



complet**medic** plus

Qu'est-ce que Completmedic?

C'est un contrat d'assurances santé avec une assistance sanitaire de grande qualité grâce à un réseau médical très dense qui offre toutes les prestations sanitaires qu'il s'agisse de consultations de médecins généralistes, spécialistes, actes de soins en centres d'analyses et hôpitaux de références.

De plus, Completmedic Plus donne la possibilité de rembourser les dépenses de santé chez un pédiatre et gynécologue en dehors du réseau agréé ainsi que des dépenses de pharmacie avec un plafond annuel.

Comment fonctionne Completmedic Plus?

L'assuré peut accéder à un réseau de soins de santé privé. Il dispose d'une carte de tiers payant qui lui permet d'avoir accès à un médecin ou à un centre médical sélectionné, sans utiliser de chèques de tiers payant papier ou d'accord de prise en charge préalable ou d'accord de prise en charge préalable puisque la carte identifie automatiquement l'accès aux soins de l'assuré. Les primes tiennent compte de l'âge des assurés tout en proposant des tarifs avantageux pour les familles.

Modalités de paiement

- Mensuel
- Trimestriel avec une réduction de la cotisation de 2%
- Semestriel avec une réduction de la cotisation de 3%
- Annuel avec une réduction de la cotisation de 5%

Quels sont les risques couverts?

Les examens médicaux

Médecine générale, pédiatrie, spécialistes et soins infirmiers, visites à domicile pour les cas médicalement justifiés et sous réserve que le service soit localement disponible.

Les moyens de diagnostics

Analyses biologiques, radiologie, écho doppler cardiaque, échographie, etc.

Un délai de carence de 6 mois est prévu pour les cas d'artériographie digitale, électrocardiogramme (test d'effort), hémodynamique vasculaire, holter cardiaque, ostéodensitométrie, tomographie axiale calculé par ordinateur (ou scanner), médecine nucléaire, résonance magnétique nucléaire (IRM), tomographie par émission de positrons (TEP). Dans tous les cas les images de radiographie sont prises en charge par l'assureur.

Traitements thérapeutiques

Aérosolthérapie - ventilothérapie, oxygénothérapie, transfusions

Un délai de carence de 6 mois est prévu pour les cas d'interventions en chirurgie ophtalmique au laser (kératotomie radiaire) nucléotomie percutanée au laser (intervention chirurgicale de la hernie discale), radiothérapie en oncologie, électro radiothérapie, dialyse, rein artificiel et lithotripsie extracorporelle des reins (technique d'élimination des calculs rénaux).





Chimiothérapie en oncologie ambulatoire

La chimiothérapie en oncologie ambulatoire est couverte après une période de carence de un an.

Kinésithérapie

Garantie de 45 séances par an et par assuré.

Urgences

Elles sont prises en charge dans nos centres agréés.

Gynécologie

Un examen de prévention annuel.

Planification familiale

Contrôle du traitement avec cycle anovulatoire.

Consultation pour la pose du Dispositif Intra Utérin (stérilet) et visite de contrôle (le stérilet restant à la charge de l'assuré).

Ligature des trompes et vasectomie prise en charge après 6 mois de carence.

Accouchement

Hospitalisation, traitements, actes liés à la maternité et césarienne sont garantis après un délai de carence de 8 mois sauf le cas d'urgence ou risque d'accouchement prématuré.

Opérations chirurgicales

Toutes les opérations chirurgicales effectuées par un chirurgien en salle d'opération sont garanties après un délai de carence de 6 mois, sauf cas d'urgence vitale.

Hospitalisation

Après un délai de carence de 6 mois, garantie d'hospitalisation en chambre individuelle avec un lit pour un accompagnant, sauf en unité de soins intensifs et pour les hospitalisations de caractère psychiatrique. Sont pris en charge tous les frais d'hospitalisation, de chirurgie, d'anesthésie, de traitements médicaux et de déplacement du malade, sans limite sauf en hospitalisation psychiatrique où la garantie est limitée à 40 jours par an.

Assistance et suivi post opératoire

En cas d'hospitalisation de caractère chirurgical et d'une durée égale ou supérieure à sept jours, possibilité de bénéficier pendant un mois d'un service de téléassistance et de dix heures d'aide-ménagère à domicile.

Prothèse

L'assureur prend en charge sans limite de coût les prothèses valvulaires cardiaques, les pacemakers, les prothèses de hanche, les prothèses intra oculaires, les prothèses mammaires, et toutes les prothèses internes réalisées en service de traumatologie.

Protections des paiements

En cas de perte d'emploi ou pour un travailleur indépendant en cas d'arrêt de travail prolongé, maintien de la couverture santé sans paiement de primes pour une période maximale de 6 mois.

Couverture de frais de santé (sur présentation de factures)

- Remboursement de 1 visite de 60€/année d'assurance (Professionnel au libre choix du client, réseau ou hors réseau agréé) pour chacune des spécialités suivantes : acupuncteur, homéopathe, ostéopathe ou reflexologue.
- Remboursement an (Professionnel au libre choix du client, réseau ou hors réseau agréé) pour les consultations et les contrôles chez le gynécologue avec une limite de 300€/année d'assurance.
- Remboursement (Professionnel au libre choix du client, réseau ou hors réseau agréé) pour les consultations de pédiatres avec une limite de 300€/année d'assurance.
- Remboursement de 50% des frais pharmaceutiques avec une limite de 100€/année d'assurance.

Tous les délais de carence sont supprimés en cas d'urgence vitale survenue après la date de souscription du contrat ou si l'assuré provient d'une autre société d'assurance santé, sauf pour l'accouchement (8 mois) ou la chimiothérapie en oncologie ambulatoire (12 mois).



Les autres garanties

- Second avis médical avec un réseau international de médecins spécialistes référents.
- Assistance médicale par téléphone 24 heures sur 24 tous les jours de l'année.
- Barème avec prestations indemnitaires si l'assuré n'utilise pas le réseau de médecins mis à sa disposition.
- Service de conservation des cellules souches issues du cordon ombilical pendant 25 ans (service offert à prix préférentiel).
- Séances de préparation à l'accouchement.
- Bilan de santé: Check up annuel.
- Utilisation de la technologie laser dans les cas de :
 - » Chirurgie nasale (interventions ORL sur les cornets inférieurs),
 - » Calculs néphrétiques,
 - » Hyperplasie de la Prostate.

Assistance voyage

Couverture à hauteur de 12.000 € des frais médicaux et pharmaceutiques engagés à l'étranger.

Qui peut souscrire?

Toute personne physique résidant en Espagne selon les conditions d'âge ci-après:

- Pour les contrats individuels entre 18 et 64 ans.
- Pour les contrats familiaux :
 - L'assuré doit être âgé de 18 ans au moins.
 - L'âge des bénéficiaires doit être compris entre 3 et 70 ans, étant entendu que la moyenne d'âge ne peut dépasser 64 ans.