



Complémentaire santé

Conditions Spéciales OptiSoins Privilège



Juin 2021

Section	Contenu	Page
OptiSoins Privilège Conditions Spéciales		3
1. Conditions Spéciales d'assurances OptiSoins Privilège		4
1.1.	Objet de l'assurance	4
1.2.	Conditions d'assurabilité	4
1.3.	Prestations de la Compagnie	4
2. Conditions Spéciales d'assistance à l'étranger OptiSoins Privilège		10
2.1.	Définitions	10
2.2.	Objet et étendue géographique de l'Assistance aux personnes	11
2.3.	Les prestations d'Assistance aux personnes	12
2.4.	Notification d'une hospitalisation à l'étranger et demande d'assistance	15
3. Conditions Spéciales des services complémentaires OptiSoins Privilège pendant et après l'hospitalisation		17
3.1.	Objet et étendue géographique de l'assistance	17
3.2.	Services d'assistance au Luxembourg pendant l'hospitalisation	17
3.3.	Services d'assistance au Luxembourg après l'hospitalisation	19

OptiSoins Privilège Conditions Spéciales

Les **Conditions Spéciales OptiSoins Privilège** s'appliquent exclusivement en complément des **Conditions d'Assurances** santé **OptiSoins**.

Les **Conditions Spéciales OptiSoins Privilège** qui s'appliquent au bénéfice des seuls **Assurés** titulaires d'un contrat annuel d'assurance santé **OptiSoins**, sont divisées en 3 catégories:

- les **Conditions Spéciales** d'assurances **OptiSoins Privilège**
- les **Conditions Spéciales** d'assistance à l'étranger **OptiSoins Privilège**
- les **Conditions Spéciales** des services complémentaires **OptiSoins Privilège** pendant et après l'hospitalisation.

1. Conditions Spéciales d'assurances OptiSoins Privilège

1.1. Objet de l'assurance

1.1.1. La **Compagnie** garantit, en cas de **sinistre**, le paiement des prestations dans les limites et selon les modalités reprises dans les présentes **Conditions Spéciales**, en complément aux **Conditions d'Assurances OptiSoins**.

1.1.2. Est considéré comme **sinistre** le traitement médicalement requis de l'**Assuré** à la suite de la survenance d'une **maladie**, d'un accouchement ou d'un **accident corporel**. Le **sinistre** débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement. Si le traitement doit être étendu à une **maladie** ou aux suites d'un **accident** qui ne sont pas en relation directe avec le traitement en cours, il y a survenance d'un nouveau **sinistre**.

Le traitement médical peut être stationnaire dans un **établissement hospitalier** ou ambulatoire. Les soins dentaires et des yeux, ainsi que les traitements de prévention et de dépistage, sont des traitements médicaux ambulatoires et ne sont pas remboursables dans le cadre d'un traitement médical stationnaire.

1.2. Conditions d'assurabilité

Sont assurables, les personnes qui en même temps :

1.2.1. à la souscription, ont un âge d'entrée permettant le calcul de la prime selon une tranche d'âge prévue et en vigueur ;

1.2.2. ont leur **domicile** permanent légal au Grand-Duché de Luxembourg, en Allemagne, en Belgique ou en France, tout en y résidant au moins neuf mois par an ;

1.2.3. sont assurées de par leur emploi dans le cadre de l'**assurance maladie légale** luxembourgeoise (ci-après dénommée "**assurance maladie**") ;

1.2.4. sont acceptées sur la base des critères médicaux et techniques d'assurance.

1.3. Prestations de la Compagnie

1.3.1. Sont remboursés par la **Compagnie** dans le cadre d'un **sinistre** les frais médicaux ou prestations qui :

- ont un caractère curatif et/ou diagnostique ;
- sont médicalement nécessaires ;
- sont prestés par des dispensateurs de soins agréés ou pouvant prétendre à un statut comparable ;
- sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique ;

- sont exposés pendant la durée du **sinistre**.

L'assurance prend en charge les frais des prestations suivantes :

1.3.2. Le traitement médical en établissement hospitalier

1.3.2.1. Sont remboursés à 100%, dans le cadre d'un **sinistre**, en complément de l'intervention de l'**assurance maladie** :

- les frais des prestations médicales ;
- les frais de séjour en chambre particulière (1ère classe de type standard) à l'exception des repas et produits de confort.

Ne sont pas remboursables les frais de séjour en chambre particulière de type de luxe ;

- les frais de prestations annexes d'ordre diagnostique ou curatif facturés séparément par l'hôpital (par exemple, examen de laboratoire ou aux rayons X, **médicaments**, utilisation du bloc opératoire) ;
- les frais de transport en ambulance routière, lié à un **traitement en milieu hospitalier**, aller à l'hôpital et retour, jusqu'à 400 km au total ;
- le lit d'accompagnement d'un des parents dans la chambre de l'enfant hospitalisé pour autant que l'enfant n'ait pas encore atteint l'âge de 18 ans au moment de l'hospitalisation.

Ne sont pas remboursables les frais supplémentaires liés au séjour du parent ni les repas ;

- dans le cadre d'un accouchement, le lit d'accompagnement du père du nouveau-né dans la chambre de la mère hospitalisée, sous conditions que le père ou la mère soit assuré(e) par un contrat **OptiSoins**.

Ne sont pas remboursables les frais supplémentaires liés au séjour du père ni les repas ;

- les frais de location de téléphone fixe et de télévision, à l'exception des frais de communication.

En cas de traitement médical en **établissement hospitalier** à l'**étranger**, le taux de remboursement à 100% est également d'application même si l'intervention de l'**assurance maladie légale** dans le remboursement des frais médicaux est différente de celle pour un traitement similaire dans le pays du **domicile** de l'**Assuré**. En cas de non-intervention de l'**assurance maladie**, le remboursement est subordonné à un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**.

En ce qui concerne la psychothérapie stationnaire, le remboursement est subordonné à un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**.

1.3.3. Les soins médicaux ambulatoires

1.3.3.1. Sont remboursés à 100%, dans le cadre d'un **sinistre**, en complément de l'intervention de l'**assurance maladie**:

- les frais des actes médicaux prestés par un médecin lors d'une visite ou d'une consultation;
- les frais de psychothérapie ambulatoire ;
- les frais de **médicaments** (traditionnels ou homéopathiques) et de pansements ;
- les frais de prestations des infirmiers/infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures médicales, **orthopédistes-cordonniers-bandagistes** (à l'exclusion des prises de mesure) et sages-femmes considérés comme actes d'auxiliaires médicaux ;
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire, et les frais d'imagerie médicale ;
- les frais de soins curatifs de gymnastique médicale, rééducation fonctionnelle, massages, hydrothérapie, enveloppements, traitements par la chaleur, physiothérapie et électrothérapie.

En cas de non-intervention de l'**assurance maladie** pour l'un des 6 points ci-avant, le taux de remboursement est limité à 80% des frais remboursables. Pour certains cas de prestations en série, en cas de non-intervention de l'**assurance maladie**, le remboursement est subordonné à un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**.

En ce qui concerne la psychothérapie ambulatoire, le remboursement est subordonné à un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**.

1.3.3.2. Sont également remboursés, dans le cadre d'un **sinistre**, en complément de l'intervention de l'**assurance maladie**:

- les frais de soins prestés par des ostéopathes, naturopathes (Heilpraktiker), chiropracticiens et acupuncteurs,
 - à 100% en cas d'intervention de l'**assurance maladie**, avec un remboursement maximum de 700€ par an et par **Assuré** ;
 - à 80% en cas de non-intervention de l'**assurance maladie**, avec un remboursement maximum de 700€ par an et par **Assuré**.

Pour les cas de prestations en série, en cas de non-intervention de l'**assurance maladie**, le remboursement est subordonné à un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances** ;

- les frais d'hospitalisation médicalement requise dans un établissement qui offre également des **cures**, des traitements en sanatorium ou qui accueille des personnes convalescentes, pour autant que les frais y afférents ainsi que les frais relatifs à une **cure** couverte par le présent contrat aient reçu l'accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**, et dans les limites suivantes:
 - le nombre de jours de traitement maximum autorisé est de 21 par an et par **Assuré**,
 - les soins médicaux sont remboursés à 100% en cas d'intervention de l'**assurance maladie** et à 80% en cas de non-intervention de l'**assurance maladie**,
 - les frais d'hébergement et de transport sont limités à 225€ par an, par **cure** et par **Assuré** ;

toute **cure thermique** doit être prescrite par une **autorité médicale**. En cas de séjour dans une station thermique l'**Assuré** doit fournir à la **Compagnie** une attestation de séjour ;

- les frais de matériel thérapeutique tel que repris au point 1.7.10 des **Conditions d'Assurances** dans les limites suivantes :
 - remboursement à 100% en cas d'intervention de l'**assurance maladie** ;
 - remboursement à 80% en cas de non-intervention de l'**assurance maladie** ;
 - fauteuil roulant: remboursement de maximum 3.000€ par **Assuré**, tous les 3 ans au plus pour un **Assuré** de moins de 18 ans au moment du **sinistre**, et tous les 4 ans au plus pour les autres **Assurés** ;
 - chaussures et semelles orthopédiques (à l'exclusion des semelles de sport): maximum 700€ par an et par **Assuré** ;
 - perruques (en cas d'atteinte de **maladie grave**): remboursement de maximum 400€ par an et par **Assuré**.

1.3.3.3. En cas de traitement à l'**étranger**, les remboursements s'élèvent à 100% si l'**assurance maladie** intervient et qu'elle a versé des prestations équivalentes à celles appliquées en cas de traitement dans le pays du **domicile** de l'**Assuré**, et seulement à 80% dans les autres cas, sous réserve du point 1.10 des **Conditions d'Assurances** et étant précisé que les limites exprimées en euros ci-avant restent d'application dans tous les cas.

1.3.4. Les prestations de prévention et de dépistage

1.3.4.1. Sont remboursés en complément de l'intervention de l'**assurance maladie** :

- à 100% en cas d'intervention de l'**assurance maladie** ou à 80% en cas de non-intervention de celle-ci, et avec une limite maximale de 400€ par an et par **Assuré**:
 - les frais d'examens et d'analyses de dépistage de **maladies graves** ;
 - les frais de prestations d'un diététicien, dans des cas pathologiques et en collaboration avec l'équipe médicale traitant la pathologie.

En cas de non-intervention de l'**assurance maladie** et en cas de prestations en série, le remboursement est subordonné à un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**.

1.3.5. Les soins dentaires et des yeux

1.3.5.1. Sont remboursés à 100%, en complément de l'intervention de l'**assurance maladie**, avec une limite de 700€ tous les 2 ans par **Assuré** :

- les lunettes (verres et monture) et les lentilles de contact.

1.3.5.2. Les frais de chirurgie réfractive sont remboursés, en complément de l'intervention de l'**assurance maladie**:

- à 100% en cas d'intervention de l'**assurance maladie** et à 80% en cas de non-intervention de l'**assurance maladie**,
- et avec une limite de 400€ par œil.

Ne sont pas remboursables les frais supplémentaires et/ou annexes exposés par l'**Assuré** dans le cadre des soins des yeux tels que les produits d'entretien des lunettes ou des lentilles de contact, les cartes de fidélité, les frais de montage, d'envoi, de garantie, ou d'extension de garantie.

1.3.5.3. Sont remboursés, en complément de l'intervention de l'**assurance maladie** :

- les frais de soins dentaires à 100%, et à 80% en cas de non-intervention de l'**assurance maladie** ;
- les frais liés au détartrage professionnel avec une limite de 100€ par an et par **Assuré** ;
- les frais de traitement orthodontique à concurrence de 80% des frais réels exposés, desquels sont déduits les prestations de l'**assurance maladie**, pour autant qu'il débute avant le 17ème anniversaire de l'**Assuré** au moment du **sinistre**, étant précisé que ne seront pris en compte en vue de leur remboursement que les frais exposés au cours des 3 premières années du traitement ;
- les frais de traitement prothétique qui comprend les prothèses dentaires fixes ou amovibles, les réparations, les honoraires du médecin-dentiste, les frais de matériel et de laboratoire, ainsi que les mesures préalables à la pose de prothèse, à concurrence de 80% des frais réels exposés desquels sont déduits les prestations de l'**assurance maladie**. Les montants maximums remboursables sont repris au point 1.3.5.4.

En cas de non-intervention de l'**assurance maladie**, pour autant qu'il y ait eu un accord préalable de la **Compagnie** selon les modalités reprises au point 1.10 des **Conditions d'Assurances**, le remboursement des frais de traitement orthodontique est limité à 70% des frais réels exposés, et le remboursement des frais de traitement prothétique est limité à 70% des frais réels exposés avec les montants maximums remboursables repris au point 1.3.5.4.

1.3.5.4. Les montants maximums remboursables à prendre en considération dans le cadre des frais de traitement prothétique sont les suivants :

Prothèses fixes		Prothèses amovibles	
Couronne	800 €	Prothèse totale, haut ou bas (14 dents), plaque résine	1450 €
Implant	800 €		
Inlay	650 €		
Dent à pivot simple	500 €	Prothèse partielle, plaque résine	plaque bas: 330 €
Dent à pivot Richmond	1000 €		par dent: 65 €
Dent à pivot avec faux moignon	1000 €		par crochet: 120 €
Elément de bridge, or et résine	800 €	Supplément pour base métallique inox par maxillaire	400 €
Elément de bridge, or et céramique	800 €	Supplément de système de succion Lausap, Fixomatic, Vacuum, etc.	400 €
Ancrage spécial	800 €	Prothèse squelettée, chrome cobalt	Base de crochets : 850 €
Charnière	250 €		par dent: 300 €
Pour toutes autres prothèses		650 €	

Tous les frais supplémentaires et/ou annexes facturés lors d'un traitement de prothèse dentaire (exemples non limitatifs : couronne provisoire pour convenance personnelle,

métaux, etc...) sont compris dans les montants maximums remboursables mentionnés dans le tableau ci-dessus.

- 1.3.5.5. En cas de traitement à l'**étranger**, les pourcentages les plus élevés repris au point 1.3.5.3, soit 100%, soit 80%, sont à prendre en considération pour les remboursements si l'**assurance maladie** intervient et qu'elle a versé des prestations équivalentes à celles appliquées en cas de traitement dans le pays du **domicile** de l'**Assuré**, et à 70% dans les autres cas, pour autant qu'il y ait eu un accord préalable (cfr point 1.10 des **Conditions d'Assurances**) et étant précisé que les limites exprimées en euros restent d'application dans tous les cas.
- 1.3.5.6. Les prestations remboursables ajoutées à celles versées par l'**assurance maladie** et/ou un autre assureur ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réels exposés par l'**Assuré**.

2. Conditions Spéciales d'assistance à l'étranger OptiSoins Privilège

2.1. Définitions

Aux termes des présentes **Conditions Spéciales**, on entend par :

2.1.1. Autorité médicale compétente

Le praticien de l'art médical reconnu par la législation luxembourgeoise, ou par la législation en vigueur du pays où se trouve l'**Assuré**.

2.1.2. Domicile

Le **domicile** légal ou élu au Grand-Duché de Luxembourg, en Allemagne, en Belgique ou en France et mentionné aux **Conditions Particulières**.

2.1.3. Etranger

Tout pays en dehors du pays du **domicile** légal ou élu de l'**Assuré**.

2.1.4. Epidémie

Développement et propagation rapide d'une **maladie** contagieuse chez un grand nombre de personnes. L'**épidémie** se limite à une région, un pays ou à une zone bien définie.

2.1.5. Evacuation sanitaire

Le transport vers un centre de soins luxembourgeois ou **étranger**, d'un **Assuré** malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier). Une évacuation sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité de traitement adapté sur place.

2.1.6. Frais d'hôtel

Il s'agit des frais de chambre et de petit-déjeuner.

2.1.7. Incident médical

La **maladie** ou l'**accident corporel** frappant l'**Assuré**.

2.1.8. Pandémie

Une **épidémie** présente sur une large zone géographique internationale. Elle touche une partie particulièrement importante de la population mondiale.

2.1.9. Prestataire

Inter Partner Assistance s.a., RPM 0415.591.055, compagnie d'assurances agréée en Belgique sous le code n° 0487 pour pratiquer les assurances touristiques (Arrêtés royaux du 01.07.1979 et du 13.07.1979 – Moniteur belge du 14.07.1979 dont le siège est établi à B-1050 Bruxelles, av. Louise 166, bte 1.)

Tél. (+352) 44 24 24 4624

qui s'engage à effectuer pour le compte de la **Compagnie**, toutes les prestations d'assistance garanties. Toute demande d'intervention au titre du présent contrat doit en conséquence être adressée à **INTER PARTNER ASSISTANCE**.

2.1.10. Données

Les **données** à caractère personnel concernant l'**assuré** qui sont communiquées à la **Compagnie** dans le cadre de ce contrat, sont traitées à des fins de gestion d'assurance, gestion de la clientèle, lutte contre la fraude et gestion du contentieux, gestion des **sinistres** et des prestations d'assistance, par AXA Assurances Luxembourg et par Inter Partner Assistance SA, Avenue Louise 16/1, à 1050 Bruxelles et sont susceptibles d'être transférées par celle-ci à des prestataires et sous-traitants auxquels elle fait appel et pouvant être situés hors Union Européenne, dont entre autres la société AXA Business Services, pour les **données** recueillies par elle lors des prestations d'assistance.

2.1.11. Rapatriement

Retour des **Assurés** au **domicile** légal, ou à un hôpital proche du **domicile** légal, au Grand-Duché de Luxembourg, en Allemagne, en Belgique ou en France.

2.1.12. Séjour temporaire

Séjour limité à une durée de 60 jours calendriers consécutifs.

2.2. **Objet et étendue géographique de l'Assistance aux personnes**

2.2.1. Objet

Le **Prestataire** garantit, à concurrence des montants indiqués, taxes comprises, un service d'assistance en cas d'**incident médical** qui survient à l'**Assuré** lors d'un **séjour temporaire** à l'**étranger** et qui entraîne une hospitalisation.

La garantie d'assistance aux personnes ne s'applique donc pas pour les voyages entrepris dans le but de suivre un traitement curatif.

2.2.2. Etendue géographique

Les prestations d'assistance s'appliquent au **séjour temporaire** de l'**Assuré** à l'**étranger**. Les prestations sont également garanties dès que l'**Assuré** quitte son **domicile** pour tout déplacement à une distance supérieure à 100 km de son **domicile**.

2.2.3. Conditions d'octroi des services d'assistance

Le **Prestataire** intervient pendant la période de validité du contrat à la suite d'événements définis et au cours de la vie privée ou professionnelle dans les limites de l'étendue territoriale et des montants garantis.

Ces événements doivent obligatoirement faire l'objet d'une demande d'intervention auprès du **Prestataire** au moment des faits, sauf dispositions contraires expresses propres à certaines garanties.

Ne donnent pas, à posteriori, droit à un remboursement ou à une indemnité toutes les prestations non sollicitées au moment des faits ainsi que celles refusées par l'**Assuré** ou organisées sans l'accord du **Prestataire**. L'événement doit être impérativement signalé au **Prestataire** dès sa survenance.

2.2.4. Exclusions à toutes les garanties d'assistance aux personnes à l'étranger

Ne sont pas pris en charge les **sinistres** survenus à l'**étranger** en cas de **pandémie** d'une **maladie** infectieuse déclarée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) si les autorités luxembourgeoises ou les autorités du pays dans lequel se rend l'**Assuré** ou les autorités européennes ont interdit ou déconseillé de s'y rendre au moment de son départ.

2.3. Les prestations d'Assistance aux personnes

2.3.1. Frais de sauvetage

A la suite d'un **incident médical**, le **Prestataire** rembourse les frais de recherche et de sauvetage exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un **Assuré** à concurrence de la contre-valeur de 10.000€ par **sinistre** à condition que le sauvetage résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours. L'événement doit impérativement être signalé au **Prestataire** dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

2.3.2. Assistance médicale

En cas d'**incident médical** frappant un **Assuré**, l'équipe médicale du **Prestataire** se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'**Assuré**. A la demande de l'**Assuré**, le **Prestataire** organise la communication entre le médecin traitant à l'**étranger** et le médecin de famille. Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

2.3.3. Envoi d'un médecin sur place

A la suite d'un **incident médical** et si l'équipe médicale du **Prestataire** l'estime nécessaire, le **Prestataire** mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'**Assuré** afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

2.3.4. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'**Assuré** est hospitalisé à la suite d'un **incident médical** et que l'équipe médicale du **Prestataire** juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son **domicile**, le **Prestataire** organise et prend en charge le **rapatriement** ou le transport sanitaire de l'**Assuré** malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- chemin de fer (1ère classe) ;
- véhicule sanitaire léger ;
- ambulance ;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire ;
- avion sanitaire.

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne (classe économique) uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par le médecin du **Prestataire** en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin du **Prestataire** doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport. Les informations des médecins locaux et/ou du médecin traitant habituel, qui peuvent être essentielles, aident les médecins-conseils du **Prestataire** à prendre la décision qui paraît la plus opportune. Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale, à mettre en œuvre dans l'intérêt de l'**Assuré**, appartient en dernier ressort aux médecins-conseils du **Prestataire**, et ce, afin d'éviter tout conflit d'**autorité médicale**. Par ailleurs, dans le cas où l'**Assuré** refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins-conseils du **Prestataire**, il décharge expressément le **Prestataire** de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

Le **Prestataire** peut demander à l'**Assuré** d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque le **Prestataire** a pris en charge le retour, l'**Assuré** doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

2.3.5. Remboursement des frais médicaux à la suite d'un incident médical à l'étranger

Si nécessaire, le **Prestataire** avance pour le compte de la **Compagnie** les frais consécutifs à une hospitalisation à l'**étranger**, à la suite d'un **incident médical** après épuisement des prestations garanties par tout tiers payeur. Les prestations garanties et les exclusions sont reprises dans les **Conditions Spéciales** et les **Conditions d'Assurances** propres à votre contrat **OptiSoins**.

2.3.6. Conditions de prise en charge des frais médicaux dans le cadre de l'Assistance

2.3.6.1. L'hospitalisation à l'étranger doit présenter un caractère urgent et imprévisible.

2.3.6.2. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ ou prises en charge obtenus par l'**Assuré** ou ses ayants droit auprès de l'**assurance maladie** et dans les limites des **Conditions Spéciales** et des **Conditions d'Assurances** propres au contrat **OptiSoins**.

2.3.6.3. L'avance des frais de traitement en **établissement hospitalier** s'effectue selon le barème légal. L'avance des frais de traitement en **établissement hospitalier** suivant le barème privé ne s'effectue que si les circonstances ou l'état médical du patient l'imposent et moyennant l'accord préalable du service médical du **Prestataire**.

2.3.7. Modalités de paiement des frais médicaux

En cas d'hospitalisation à l'**étranger**, le **Prestataire** peut faire l'avance des frais médicaux. Dans ce cas, l'**Assuré** s'engage dans un délai de deux mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de l'**assurance maladie** ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié et à reverser au **Prestataire** le montant des sommes ainsi obtenues.

Si l'**Assuré** a lui-même exposé les frais, le paiement complémentaire de ceux-ci est effectué par la **Compagnie** à l'**Assuré** à son retour au pays de son **domicile**, après recours aux organismes prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

2.3.8. Envoi de médicaments, prothèses et lunettes

Lorsque, à la suite d'un **incident médical**, l'**Assuré** se trouve dépourvu de **médicaments**, prothèses ou lunettes indispensables dont le semblable ou l'équivalent ne peut être trouvé sur place mais bien dans le pays de son **domicile**, le **Prestataire** organise et prend en charge leur recherche, leur expédition et leur mise à disposition sur prescription d'une **autorité médicale compétente** et après accord de son service médical. Leurs frais d'achat, majorés des frais éventuels de dédouanement, sont à charge de l'**Assuré**, à l'exception des frais qui sont couverts dans le contrat **OptiSoins**.

2.3.9. Frais de rapatriement des autres Assurés en cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un Assuré à l'étranger

En cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un **Assuré** à l'**étranger**, le **Prestataire** organise et prend en charge, jusqu'à dans le pays de leur **domicile**, le retour anticipé des autres **Assurés**. Ce retour s'effectuera par train 1ère classe (distance du **domicile** inférieure à 1.000 km) ou par avion de ligne économique (distance du **domicile** supérieure à 1.000 km).

L'intervention se fait aussi bien pour les **Assurés** accompagnants, que pour les personnes accompagnantes couvertes par un autre contrat **OptiSoins**. Cette garantie s'applique pour autant que les autres **Assurés** ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour et rentrer au pays de leur **domicile** par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un chauffeur de remplacement. Le **Prestataire** peut demander à l'**Assuré** d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque le **Prestataire** a pris en charge le retour, l'**Assuré** doit impérativement remettre dès son retour son titre de transport non utilisé au **Prestataire** qui en devient le propriétaire.

2.3.10. Visite à un Assuré hospitalisé à l'étranger

Lorsque l'**Assuré** est hospitalisé à l'**étranger** à la suite d'un **incident médical** et que les médecins mandatés par le **Prestataire** déconseillent son transport avant 5 jours, le **Prestataire** organise et prend en charge :

- soit le voyage (aller/retour) d'un membre de sa famille ou d'un proche résidant dans le pays du **domicile** légal de l'**Assuré** pour se rendre auprès de l'**Assuré** malade ou blessé. Les **frais d'hôtel** sur place de cette personne, seront pris en charge par le **Prestataire** à concurrence de 65€ maximum par jour, pendant 10 jours maximum, et moyennant présentation des justificatifs originaux ;
- soit les frais de prolongation de séjour d'une personne accompagnant l'**Assuré**, à concurrence du même montant et sous les mêmes conditions.

2.3.11. Rapatriement funéraire en cas de décès au cours d'un voyage

En cas de décès d'un **Assuré** à l'**étranger** et si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation dans le pays du **domicile** légal de l'**Assuré**, le **Prestataire** organise le **rapatriement** de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire ;
- les frais de mise en bière sur place ;
- les frais de cercueil à concurrence de 620€ maximum ;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation dans le pays du **domicile** légal de l'**Assuré**.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation dans le pays du **domicile** légal de l'**Assuré** ne sont pas pris en charge par le **Prestataire**.

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation sur place à l'**étranger**, le **Prestataire** organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées. En outre, il organise et prend en charge le voyage (aller/retour) d'un membre de la famille ou d'un proche résidant dans le pays du **domicile** légal de l'**Assuré** pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation. Ce voyage se fait par train 1ère classe (distance du **domicile** inférieure à 1.000 km) ou par avion de ligne économique (distance du **domicile** supérieure à 1.000 km).

En cas de crémation sur place à l'**étranger** avec cérémonie dans le pays du **domicile** légal de l'**Assuré**, le **Prestataire** prend en charge les frais de **rapatriement** de l'urne vers le ledit pays. L'intervention du **Prestataire** est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le **rapatriement** de la dépouille mortelle vers le pays du **domicile** légal de l'**Assuré**. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du **rapatriement** est du ressort exclusif du **Prestataire**. Le titre de transport initial non utilisé par l'**Assuré** peut être demandé par le **Prestataire** qui en devient le propriétaire.

2.4. Notification d'une hospitalisation à l'étranger et demande d'assistance

2.4.1. En cas d'hospitalisation à l'étranger la notification doit être faite dans les 24 heures aux numéros de téléphone renseignés ci-après.

2.4.1.1. Pour une hospitalisation aux Etats-Unis ou au Canada :

(+1)(305) 530 8600

2.4.1.2. Pour une hospitalisation dans un autre pays:

(+352) 44 24 24 4848

2.4.1.3. Pour l'assistance (**rapatriement**, transport vers un hôpital, recherche ou sauvetage, ...), la demande doit être faite au numéro de téléphone du **Prestataire**:

(+352) 44 24 24 4624

3. Conditions Spéciales des services complémentaires OptiSoins Privilège pendant et après l'hospitalisation

3.1. Objet et étendue géographique de l'assistance

3.1.1. Objet

Le **Prestataire** garantit, à concurrence des montants indiqués, taxes comprises, un service d'assistance en cas d'hospitalisation au Luxembourg couverte par le présent contrat. A la demande de l'**Assuré**, les prestations fournies pourront être prolongées au-delà des limites garanties. Les frais afférents aux prolongations seront intégralement supportés par l'**Assuré**.

3.1.2. Etendue géographique

Le service d'assistance est exclusivement acquis sur le territoire du Luxembourg pour les **Assurés** y résidant. Il s'effectue au **domicile** légal ou au **domicile** élu par l'**Assuré** et mentionné aux **Conditions Particulières**.

La **Compagnie** garantit les services décrits dans la présente section tant qu'ils sont proposés sur le marché luxembourgeois et qu'elle trouve un **Prestataire** qui réponde aux normes de qualité apparaissant nécessaires.

3.1.3. Conditions d'octroi du service d'assistance

L'hospitalisation donnant lieu à l'octroi des services complémentaires doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration par téléphone auprès du **Prestataire** par l'**Assuré** ou un de ses proches en cas d'hospitalisation en urgence. A la suite de cette déclaration, le **Prestataire** se met en rapport avec l'**Assuré** et organise les prestations convenues. La demande d'accès aux services doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. Les prestations doivent avoir lieu dans les 90 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation.

3.1.4. Exclusions à tous les services complémentaires pendant et après hospitalisation

Le service d'assistance n'est pas acquis en Allemagne, en Belgique ni en France.

3.2. Services d'assistance au Luxembourg pendant l'hospitalisation

3.2.1. Personne de confiance

Pendant l'hospitalisation, le **Prestataire** organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous à concurrence de cinq prestations au total par hospitalisation d'une durée maximum de 4 heures chacune, à choisir entre :

3.2.1.1. **Aide-ménagère**

Si un **Assuré** doit être hospitalisé au Luxembourg et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans l'entretien de son **domicile**, le **Prestataire** organise et prend en charge les frais d'une aide-ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation. L'entretien du **domicile** est limité aux pièces de vie principales.

3.2.1.2. **Aide pour les enfants**

Si un **Assuré**, père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé au Luxembourg et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, le **Prestataire** organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

3.2.1.3. **Soutien scolaire**

Si, à la suite d'un **incident médical** ayant entraîné une hospitalisation couverte, un enfant assuré âgé de 6 à 16 ans est immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours consécutifs, le **Prestataire** organise et prend en charge, dans les 24 heures de la demande (ou dans les 48 heures qui suivent la fin du caractère contagieux de la **maladie** de l'enfant), la mise à disposition d'un conseiller pédagogique qualifié et expérimenté qui suivra l'enfant à l'hôpital. La garantie est acquise au Luxembourg pendant l'année scolaire, telle que déterminée par le Ministère de l'Education nationale, du lundi au dimanche, de 9h00 à 19h00 (horaire à déterminer de commun accord entre l'**Assuré** et le **Prestataire**). Le **Prestataire** ne fournit pas de prestations pendant les vacances scolaires. L'organisation de ce service est subordonnée à l'accord préalable de l'**établissement hospitalier** et du médecin. Les services prestés dans le cadre de la présente garantie n'impliquent aucune obligation de résultat dans le chef de la **Compagnie**. L'enfant assuré doit disposer, pour chaque matière donnée, d'un cours scolaire en ordre et à jour. La prestation de soutien scolaire s'effectue uniquement en mathématiques, sciences, Allemand, Français et Anglais.

Les prestations de soutien scolaire effectuées pendant l'hospitalisation de l'enfant assuré et/ou après son hospitalisation (cfr. point 3.3.1.4) ne peuvent dépasser par **sinistre** cinq prestations au total d'une durée maximum de 4 heures chacune.

3.2.1.4. **Garde des animaux domestiques**

A la suite d'une hospitalisation couverte, le **Prestataire** organise et prend en charge la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

3.2.2. **Transport**

3.2.2.1. **Transport à l'hôpital**

Si, dans le cadre d'une hospitalisation, l'**Assuré** doit se rendre dans un **établissement hospitalier** par ses propres moyens, le **Prestataire**, à la demande de l'**Assuré**, organise et prend en charge son transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, sous surveillance médicale si nécessaire. Et si, à l'issue de l'hospitalisation, l'**Assuré** ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, le **Prestataire** organise et prend en charge son retour au **domicile**.

3.2.2.2. **Visite de l'Assuré hospitalisé**

A la suite d'une hospitalisation couverte, le **Prestataire** organise et prend en charge le transport aller/retour vers l'**établissement hospitalier** des parents, du (de la) conjoint(e) de droit ou de fait ou des enfants pour se rendre auprès de l'**Assuré**.

3.2.2.3. Pour l'ensemble des prestations de transports décrites dans les deux points ci-dessus, l'intervention du **Prestataire** est limitée à trois déplacements aller/retour par période d'hospitalisation et à 250€ maximum par année d'assurance.

3.3. Services d'assistance au Luxembourg après l'hospitalisation

3.3.1. **Personne de confiance**

Après l'hospitalisation, le **Prestataire** organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous à concurrence de cinq prestations au total par hospitalisation d'une durée maximum de 4 heures chacune, à choisir entre :

3.3.1.1. **Aide-ménagère**

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'**Assuré** est dans l'incapacité d'assumer seul l'entretien de son **domicile**, le **Prestataire** organise et prend en charge les frais d'une aide-ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation. L'entretien du **domicile** se limite aux pièces de vie principales.

3.3.1.2. **Livraison d'achats de première nécessité**

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'**Assuré** est dans l'incapacité de se déplacer et qu'aucune autre personne ne peut intervenir, le **Prestataire** organise la livraison des **médicaments** prescrits par ordonnance médicale et/ou les achats en épicerie de première nécessité. Les frais relatifs à l'achat même restent à charge de l'**Assuré**.

3.3.1.3. **Aide pour les enfants**

Si, un **Assuré** père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé au Luxembourg et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, le **Prestataire** organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

3.3.1.4. **Soutien scolaire**

La garantie de soutien scolaire, telle que reprise au point 3.2.1.3 et sous réserve du respect des limites, conditions et modalités qui y sont stipulées, peut aussi être prestée au **domicile** de l'enfant assuré après l'hospitalisation.

3.3.1.5. **Garde des animaux domestiques**

A la suite d'une hospitalisation couverte, le **Prestataire** organise et prend en charge, la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

3.3.1.6. **Les soins post-natals**

A l'issue de l'hospitalisation, le **Prestataire** organise et prend en charge les frais de prestation d'une sage-femme afin de fournir les soins post-natals à raison de 4 heures maximum par prestation.

3.3.2. **Transport**

3.3.2.1. **Trajets des enfants**

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'**Assuré** se trouve dans l'incapacité de conduire ses enfants, le **Prestataire** organise et prend en charge le transport aller/retour des enfants de moins de 16 ans vers l'école.

3.3.2.2. **Transport de l'Assuré**

Si, à la suite de son hospitalisation, l'**Assuré** ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, le **Prestataire** organise et prend en charge son transport aller/retour vers un **établissement hospitalier** pour les visites de contrôle.

3.3.2.3. Pour l'ensemble des prestations de transports décrites dans les deux points ci-dessus, l'intervention du **Prestataire** est limitée à trois déplacements aller/retour par période d'hospitalisation et à 250€ maximum par année d'assurance.

Votre interlocuteur AXA



Retrouvez l'ensemble de vos services
et documents contractuels

sur [axa.lu](https://www.axa.lu)
