



Clinimedic Plus

Qu'est-ce que Clinimedic Plus?

C'est un contrat d'assurance santé qui offre une couverture médicale pour les analyses, les soins et les opérations chirurgicales en cas d'hospitalisation dans nos centres agréés, le restant des actes sont soumis à une participation financière de l'assuré se limitant à un ticket modérateur permettant la maîtrise de son reste à charge.

De plus, en cas d'intervention chirurgicale ou en cas d'hospitalisation en dehors de nos centres agréés, il est prévu le versement d'une indemnité compensatoire déterminée en fonction d'un barème indemnitaire.

Comment fonctionne Clinimedic 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 au centre médical sélectionné, sans utiliser de chèques de tiers payant papier ou des demandes de prises en charge préalables puisque la carte identifie automatiquement l'accès aux soins de l'assuré.

Pour les actes pour lesquels l'assuré doit participer financièrement, il est prévu un barème avec les montants pour les soins médicaux joints aux conditions du contrat d'assurance.

Ci-dessous, nous vous présentons les montants de certains actes et services.

TARIF D'UNE CONSULTATION	Zone A	Zone B
Médecin généraliste	19,0 €	17,0 €
Pédiatre	22,0 €	20,5 €
Gynécologie obstétrique	26,0 €	24,5 €
Traumatologie et chirurgie orthopédique	25,0 €	23,5 €
Psychiatrie	25,5 €	23,0 €
Reste des spécialités	24,0 €	22,5 €
Visite en urgence en centre de soins	62,0 €	58,0 €
Visite à domicile	52,0 €	48,5 €

Zone A: Baléares, Barcelone, Gérone et Tarragone. Zone B: Reste du territoire

Notre service d'information et orientation médicale est disponible au tél. 902 23 40 40 / 93 482 66 00, vous pourrez y obtenir les renseignements concernant les tarifs des autres actes.

Il est prévu annuellement, une limitation de 500€ des tickets modérateurs pouvant rester à la charge de chaque assuré, ce montant est révisable annuellement.

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?

Consultations et visites médicales

Médecine générale, pédiatrie, médecins spécialistes, infirmières et visites à domicile (exclusivement dans les cas où l'état de santé du patient le requiert médicalement et lorsque le service est localement disponible), avec la participation financière de l'assuré sous forme de ticket modérateur.



Les examens médicaux

Analyses biologiques, radiologie, écho doppler cardiaque, échographies, 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.

Méthodes thérapeutiques

Un délai de carence de 6 mois est prévu pour les cas d'interventions en chirurgie ophthalmique au laser (kératotomie radiaire), chirurgie laser des amygdales et des végétations, 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 hôpital de jour

Un délai de carence de 12 mois: chimiothérapie en service d'oncologie d'hôpital de jour.

Kinésithérapie

Garantie de 35 séances par an et par assuré.

Urgences

Elles sont prises en charge dans nos centres agréés.

Gynécologie

Un examen de prévention annuel.

Planification familiale

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

Accouchement

Hospitalisation, traitements, anesthésie et actes liés à la maternité sont garantis après un délai de carence de 8 mois sauf cas d'urgence ou en cas de risque d'accouchement prématuré. Les séances de préparation à l'accouchement sont également couvertes.

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 six mois, garantie de l'hospitalisation en chambre individuelle avec un lit pour un accompagnant, sauf en unité de soins intensifs et pour toutes les hospitalisations de caractère psychiatrique. Sont pris en charge tous les frais d'hospitalisation, de chirurgie, d'anesthésie, de traitements médicaux et les frais de repas, sans limite (sauf en cas d'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 7 jours possibilité de bénéficier pendant 1 mois d'un service de téléassistance et de dix heures d'aide-ménagère à domicile.

Prothèse

L'assureur prend en charge dans la limite de 6.000 € les prothèses valvulaires cardiaques, les pacemakers, les prothèses de hanche, les prothèses intra oculaires, les prothèses mammaires, et les prothèses internes de caractère traumatologiques.

Psychologie

L'assuré pourra disposer de 5 consultations de soutien psychologique, via les professionnels du réseau sélectionné par l'assureur (sous condition au préalable d'obtention d'une prescription médicale de la part d'un psychiatre ou d'un pédiatre).

Podologie

Limité à un maximum de 5 actes de soins par an, dans lesquelles sont inclus la première visite, le suivi thérapeutique, pédicure médicale (soins de pédicurie), examen du podoscope, traitement à base d'acide salicylique ou de cryothérapie des verrues/papillomavirus ainsi que les traitements des ongles incarnés, par contre nous excluons toute forme de prise en charge d'examen Kinépodique (bilan postural ou bilan de la marche).



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'assurances, sauf pour l'accouchement (8 mois) ou la chimiothérapie en oncologie ambulatoire (12 mois).

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.

Les autres couvertures

- 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.
- Service de conservation des cellules souches issues du cordon ombilical pendant 25 ans (service offert à prix préférentiel).
- Bilan de santé: Check-up annuel.
- Utilisation de la technologie laser dans les cas de :
 - » Ophtalmologie (technique laser pour la cataracte : ARGON et YAG),
 - » 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, lors de la souscription les personnes doivent être âgées entre 3 et 64 ans.
- Pour les contrats familiaux :
 - Le souscripteur doit être âgé de 18 ans au moins.
 - L'âge des bénéficiaires doit être compris entre 0 et 70 ans, étant entendu que la moyenne d'âge des bénéficiaires ne peut dépasser 64 ans.