



universal**medic**

Qu'est-ce que Universalmedic ?

C'est un contrat d'assurance qui permet de consulter le médecin ou le centre de soins de son choix, en Espagne ou à l'étranger avec un remboursement sur présentation de justificatifs de ses frais de santé.

Comment fonctionne Universalmedic ?

En Espagne

- En cas de consultation auprès d'un médecin ou d'un centre du réseau recommandé par l'assureur, l'assuré n'aura aucune démarche à effectuer pour obtenir le remboursement de ses soins. Il lui suffira de présenter la carte délivrée par l'assureur.
- En cas de consultation auprès d'un médecin, d'un centre de soins ou d'un hôpital non agréé par l'assureur, l'assuré obtiendra un remboursement de 90% des soins effectués sur présentation des justificatifs à l'assureur.

A l'étranger

- l'assuré obtiendra un remboursement de 80% des soins effectués auprès de professionnels de santé sur présentation des justificatifs à l'assureur.

Plafonds des remboursements

Le plafond annuel global de remboursement est fixé à 200.000 €. Ce plafond se distingue en deux parties: un plafond de 150.000 € pour les frais de santé liés à une hospitalisation et un plafond de 50.000 € pour les autres soins courants. Dès transmission des documents nécessaires à la gestion du règlement des frais de santé, l'assureur effectuera son remboursement dans un délai maximum de 40 jours. En cas de nécessité, l'assuré pourra demander une avance des frais des remboursements des prestations lorsque ceux-ci s'élèvent à plus de 3.000€.

Paielement des prestations

Les remboursements des prestations santé de la part de l'assureur au souscripteur du contrat s'effectuent par virement bancaire auprès d'un établissement financier espagnol.

Modalités de paiement

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

Quels sont les risques couverts ?

Les consultations

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, etc.

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 1 an.

Kinésithérapie

Limite de 1.500€/année d'assurance.

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 et actes liés à la maternité et césarienne sont garantis après un délai de carence de 8 mois sauf cas d'urgence ou en cas de 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 de l'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, 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 (ou 50€ d'indemnisation par hospitalisation) et de dix heures d'aide-ménagère à domicile (ou 200€ d'indemnisation par hospitalisation).

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.

Bilan de prévention médical annuel

Chez un médecin du réseau agréé ou prise en charge hors réseau sur facture, avec une limite de 250€/année d'assurances.

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 avec une période maximale de 6 mois.

Conservation des cellules souches du cordon

Service de conservation des cellules souches issues du cordon ombilical pendant une durée de 25 ans (service offert à prix préférentiel).

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 de 50% des frais pharmaceutiques avec une limite de 150€/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).

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.