



Deluxe International

Conditions générales
d'assurance pour
l'assurance Frais de
Maladie et Indemnité
Journalière
d'Hospitalisation

Version: 1.9.2008

Sommaire

Page

Deluxe International

**Conditions générales d'assurance pour
l'assurance Frais de Maladie et Indemnité Journalière d'Hospitalisation**

Dispositions générales

3

Tarif IDLA Assurance Maladie Complète pour traitements médicaux à l'étranger

6

Les conditions générales d'assurance en langue française sont une traduction et les conditions générales d'assurance en langue allemande représentent la version légale.

Interlux

Assurances Maladie Société Anonyme

10 B, z. a. Bourmicht
L-8070 Bertrange
LUXEMBOURG

Tél.: (00352) 290 090
Fax: (00352) 290 095
E-mail: interlux@interlux.lu
Internet: www.interlux.lu
R.C. Luxembourg B 84514

La couverture d'assurance

Article 1 Objet, étendue et territorialité de l'assurance

1) La garantie de l'assureur est accordée pour maladie, accident ou tout autre événement visé au contrat. En cas de réalisation du risque, il garantit

- l'indemnisation des frais occasionnés par le traitement médical et d'autres prestations convenues.
- le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation, dans le cadre de l'Assurance Indemnité Journalière d'Hospitalisation.

2) Aux termes du présent contrat, il y a accident lorsque l'assuré subit involontairement un dommage portant atteinte à sa santé du fait d'un événement extérieur.

Il y a également accident lorsqu'en raison d'un effort excessif des articulations ou de la colonne vertébrale, une articulation est luxée ou que des muscles, des tendons, des ligaments ou des capsules sont distendus ou déchirés.

3) Est considéré comme réalisation du risque le traitement médicalement requis d'un assuré en raison d'une maladie ou par suite d'un accident. La réalisation du risque commence avec le traitement curatif, et il prend fin lorsqu'un examen médical établit que la nécessité de traitement ne se justifie plus. La nécessité d'étendre le traitement médical à une maladie ou un accident n'ayant aucun lien causal avec celle ou celui traité jusqu'à présent donnera lieu à une nouvelle réalisation du risque. Est également considéré comme réalisation du risque tout examen ou traitement médicalement requis pendant la grossesse et l'accouchement.

4) L'étendue de la couverture découle de la police d'assurance, des avenants ultérieurs, des Conditions Générales d'Assurance (y compris les conditions et tarifs) ainsi que des dispositions légales en vigueur au Luxembourg.

5) La garantie s'applique aux traitements médicaux effectués à l'étranger.

Est considéré comme territoire national, le pays dont l'assuré possède la nationalité et le pays dans lequel il a établi son domicile fixe.

Si le séjour à l'étranger est momentanément interrompu, la garantie est limitée dans le cadre de la durée convenue dans le contrat (assurances éventuellement reconduites comprises, cf. partie II, point 2) à six mois au total passés sur le territoire national et ce, également dans le cas d'interruptions répétées.

Article 2 Prise d'effet de l'assurance

1) L'assurance prend effet à la date spécifiée dans la police (début de la date d'effet), **mais pas avant la conclusion du contrat d'assurance**, c'est-à-dire pas avant la signature de la police par les deux parties (les télécopies étant admises) et pas avant le départ du territoire national. Pour les sinistres survenus avant la date d'effet, **aucune prestation n'est accordée. Les sinistres intervenant après la conclusion du contrat d'assurance ne sont exclus de la garantie que pour autant que la période de celle-ci est située avant la prise d'effet de l'assurance.**

2) Les nouveau-nés sont couverts dès la naissance, si à cette date, l'un des deux parents est assuré auprès de l'assureur depuis au moins trois mois et si la déclaration d'inscription d'assurance intervient au plus tard deux mois après le jour de la naissance avec effet rétroactif au premier du mois de la naissance. La couverture

d'assurance ne peut être plus élevée ou plus étendue que celle de l'un des parents assurés. Si lesdites conditions sont remplies, les dommages néonataux de même que les maladies et les handicaps congénitaux sont couverts par l'assurance.

Article 3 Délai de carence

Les présentes conditions générales ne prévoient aucun délai de carence.

Article 4 Conditions et étendue des prestations

1) La nature et le montant des prestations d'assurance découlent du tarif et des conditions tarifaires.

2) L'assuré a le libre choix des médecins ou médecins-dentistes établis et agréés dans le pays de séjour. Sont également remboursables, les prestations fournies par un homéopathe installé en République fédérale d'Allemagne, ainsi que les médicaments, les pansements et les soins ordonnés par celui-ci. Les prestations d'homéopathie comprennent l'ensemble des actes posés par des homéopathes selon la nomenclature publiée en 1985 par les associations d'homéopathes de la République fédérale d'Allemagne (GebÜH).

3) Les médicaments, pansements, moyens curatifs et accessoires doivent être prescrits par les praticiens visés à l'article 2 phrase 1, les médicaments devant être en outre achetés dans une pharmacie.

Les aliments et fortifiants ou les substances prises à titre préventif ou habituel ne sont pas soumis à l'obligation de remboursement, même s'ils sont prescrits par un médecin. Les désinfectants et les cosmétiques, vins, eaux minérales, produits additifs pour le bain, etc. ne sont pas considérés comme médicaments.

Sont considérés comme moyens curatifs les soins d'ordre physico-médical pratiqués par des membres des professions paramédicales reconnues par l'Etat, c'est-à-dire les inhalations, la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle, les massages, l'hydrothérapie et les enveloppements, les bains médicaux, les traitements par la chaleur, l'électrothérapie, la photothérapie. Les frais supplémentaires occasionnés par le traitement à domicile du patient ne donnent pas lieu à des remboursements. **Sont exclus des remboursements le sauna, la balnéothérapie et les bains similaires.**

Sont considérés comme accessoires les verres de lunettes (un supplément peut être payé pour la monture), les lentilles de contact, les ceintures herniaires, les appareils de soutien à la marche, les chaises roulantes (montant facturé limité à 2.500 EUR par an), béquilles, cadre de marche, les bas élastiques, les appareils orthopédiques, les chaussures orthopédiques (montant facturé limité à 500 EUR), les appareils auditifs, les pièces prothétiques, les aides à la parole, les appareils orthophoniques (larynx électronique) et les appareils de soutien, y compris les corsets. Les dépenses pour la réparation des accessoires, **à l'exception des semelles et des talons de chaussures orthopédiques sur mesure**, sont pris en charge dans le cadre de la réglementation existante. Des prestations pour des moyens accessoires analogues sont accordées une fois par an en cas de besoin justifié, à moins qu'une utilisation ou un fonctionnement prolongés ne soient plus donnés.

Ne sont pas remboursables les frais occasionnés par tous les autres types de moyens curatifs, appareils médicaux et articles sanitaires (par exemple appareils de massage, appa-

reils de mesure de la tension artérielle, inhalateurs, lampes à rayonnement, coussins chauffants) ainsi que les frais de fonctionnement, d'utilisation et d'entretien des accessoires.

- 4) En cas d'hospitalisation médicalement requise, l'assuré a la faculté de choisir parmi des hôpitaux privés et publics se trouvant sous une direction médicale permanente, disposant de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants, travaillant suivant des méthodes scientifiques généralement reconnues et tenant des dossiers médicaux.
- 5) **En cas d'hospitalisation médicalement requise dans des établissements qui offrent également des cures ou des traitements en sanatorium ou qui recueillent des personnes en rééducation et remplissent par ailleurs les conditions stipulées à l'alinéa 4, les prestations visées au tarif ne sont dues que si l'assureur les a agréées par écrit avant le début du traitement.**
- 6) **En cas de psychothérapie ambulatoire ou stationnaire, les prestations ne sont accordées que dans la mesure où l'assureur les a agréées par écrit avant le début du traitement sur la base d'un rapport médical établi par un médecin qu'il a désigné.**
- 7) L'année de prestation est l'année civile. Pour déterminer dans quelle année civile les frais de traitement ont eu lieu, les dates de traitement ainsi que de réception font foi.

Article 5 Limitation des prestations

- 1) **Aucune prestation n'est due**
 - a) **consécutives à une maladie ou un accident – y compris leurs suites – résultant d'événements de guerre ou reconnus comme dommages liés au service militaire et qui ne sont pas expressément inclus dans la garantie;**
 - b) **consécutives à une maladie ou un accident – y compris leurs suites – causés intentionnellement, ainsi que pour des mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication, tous les traitements en vue d'une désaccoutumance;**
 - c) **pour les traitements effectués par des médecins, des médecins-dentistes ainsi que dans des établissements hospitaliers dont les honoraires ont été exclus du remboursement par l'assureur pour un motif grave, lorsque le sinistre intervient après notification de l'exclusion des prestations au preneur d'assurance. Si au moment de la notification un sinistre est en cours, il n'y a aucune obligation de prestation pour les frais intervenus trois mois après la date de notification;**
 - d) **pour les cures et traitements en sanatorium ainsi que pour les mesures de rééducation;**
 - e) **pour les traitements curatifs ambulatoires dans une station thermale ou balnéaire.** Cette restriction ne s'applique pas si l'assuré y a son domicile habituel ou si, pendant un séjour temporaire, un traitement curatif est nécessaire en raison d'une maladie indépendante du but du séjour ou d'un accident qui s'y est produit;
 - f) **pour des méthodes d'examen ou de traitement et des médicaments qui en général ne sont pas scientifiquement reconnus;**
 - g) **pour des traitements effectués par le conjoint, les parents ou les enfants.** Les frais matériels justifiés sont remboursés conformément au tarif;
 - h) **pour un séjour en gériatrie ou sous garde partielle ou permanente;**
 - i) **pour des mesures qui ne revêtent pas une nécessité médicale directe pour le traitement de maladies, en particulier la chirurgie esthétique et ses conséquences;**
 - j) **pour une interruption de grossesse ou une stérilisation.**

- 2) **Si un traitement médical ou une autre mesure, pour lequel des prestations ont été convenues, dépasse ce qui est médicalement nécessaire, l'assureur peut réduire ses prestations à un montant approprié.**
- 3) **S'il existe un droit à des prestations de la part de tiers concernant des remboursements de frais de maladies, l'assureur est uniquement tenu au remboursement des frais qui ne sont pas pris en charge par des tiers sans préjudice des droits du preneur d'assurance à l'indemnité journalière pour cause d'hospitalisation.**
- 4) **Une hospitalisation pour maladie psychique ou psychiatrique ou une hospitalisation partielle ne donne aucun droit à une indemnité journalière en cas d'hospitalisation.**

Article 6 Règlement des prestations d'assurance

- 1) L'assureur est uniquement tenu au paiement des prestations si les preuves justificatives exigées par lui sont fournies. Celles-ci deviennent la propriété de l'assureur.
- 2) L'original des pièces justificatives des frais sont à remettre et doivent contenir:
le nom de la personne traitée, la nature de la maladie, la mention de chaque prestation avec les différentes dates de traitement. Si le médecin traitant refuse de mentionner la dénomination de la maladie, l'assureur peut subordonner ses prestations à un examen médical conformément à l'article 9 alinéa 3.
- 3) Le montant des prestations d'un autre assureur ou organisme doit être confirmé par celui-ci sur les documents y afférents.
- 4) Si seule l'indemnité journalière d'hospitalisation est due, il convient d'envoyer une pièce justificative d'une attestation de l'hôpital ou du médecin de l'hôpital certifiant l'hospitalisation, mentionnant le nom de la personne traitée, la nature de la maladie ainsi que la date d'entrée et de sortie.
- 5) L'assureur est habilité à verser les prestations à la personne qui lui remet ou lui envoie les pièces justificatives en bonne et due forme.
- 6) Les frais de maladie en devises étrangères sont convertis en euros au cours du jour où les documents parviennent à l'assureur. Le cours du jour est le cours de change officiel de l'euro appliqué par la Banque centrale européenne. Pour les monnaies non négociées pour lesquelles aucun cours de référence n'a été déterminé, le cours est celui repris dans la « statistique des cours de change » de la Banque centrale européenne dans la dernière version publiée à Luxembourg, à moins que l'assuré puisse prouver moyennant production d'une pièce bancaire justificative qu'il s'est procuré les devises nécessaires pour payer les factures à un cours moins intéressant.
- 7) **Les frais résultant du versement des prestations ou de traductions peuvent être déduits des prestations.**
- 8) Les prétentions aux prestations ne peuvent être ni cédées ni mises en gage.

Article 7 Fin de la couverture d'assurance

La garantie prend fin – également pour les sinistres déjà survenus – à la fin du contrat d'assurance.

Obligations du preneur d'assurance

Article 8 Paiement et calcul des primes

- 1) Le preneur d'assurance est tenu au paiement de la cotisation (prime) convenue et des frais accessoires, y compris les impôts.
Pour les prestations convenues de même que pour les prestations complémentaires, la prime est fixée en fonction de l'âge et du sexe de l'assurée et ceci à la date de prise d'effet et en cas de prolongation de l'assurance.

En cas de prolongations du contrat, la prime due en fonction de l'âge et du sexe sera égale aux primes applicables aux nouvelles affaires.

Pour les contrats d'assurance existants, la prime correspondant à la tranche d'âge prévue dans les tarifs, augmente chaque fois au début de l'année civile dans laquelle la tranche d'âge suivante est atteinte.

- 2) La prime est une prime annuelle et est calculée à partir de la prise d'effet de l'assurance. Elle est due au début de chaque année d'assurance, mais peut également être versée par mensualités telles que prévues par le tarif, celles-ci constituant des paiements différés jusqu'à l'échéance. Elles sont payables, même après réalisation du risque, le premier de chaque mois.
- 3) La première prime ou la première fraction de prime est payable au plus tard à la remise de la police d'assurance et au plus tôt à la date de prise d'effet de l'assurance.
- 4) Les primes ou fractions de primes doivent être versées avant la fin du mois au cours duquel le contrat d'assurance prend fin. Les primes payées au-delà de cette date seront remboursées. Si l'assureur doit payer des frais accessoires au-delà de la date de cessation du contrat, ceux-ci sont entièrement à charge du preneur d'assurance et sont exigibles au plus tard à la cessation du contrat d'assurance.
- 5) Les primes sont recouvrables au domicile ou au lieu de résidence du preneur d'assurance.
- 6) A défaut de payer la prime endéans les dix jours suivant la date d'échéance et après écoulement de ce délai, l'assureur peut exiger le paiement de la part du preneur d'assurance. Cette mise en demeure doit être notifiée par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu du preneur d'assurance. Les frais inhérents à ces mises en demeure sont dans tous les cas à charge du preneur d'assurance et doivent être payés avec la prime.
- 7) **A défaut de payer la prime ou les frais visés à l'alinéa 6 dans les trente jours francs suivant la mise en demeure, l'assureur est libéré de tout engagement pour les sinistres survenus après l'expiration de ce délai.**
L'assureur est obligé de verser de nouveau les prestations pour tous les nouveaux sinistres dès le paiement intégral par le preneur d'assurance des primes échues à ce moment ainsi que les frais justifiés résultant de la mise en demeure. **L'assureur n'est cependant pas tenu aux prestations, si le paiement intervient à un moment où la réalisation du risque n'est plus incertaine.**
- 8) Si les conditions prévues dans la première phrase de l'alinéa 7 sont remplies, l'assureur peut, abstraction du fait d'être déchargé de toute obligation de prestations, résilier le contrat endéans les dix jours.
- 9) Le calcul des primes s'effectue dans le cadre des bases techniques.
- 10) En cas de modification des primes, l'assureur a la faculté de modifier également au prorata les surprimes spécialement convenues.

Article 9 Obligations

- 1) Sur demande de l'assureur, le preneur d'assurance doit fournir tous les renseignements et toutes les pièces justificatives nécessaires à la constatation de la réalisation du risque ou de l'obligation de prestation de l'assureur et de l'importance de celle-ci.
- 2) En ce qui concerne les prothèses dentaires, l'orthodontie et la psychothérapie, le preneur d'assurance est tenu de présenter à l'assureur un programme de traitement et un devis avant le début du traitement.
- 3) Sur demande de l'assureur, l'assuré est obligé de se faire examiner par un médecin désigné par l'assureur.

- 4) La conclusion ou l'augmentation d'une Assurance Frais de Maladie ou d'une Assurance Indemnité Journalière d'Hospitalisation auprès d'un nouvel assureur requièrent impérativement l'accord du premier assureur (Interlux).

Article 10 Conséquences du non-respect des obligations par l'assuré

- 1) **L'assureur est déchargé de toute obligation de prestation en cas de manquement à l'une des obligations visées à l'article 9 alinéas 1 à 3.** En cas de manquement constituant une négligence grave, l'assureur est uniquement tenu aux prestations dans la mesure où le non-respect n'a d'influence ni sur la constatation de la réalisation du risque ni sur la constatation ou l'étendue des prestations dues par l'assureur.
- 2) En cas de manquement intentionnel à l'une des dispositions visées à l'article 9 alinéa 4, l'assureur peut dénoncer le contrat avec effet immédiat endéans les trois mois suivant la prise de connaissance de la violation. **En cas de résiliation, l'assureur est déchargé de toute obligation de prestation**
- 3) La reconnaissance des faits et la responsabilité de l'assuré valent reconnaissance des faits et responsabilité du preneur d'assurance.

Article 11 Recours contre des tiers

Si le preneur d'assurance ou l'assuré a un recours ne relevant pas du droit d'assurance contre des tiers, pour la réparation du préjudice, ce droit doit être cédé à l'assureur – sauf préjudice de la caisse de maladie légale jusqu'à concurrence du montant prévu pour la réparation du dommage par le contrat d'assurance. **Si le preneur d'assurance ou l'assuré renonce à un tel droit de recours ou à un droit garantissant ce droit sans l'accord de l'assureur, celui-ci est déchargé de l'obligation de prestations dans la mesure où il aurait pu obtenir une compensation du fait de ce droit.**

Article 12 Compensation

Le preneur d'assurance ne peut compenser les créances de l'assureur que dans la mesure où la créance en compensation est incontestée ou constatée judiciairement.

Article 13 Prescription

Toute créance résultant du contrat est prescrite dans les trois ans suivant l'événement sur lequel elle se fonde.

Fin du contrat d'assurance

Article 14 Résiliation et annulation du contrat d'assurance

- 1) Le preneur d'assurance peut, dans les cas prévus à l'alinéa 4, exiger la résiliation du contrat d'assurance relatif aux personnes non concernées avec effet dans les deux semaines à compter de la réception de la notification de l'assureur.
- 2) L'assureur est habilité à résilier le contrat sans préavis si le preneur d'assurance ou un assuré a obtenu ou tente d'obtenir captieusement des prestations d'assurances. Le droit de dénonciation expire s'il n'est pas exercé endéans le mois suivant la date à laquelle l'assureur a eu connaissance des faits justifiant la résiliation.

Les autres droits de résiliation extraordinaires de l'assureur ne sont pas affectés. Le droit de résiliation ordinaire de l'assureur est exclu.

- 3) **Le contrat est nul lorsque le manquement intentionnel à l'obligation de déclaration modifie l'appréciation du risque de façon telle que l'assureur n'aurait pas conclu l'assurance ou pas aux mêmes conditions s'il avait eu connaissance des faits. Il en va de même en cas de violation de l'obligation de déclaration pour les contrats relatifs à la modification ou à la remise en vigueur de la garantie.**

Le preneur d'assurance est tenu au remboursement des prestations d'assurance reçues. L'assureur doit restituer les primes versées, sauf en cas de violation intentionnelle de l'obligation de déclaration.

- 4) Si dans le cas de contrats d'assurance couvrant plusieurs personnes assurées, les conditions de résiliation visées par l'alinéa 2 ou de nullité visées par l'alinéa 3 ne sont pas remplies pour certains assurés, l'exercice des droits précités peut être limité à ces derniers.

Article 15 Autres motifs de résiliation

- 1) Le contrat d'assurance prend fin avec le décès du preneur d'assurance. Toutefois, les personnes assurées ont la faculté de reconduire l'assurance en désignant le prochain preneur d'assurance. La déclaration doit être faite endéans les deux mois suivant la mort du preneur d'assurance.
- 2) En cas de décès de l'assuré, le contrat d'assurance prend fin pour celui-ci.
- 3) Le retour définitif de l'étranger met fin au contrat à l'expiration du mois au cours duquel le retour a été signalé et au plus tard toutefois dans les six mois à compter de la date de retour sur le territoire national. Le fait qu'une seule personne mette fin à son séjour à l'étranger a également pour effet de mettre fin au contrat d'assurance.

En cas de transfert du domicile légal d'une personne assurée à l'extérieur du Grand-Duché de Luxembourg, le contrat d'assurance prend fin pour celle-ci.

Dispositions additionnelles

Article 16 Déclarations de volonté et notifications

- 1) Les déclarations de volonté et notifications à l'assureur requièrent la forme écrite. Les agents d'assurance ne sont pas habilités à les recevoir. Cette disposition ne s'applique pas aux propositions d'assurance ou de modification de contrats d'assurance.
- 2) Si le preneur d'assurance a omis de signaler à l'assureur un changement de domicile, une déclaration de volonté signifiée au preneur d'assurance est valablement faite au dernier domicile connu par l'assureur. La déclaration prend effet à la date à laquelle elle serait parvenue au preneur d'assurance en cas de distribution normale du courrier sans changement de domicile.

Article 17 Jurisdiction compétente

Seuls les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont compétents pour tous les litiges résultant du présent contrat d'assurance entre le preneur d'assurance et l'assureur.

Deluxe International

Partie II: Assurance Frais de Maladie d'après le tarif IDLA

Ce tarif est uniquement valable en association avec la partie I – Dispositions générales.

1. Assurabilité

Toutes les personnes n'ayant pas dépassé l'âge de 65 ans peuvent être couvertes.

2. Durée de la couverture

La durée de la couverture est d'une année au maximum. A l'expiration de la durée de couverture contractuelle, le preneur d'assurance pourra proroger sa police à concurrence d'une nouvelle période de douze mois, au maximum trois fois, selon les mêmes modalités que la police existante pour autant que les autres conditions soient toujours remplies. Si la demande de prorogation de l'assurance est introduite avant l'expiration de la période contractuelle, l'assurance sera prorogée directement au terme du contrat initial et sans qu'il soit besoin d'effectuer un contrôle des risques. Les risques en cours seront inclus dans la nouvelle couverture d'assurance.

Si le voyage de retour s'avère impossible avant l'expiration de la période convenue sans mettre en péril la santé de l'assuré (incapacité de transport), le contrat d'assurance sera prolongé à concurrence d'une période de deux mois non renouvelable.

3. Prestations de l'assureur

Les frais médicaux sont remboursés aux taux mentionnés ci-après.

A. Traitement médical ambulatoire

La prestation visée au tarif représente 100 % des frais à prendre en charge pour

- les prestations médicales,
- les médicaments et les pansements,
- les soins,
- les accessoires.

Sont également remboursés les transports aller et retour effectués à bord de véhicules spéciaux et médicalement justifiés pour se rendre, en fonction de critères médicaux, chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche situé dans le pays de séjour et le plus indiqué sur le plan médical.

Les prestations d'un homéopathe en République fédérale d'Allemagne de même que les médicaments, les pansements et les soins sont remboursés à concurrence de 80 % (400 EUR au maximum) par an.

B. Soins dentaires

Intervention dans les frais remboursables correspondant à la prestation visée au tarif:

- soins dentaires 100 %
- prothèses dentaires (honoraires du médecin-dentiste, frais de matériel et de laboratoire), y compris les réparations, couronnes et orthodontie 80 %

En cas de prothèses dentaires ou de couronnes, les montants **maxima** suivants sont remboursables:

Prothèses fixes

Couronne	546 EUR
Inlay, Or	496 EUR
Dent à pivot simple	422 EUR
Dent à pivot Richmond	744 EUR
Dent à pivot avec faux-moignon	744 EUR
Élément de bridge, or et résine	496 EUR
Élément de bridge, or et porcelaine	546 EUR
Ancrage spécial	546 EUR
Charnière	199 EUR
Implant (racine artificielle et couronne) y compris travaux et mesures préparatoires	744 EUR

Prothèses mobiles

Prothèse totale haut ou bas (14 dents, plaque résine)	1.029 EUR
Prothèse partielle (plaque résine)	
Plaque bas	229 EUR
par dent	72 EUR
par crochet	53 EUR
Supplément pour base métallique inox (par maxillaire)	261 EUR
Supplément de système de succion (Lausap, fixomatic, vacuum, etc.)	261 EUR
Prothèse squelettée, chrome-cobalt	
base avec crochets	633 EUR
par dent	211 EUR

C. Traitement médical en milieu hospitalier

La prestation visée au tarif représente 100 % des frais à prendre en charge pour:

- les prestations médicales,
- le séjour en chambre particulière (1e classe),
- les prestations annexes d'ordre diagnostique, thérapeutique ou autre facturés séparément par l'hôpital (par exemple, examen de laboratoire ou aux rayons X, médicaments, utilisation du bloc opératoire),
- le transport aller et retour effectués à bord de véhicules spéciaux pour se rendre, en fonction des critères médicaux, chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche.

Les frais supplémentaires résultant d'un rapatriement de l'étranger prescrit par un médecin et médicalement justifié seront pris en charge par l'assureur si des soins médicaux suffisants ne peuvent être dispensés sur place ou à une distance raisonnable et que, de ce fait, une aggravation de la santé de l'assuré est à craindre. De plus, les frais supplémentaires engagés pour se faire accompagner par une personne dont la présence est prescrite par un médecin et médicalement justifiée, seront également remboursés. Le rapatriement s'effectuera vers l'hôpital le plus proche situé sur le territoire national et le plus indiqué sur le plan médical (cf. partie I, art. 1, alinéa 5).

En cas de décès à l'étranger de la personne assurée, les frais d'inhumation au lieu du décès ou les frais de transfert du corps au dernier domicile fixe, sont pris en charge jusqu'à concurrence de 10.000 EUR.

Aucun remboursement n'est prévu pour les implants (racine artificielle et couronne) y compris pour les travaux et mesures préparatoires.

Prestation en compensation indemnité journalière d'hospitalisation

Si en cas de traitement en milieu hospitalier avec hospitalisation, aucune participation aux frais n'est due, une indemnité journalière de 25 EUR est accordée. Pour les enfants (0 à 15 ans), l'indemnité journalière est de 12,50 EUR aux mêmes conditions. **En cas d'hospitalisation partielle, aucune indemnité journalière n'est due.**

D. Prestations d'assistance

Séjour d'un parent dans la chambre d'hôpital de l'enfant

Si l'enfant doit rester hospitalisé, Interlux prend en charge les frais de séjour d'un parent passant la nuit dans la chambre de l'enfant (enfants jusqu'à 12 ans).

4. Prestations du preneur d'assurance

Les primes mensuelles résultent de la police d'assurance et de la tarification figurant dans le tableau ci-après. L'impôt légal n'est pas compris dans les montants mentionnés ci-dessus et est prélevé séparément.

Primes du tarif IDLA		
Par personne		
Primes mensuelles en EUR		
Age d'entrée	Assuré masculin	Assuré féminin
0 – 15 ans	187,34	187,34
16 – 20 ans	194,09	279,14
21 – 25 ans	211,42	336,98
26 – 30 ans	225,62	343,06
31 – 35 ans	244,34	350,21
36 – 40 ans	274,54	357,72
41 – 45 ans	312,59	368,08
46 – 50 ans	346,39	425,33
51 – 55 ans	387,76	440,36
56 – 60 ans	425,81	453,36
61 – 65 ans	809,95	838,87

