des primes) qui ne sont ni des frais de distribution, ni des frais de gestion des demandes de remboursement introduites par les assurés.

Les comptes annuels de MC Assure, certifiés par son réviseur externe indépendant, sont la source du calcul des pourcentages utilisés pour répartir les primes payées par les preneurs d'assurance. Ces pourcentages sont calculés en comparant les différentes catégories de frais aux primes acquises, tous les produits d'assurance confondus.

Au 1er janvier 2027, les montants annuels de la prime sont les suivants :

Primes non majorées sans souscription simultanée d'une assurance hospi de MC Assure

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
Jusqu'à 6 ans	**0,00 €**	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
De 7 à 17 ans	**78,84 €**	0,00 €	78,84 €	8,99 €	2,49 €	67,36 €
De 18 à 29 ans	**107,04 €**	0,00 €	107,04 €	12,20 €	3,38 €	91,46 €
De 30 à 49 ans	**178,80 €**	0,00 €	178,80 €	20,38 €	5,65 €	152,77 €
De 50 à 64 ans	**206,04 €**	0,00 €	206,04 €	23,49 €	6,51 €	176,04 €
A partir de 65 ans	**224,16 €**	0,00 €	224,16 €	25,55 €	7,08 €	191,53 €

Primes majorées sans souscription simultanée d'une assurance hospi de MC Assure

Age actuel	Age de souscription	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 45 à 49 ans	De 45 à 49 ans	196,92 €	0,00 €	196,92 €	22,45 €	6,22 €	168,25 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 54 ans	226,68 €	0,00 €	226,68 €	25,84 €	7,16 €	193,68 €
	De 55 à 64 ans	247,44 €	0,00 €	247,44 €	28,21 €	7,82 €	211,41 €
A partir de 65 ans	De 45 à 54 ans	246,48 €	0,00 €	246,48 €	28,10 €	7,79 €	210,59 €
	De 55 à 64 ans	269,04 €	0,00 €	269,04 €	30,67 €	8,50 €	229,87 €
	A partir de 65 ans	314,16 €	0,00 €	314,16 €	35,81 €	9,93 €	268,42 €

Primes non majorées avec souscription simultanée d'une assurance hospi de MC Assure

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
Jusqu'à 6 ans	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
De 7 à 17 ans	71,28 €	0,00 €	71,28 €	8,13 €	2,25 €	60,90 €
De 18 à 29 ans	96,60 €	0,00 €	96,60 €	11,01 €	3,05 €	82,54 €
De 30 à 49 ans	161,04 €	0,00 €	161,04 €	18,36 €	5,09 €	137,59 €
De 50 à 64 ans	185,52 €	0,00 €	185,52 €	21,15 €	5,86 €	158,51 €
A partir de 65 ans	201,72 €	0,00 €	201,72 €	23,00 €	6,37 €	172,35 €

Primes majorées avec souscription simultanée d'une assurance hospi de MC Assure

Age actuel	Age de souscription	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 45 à 49 ans	De 45 à 49 ans	**177,12 €**	0,00 €	177,12 €	20,19 €	5,60 €	151,33 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 54 ans	**203,52 €**	0,00 €	203,52 €	23,20 €	6,43 €	173,89 €
	De 55 à 64 ans	**222,48 €**	0,00 €	222,48 €	25,36 €	7,03 €	190,09 €
A partir de 65 ans	De 45 à 54 ans	**222,00 €**	0,00 €	222,00 €	25,31 €	7,02 €	189,67 €
	De 55 à 64 ans	**241,92 €**	0,00 €	241,92 €	27,58 €	7,64 €	206,70 €
	A partir de 65 ans	**282,84 €**	0,00 €	282,84 €	32,24 €	8,94 €	241,66 €

Annexe 2

Lexique

ACCIDENT
Évènement soudain, imprévisible et indépendant de la volonté de l'assuré portant atteinte à l'intégrité physique de la personne par l'action subite d'une force extérieure et générant des frais en soins de santé.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE (AC)
Ensemble des opérations et autres services organisés par la MC et l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes au bénéfice des affiliés en ordre de paiement de cotisation.

ASSURANCE OBLIGATOIRE (AO)
Assurance, régie par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité et dépendant de la Sécurité sociale, qui donne droit aux remboursements des soins de santé et au paiement des indemnités.

ASSURANCE SIMILAIRE DENTAIRE
Toute assurance de type indemnitaire dont les remboursements couvrent des soins dentaires remboursés par l'assurance obligatoire et des soins non remboursés par l'assurance obligatoire.

ASSURÉ
Le preneur d'assurance et les personnes à charge désignés dans les conditions particulières et les avenants éventuels qui bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

CONTRAT D'ASSURANCE
Contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime, l'assureur s'engage envers le preneur d'assurance (et les assurés secondaires) à fournir une prestation stipulée dans le contrat qui est formé par les conditions générales, les conditions particulières d'assurance et par les avenants éventuels.

ENDODONTIE
Soin dentaire voué au traitement des tissus de l'intérieur de la dent et de ses racines.

GARANTIE
Obligation de remboursements ou de prestations que le contrat impose à l'assureur en cas de réalisation du risque.

IMPLANT DENTAIRE
Vis fixée dans l'os de la gencive afin de remplacer le support naturel de la dent qui a disparu : la racine dentaire.

MAXIMUM À FACTURER (MAF)
Mesure de protection financière qui limite les frais médicaux annuels d'un ménage à un montant plafonné par année civile en fonction des revenus et de la santé.

MÉNAGE MUTUALISTE
Un ménage mutualiste comprend un titulaire et sa(ses) personne(s) à charge selon les règles fixées en assurance obligatoire pour les soins de santé.

ORTHODONTIE
Spécialité dentaire vouée à la correction des mauvaises positions des mâchoires et des dents afin d'optimiser l'occlusion ainsi que le développement des bases osseuses dans un but fonctionnel et esthétique.

PARODONTOLOGIE
Spécialité dentaire vouée au traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolodentaire.

PERSONNE À CHARGE
Personne rattachée au dossier de l'assuré principal, appelé aussi titulaire, et qui bénéficie des mêmes avantages.

PRENEUR D'ASSURANCE
Personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des/d'autres assurés secondaires.

PRIME
Montant fixé en vertu des statuts de MC Assure, majoré, le cas échéant, de la taxe sur les contrats et des impôts, contributions ou cotisations imposées par une loi ou par toute autre disposition réglementaire.

PROTHÈSE DENTAIRE
Matériel destiné à remplacer des dents absentes et prenant la forme de prothèses amovibles, de prothèses fixes ou de prothèses sur implants dentaires. Les techniques ou outils utilisés pour la pose de l'implant ne sont pas visés, sauf le guide chirurgical.

PROTHÈSE AMOVIBLE
Prothèse dentaire totale ou partielle qui peut être enlevée et remise par la personne la portant. Elle peut être composée exclusivement de résine ou avoir une base métallique rigide.

PROTHÈSE FIXE
Prothèse dentaire qui est fixée dans la bouche, soit à une dent existante, soit à un inlay-core, soit à un implant dentaire. Elle peut remplacer une dent ou plusieurs dents.

STAGE
Période pendant laquelle l'assurance ne couvre aucun sinistre.

TICKET MODÉRATEUR
Différence restant à charge du patient entre l'honoraire fixé par la convention et le remboursement de l'organisme assureur.

TITULAIRE
Membre au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités : le titulaire des prestations de santé (visé aux articles 2, k) et de la loi relative à l'assurance obligatoire, coordonnée le 14 juillet 1994.

MC Assure est une société mutualiste d'assurances agréée par l'Office du contrôle des mutualités sous le n° 150/02 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'Arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, 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 l'Arrêté royal précité.

La MC, dont le siège social se situe à 1031 Bruxelles,
Chaussée de Haecht 579 boîte 40, est l'intermédiaire d'assurances pour MC Assure.

Photo couverture © AdobeStock – MC Assure-009706-01-01-2027

FSC
www.fsc.org
MIXTE
Papier issu de sources responsables
FSC® C019064

En savoir plus?

Rendez-vous sur **mc.be/dento**

Prenez contact avec l'un de nos conseillers : **mc.be/contact**

Consultez la fiche IPID Dento +
sur **mc.be/conditions-assurances**

MUTUALITE CHRETIENNE

MC. Avec vous pour la vie.