



Guía de tu plan médico ampliado

Bienvenido a Allianz Care

Apple se ha asociado con Allianz Care para proporcionarte a ti y a tus familiares aptos un fácil acceso a la cobertura médica complementaria en tu país de empleo.


Allianz Care está especializada en cobertura médica internacional y está respaldada por los recursos y la experiencia de Allianz SE, una de las aseguradoras líderes en el mundo.

Requisitos para la cobertura

Si eres apto y estás inscrito en tu plan de seguro local de Apple en los países participantes, tú y tus dependientes también tenéis derecho al plan médico ampliado. El plan médico ampliado complementa tu plan local, cubriendo límites de prestación más altos y atención médica y servicios adicionales.

Habla con nosotros, nos encanta ayudar

Nuestra línea multilingüe de asistencia está disponible las 24 horas para resolver cualquier duda sobre tu póliza o para ayudarte con un reembolso.

	Inglés:	+353 1 630 1301
	Alemán:	+353 1 630 1302
	Francés:	+353 1 630 1303
	Español:	+353 1 630 1304
	Italiano:	+353 1 630 1305
	Portugués:	+353 1 645 4040

@ Correo electrónico: apple.helpline@e.allianz.com

Si hablas otro idioma, informa a la línea de asistencia cuando nos llames y trataremos de localizar a un intérprete.

Cómo usar tu plan médico ampliado

Comprueba tu nivel de cobertura

Primero, comprueba que estás cubierto para la atención que estás buscando. La tabla de prestaciones siguiente resume la cobertura que ofrecemos en tu póliza. La cobertura está sujeta a nuestras definiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza como se detalla en esta guía.

Tabla de prestaciones

Todas las cantidades de la cobertura están en dólares estadounidenses.

Plan médico ampliado - Cobertura	Límites por asegurado
Límite máximo del plan	2.000.000 US\$
Cáncer y otras enfermedades graves	500.000 US\$ por enfermedad
Enfermedades congénitas y defectos de nacimiento	500.000 US\$ por enfermedad
Autismo y otras discapacidades del desarrollo	No ABA: 10.000 US\$ por límite anual ABA: 25.000 US\$ durante toda la vida
Tratamiento y servicios transgénero	100.000 US\$ durante toda la vida
Fertilidad	10.000 US\$ durante toda la vida
Equipamiento médico duradero, ortopedia, prótesis	10.000 US\$ por límite anual (EMD y ortesis)* 25.000 US\$ por límite anual (prótesis) *Franquicia de 500 US\$ por dispositivo

¿Estás cubierto por tu aseguradora local o la seguridad social?

Antes de solicitar algún reembolso, deberás ponerte en contacto con tu aseguradora local o la seguridad social para solicitar un extracto/certificado que muestre que la cobertura está activa (fecha de inicio/finalización de tu póliza) y las prestaciones para las que estás cubierto, incluidos los límites aplicables.

Para revisar apropiadamente tu solicitud es importante que nosotros verifiquemos si tu seguro local o la seguridad social cubre totalmente, cubre parcialmente o rechaza los costes de la atención médica. En todos esos casos, proporciónanos el extracto de rechazo, de prestaciones o de cuentas o cualquier otro documento que permita la verificación.

Tu primera atención médica

Para iniciar un primer reembolso para ti o un dependiente apto, debes llamarnos o enviarnos un correo electrónico para activar tu póliza.

1. Ponte en contacto con nuestra línea de asistencia 24 horas (consulta la página 2)
2. Danos tus datos personales para fines de verificación:
 - Nombre de la empresa
 - Nombre y apellidos
 - Número de identificación de empleado
 - Fecha de nacimiento (por razones de privacidad de datos, se ha añadido una fecha ficticia en nuestro sistema. Actualizaremos tus registros cuando te pongas en contacto con nosotros para activar tu póliza)
 - Dirección de correo electrónico (para futuras comunicaciones)
3. Inscribe a tu dependiente si necesita recibir atención médica (consulta el párrafo de inscripción de dependientes que aparece a continuación)
4. Te daremos tu número de póliza individual por correo electrónico

Inscripción de dependientes

Si uno de tus dependientes aptos necesita algún servicio cubierto por este plan, completa el formulario de afiliación de dependientes del plan médico ampliado y envíanoslo lo antes posible.

Una vez que tus dependientes estén inscritos en tu póliza, puedes iniciar una solicitud de reembolso o solicitar la preautorización de atención médica para ellos. Ten en cuenta que tu número de póliza individual se aplica a cualquier dependiente apto que haya sido inscrito.

Algunos tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización

Si tú (o alguno de tus dependientes) está planeando recibir atención hospitalaria o de alto coste, tendrás que solicitar nuestra preautorización. La preautorización es un proceso por el cual garantizamos la cobertura para ciertos tipos de atención médica y costes necesarios (si están cubiertos), tal como sigue:

- Prestaciones hospitalarias (atención recibida en un hospital cuando sea médicamente necesario quedarse ingresado durante la noche).
- Hospital de día incluyendo quimioterapia y radioterapia.
- Cirugía ambulatoria.
- TEP (tomografía de emisión de positrones) y TAC-TEP.

Proceso de preautorización

En caso de que tú o alguno de tus dependientes necesite ser hospitalizado o recibir atención médica de alto coste, sigue los pasos que se indican a continuación **al menos 5 días hábiles antes de la atención programada**. Nuestro equipo médico podrá verificar tu cobertura y facilitar el ingreso con fluidez:



Ponte en contacto con tu aseguradora local para solicitar un extracto de seguro indicando tu fecha de renovación y las prestaciones para las que estás cubierto, incluidos los límites aplicables. Para revisar apropiadamente tu solicitud es importante que nosotros verifiquemos si tu seguro local cubre totalmente, cubre parcialmente o rechaza los costes de la atención médica. Asegúrate de que esto se indica claramente en el extracto/documento del seguro.



Descarga un formulario de garantía de pago del plan médico ampliado desde tu portal dedicado a los afiliados: www.allianzcare.com/apple



Envía el formulario completado junto con toda la documentación de referencia al menos cinco días laborables antes de la atención médica a apple.helpline@e.allianz.com



Nosotros contactamos con el hospital para organizar el pago directo, cuando es posible.

Una vez que recibamos toda la información que necesitamos, nuestro equipo médico la revisará y le enviará una garantía de pago al proveedor médico autorizando la atención médica (si eres apto para ella). Si necesitamos más información, es posible que necesitemos ponernos en contacto contigo, tu médico o tu proveedor de servicios médicos y esto puede retrasar el proceso.

En caso de emergencia

Recibe la atención médica de emergencia que necesitas y llama a la línea de asistencia si necesitas ayuda.

Si te hospitalizan, tú, tu médico, uno de tus dependientes o un compañero debe llamar a nuestra línea de asistencia (en un plazo de 48 horas tras la emergencia) para informarnos de la hospitalización. Podemos tomar los datos para el formulario al teléfono cuando nos llames.

Pagar y solicitar el reembolso

Cuando la atención médica ya se haya recibido y hayas pagado la factura

Si la atención que necesitas no requiere nuestra preautorización, puedes pagar la factura y solicitarnos el reembolso de los gastos. En este caso, sigue estos pasos:



Ponte en contacto con tu aseguradora local para solicitar un extracto de seguro indicando tu fecha de renovación y las prestaciones para las que estás cubierto, incluidos los límites aplicables. Para revisar apropiadamente tu solicitud es importante que nosotros verifiquemos si tu seguro local cubre totalmente, cubre parcialmente o rechaza los costes de la atención médica. Asegúrate de que esto se indica claramente en el extracto/documento del seguro.



Obtén una factura de tu proveedor médico. La factura debe indicar claramente:

- Tu nombre
- Fechas del servicio
- Enfermedad y tipo de atención
- Fecha en que tuviste los primeros síntomas
- Coste del servicio



Solicita el reembolso de los gastos con la aplicación o el portal MyHealth (www.allianzcare.com/es/myhealth.html).

Simplemente añade tus facturas e introduce algunos datos clave: paciente, país de la atención, proveedor de la atención, tipo de atención, razón médica, fecha de la factura, divisa e importe. Haz clic en enviar y listo.

Envíanos tu solicitud junto con toda la documentación de referencia, facturas y recibos.

Guarda copias de toda la documentación para solicitudes de reembolso adicionales. Deberás enviar todos los elementos en el paso 2 cada vez que presentes una nueva solicitud.



Rápida tramitación de solicitudes

Una vez que tengamos toda la información necesaria, podemos tramitar y pagar un reembolso en un plazo de 48 horas. Si tu solicitud no tiene toda la información requerida, necesitaremos pedirte más datos. Puedes llamarnos o enviarnos un correo electrónico antes de enviar su solicitud para confirmar que nos estás dando toda la información necesaria.

* Ten en cuenta que el tiempo de respuesta para tramitar tu primera solicitud de reembolso o preautorización puede ser más largo de lo habitual, ya que necesitaremos actualizar tus registros en nuestro sistema (o si la atención es para un dependiente, necesitaremos incorporarlos en nuestro sistema primero).

Información adicional sobre el reembolso de tus gastos

Antes de solicitarnos un reembolso, presta atención a estos puntos:

- **Plazo de solicitud:** Debes enviar todas las solicitudes de reembolso no más tarde de seis meses tras la finalización del año de seguro. Si la cobertura se cancela durante el año de seguro, debes presentar tu solicitud no más tarde de seis meses tras la fecha en que termina tu cobertura. Después de este periodo, no estamos obligados a tramitar el reembolso.
- **Envío de solicitudes de reembolso:** Debes solicitar un reembolso separado para cada persona y para cada enfermedad.
- **Documentos de referencia:** Cuando nos envíes copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrate de que guardas los originales. Tenemos derecho a pedirte los originales de los documentos y facturas por razones de auditoría hasta 12 meses tras completar tu reembolso. También podríamos pedirte un justificante de pago (extracto del banco o de tarjeta) de las facturas médicas que has pagado. Te recomendamos que guardes copias de toda la correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llega por motivos fuera de nuestro control.
- **Divisa:** Especifica la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones podríamos no poder pagar en esa divisa debido a las regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre identificaremos una divisa alternativa apropiada. Si tenemos que convertir de una divisa a otra, usaremos el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de las facturas o en la fecha en que te pagamos el reembolso.

Nos reservamos el derecho a elegir cuál de los tipos de cambio aplicar.

- **Costes razonables y habituales:** Sólo reembolsaremos los cargos que sean razonables y habituales según los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso o reducir la cantidad que pagamos.

Categorías de cobertura

Límite general durante toda la vida por asegurado: 2.000.000 US\$

Cáncer y otras enfermedades graves

Cobertura y límite: 500.000 US\$ por enfermedad

Sujeto a las leyes y regulaciones locales aplicables, la póliza presta cobertura a los afiliados para tratamientos contra el cáncer y cualquier otra enfermedad grave o que amenace la vida (debido a enfermedad o lesión), más allá de los límites del plan local hasta un límite anual establecido en la tabla de prestaciones.

Cáncer

Honorarios de especialistas, pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización relativos al tratamiento del cáncer, desde el momento del diagnóstico. También cubrimos el coste de un artículo protésico externo por razones cosméticas, como una peluca en caso de pérdida de cabello o un sujetador protésico como consecuencia del tratamiento contra el cáncer.

Otras enfermedades graves que amenazan la vida (la lista siguiente no es exhaustiva):

- Traumatismo craneoencefálico que requiere hospitalización
- Lesión de la médula espinal
- Quemaduras graves por encima del 20% o más del cuerpo
- Múltiples lesiones debidas a un accidente
- Nacimiento prematuro y sus complicaciones
- Accidente cerebrovascular
- Daño cerebral debido a un accidente, paro cardíaco, o resultado de un procedimiento quirúrgico o complicación de la cirugía
- Enfermedad terminal con pronóstico de muerte en un plazo de seis (6) meses
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- Los casos graves de COVID definidos como pacientes con COVID-19 se consideran una enfermedad grave si muestran alguno de los siguientes síntomas:
 - SpO2 <94 % en el aire ambiental al nivel del mar
 - PaO2/FiO2 <300 mm Hg

- Frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/min
- Infiltración pulmonar > 50 %

Enfermedad potencialmente mortal:

Se refiere a una enfermedad sufrida por el asegurado, que tiene las siguientes características:

- Riesgo de muerte en el momento del suceso.
- Tiene todas las siguientes características:
 - Parámetros vitales marcadamente inestables
 - Deterioro agudo de uno o más órganos vitales.
 - Se presta atención crítica de alta complejidad en una UCI/servicio de urgencias.

Enfermedades congénitas y defectos de nacimiento

Cobertura y límite: 500.000 US\$ por enfermedad

Sujeto a las leyes y regulaciones locales aplicables, se prestará cobertura para el tratamiento de defectos congénitos y de nacimiento, incluidos los gastos relacionados con:

- Cargos del médico por cirugía.
- Cargos por pruebas rutinarias del médico y pruebas diagnósticas médicamente necesarias.
- Habitación de hospital y manutención.
- Medicamentos con prescripción médica

Autismo y otras discapacidades del desarrollo

Autismo y otras discapacidades del desarrollo (no ABA)

Cobertura y límite: 10.000 US\$ (límite anual)

Sujeto a las leyes y normativas locales aplicables, se presta cobertura para terapias médicamente necesarias según se prescriban a través de un plan de tratamiento, incluyendo entre otras:

- Gastos relacionados con la detección y diagnóstico del autismo y otras discapacidades del desarrollo.
- Servicios de rehabilitación, que son los que se prestan para desarrollar una función, en lugar de restaurarla.
- Servicios de terapia (restaurativos o no) como:
 - Tratamiento de terapia ocupacional para desarrollar la capacidad de un afiliado para realizar las tareas ordinarias de la vida diaria;
 - Tratamiento de fisioterapia para desarrollar la función física de un afiliado; y
 - Tratamiento de logopedia para la disfunción del habla de un afiliado.

Nota: Los trastornos del neurodesarrollo incluyen entre otras cosas: retraso del desarrollo de clasificación desconocida con un retraso cognitivo significativo, trastorno del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual (por ejemplo, síndrome de Down, síndrome de Apert), discapacidad motora (por ejemplo, parálisis cerebral), discapacidades de aprendizaje y comunicación (por ejemplo, dislexia, trastornos del lenguaje) y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (ADD/ADHD). Los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF), incluido el síndrome alcohólico fetal (SAF) y los trastornos relacionados, como el trastorno del desarrollo neurológico relacionado con el alcohol, están cubiertos por la definición.

Autismo y otras discapacidades del desarrollo (ABA)

Cobertura y límite: 25.000 US\$ (límite para toda la vida)

El análisis aplicado de conducta (ABA) es una terapia basada en la ciencia del aprendizaje y el comportamiento. Para más información, consulta la página siguiente:

Análisis aplicado de conducta (ABA) | Autism Speaks

Para el propósito de esta prestación, la definición de médico tratante se amplía para incluir a un médico o a una persona acreditada para realizar terapias ABA (acreditada por BCBA, CAS o un organismo relevante para el país de tratamiento).

Sujeto a las leyes y normativas locales aplicables, se presta cobertura para terapias médicamente necesarias según se prescriban a través de un plan de tratamiento, incluyendo entre otras:

- Intervenciones conductuales necesarias basadas en los principios del análisis aplicado de conducta (ABA) y programas conductuales estructurados relacionados aplicables al tratamiento de un afiliado con autismo. Dicho tratamiento sería:
 - Prescrito a través del plan de tratamiento, firmado por el médico tratante, y debe incluir un diagnóstico, el tratamiento propuesto por tipo, frecuencia y duración; los resultados previstos indicados como objetivos; y la frecuencia con la que se actualizará el plan de tratamiento.
 - Además de cualquiera de las terapias mencionadas anteriormente, según sea necesario.
 - El tratamiento y las terapias ABA deben estar proporcionados o supervisados por un médico o profesionales calificados que tengan la acreditación adecuada (por ejemplo, BCBA, CAS, IBECES).

Tratamiento y servicios transgénero (Disforia de género)

Cobertura y límite: 100.000 US\$ (límite para toda la vida)

La disforia de género es una patología establecida en la que las personas tienen una necesidad reconocida de vivir de acuerdo a su identidad de género, en lugar de su sexo biológico.

Sujeto a las leyes y reglamentos locales aplicables, se prestará cobertura a los afiliados para el proceso (que normalmente incluye una combinación de atención continuada de salud mental, procedimientos quirúrgicos y tratamiento hormonal) emprendido por una persona transgénero con el fin de alterar sus características sexuales físicas para que coincidan con su identidad de género. La cobertura incluye entre otras cosas los medicamentos y tratamientos prescritos siguientes:

- Medicamentos feminizantes; preparaciones de estradiol y progestina
- Medicamentos antiandrógenos; spironolactona, finasterida y minoxidil
- Medicamentos para la masculinización; preparaciones de testosterona
- Plan de terapia hormonal y atención continuada
- Visitas en curso: hasta cuatro (4) veces al año para supervisar la salud, abordar las metas, revisar los medicamentos y actualizar las pruebas de laboratorio según sea necesario.
- La psicoterapia continuada estará cubierta hasta quince (15) sesiones por año.
- Blefaroplastia
- Estiramiento facial/de frente
- Reducción ósea facial (osteoplastia)
- Eliminación del vello
- Reducción de mandíbula
- Laringoplastia
- Rinoplastia
- Rejuvenecimiento cutáneo (por ejemplo dermoabrasión, exfoliación química)
- Condroplastia tiroidea
- Estiramiento del cuello
- Aumento de labios
- Cirugía reconstructiva genital
- Orquiectomía
- Histerectomía/salpingooforectomía
- Terapia de modificación de la voz
- Aumento mamario incluyendo extirpación de tejido mamario, reconstrucción torácica y mamoplastia de aumento

Nota: Mastopexia (elevación de mamas), si esto se hace sólo como parte del aumento mamario inicial.

Exclusiones:

- Implantes malares/de pómulos
- Implantes de barbilla/nariz
- Inyecciones de colágeno
- Inyecciones de bótox y de relleno
- Trasplante de cabello

Cuando los servicios estén cubiertos para la cirugía de reasignación de género, los servicios quirúrgicos de reasignación de género se considerarán médicamente necesarios y cubiertos si se te diagnostica disforia de género y se cumplen los siguientes criterios:

Para la cirugía genital:

- Tienes al menos 18 años.
- Tienes dos cartas de recomendación de cirugía de dos profesionales diferentes de la salud mental, al menos una de las cuales incluye un informe extenso. Una carta de un profesional con nivel de posgrado* es aceptable si la segunda carta es de un psiquiatra o psicólogo clínico doctorado.
- La recomendación debe estar basada en evaluaciones realizadas en los últimos veinticuatro (24) meses y debe indicar que tu decisión está vigente y no se debe a ninguna otra enfermedad o trastorno tratables.
- Cada recomendación debe indicar que la cirugía es médicamente necesaria según las directrices médicas basadas en evidencias**.

Para cirugía de pecho:

- Tienes al menos 18 años.
- Tienes una carta de recomendación de cirugía de un profesional de la salud mental. La recomendación debe estar basada en evaluaciones realizadas en los últimos veinticuatro (24) meses y debe indicar que tu decisión está vigente y no se debe a ninguna otra enfermedad o trastorno tratables.
- La cirugía es médicamente necesaria de acuerdo con las directrices basadas en la evidencia**.

* Para la prestación de servicios de disforia de género, un profesional de la salud mental se define como cualquier profesional de la salud mental con nivel de posgrado o superior.

** Las directrices basadas en la evidencia se basan en directrices clínicas aceptadas internacionalmente y publicadas por las organizaciones científicas pertinentes.

Tratamiento para la fertilidad

Cobertura y límites: 10.000 US\$ (límite para toda la vida)

Sujeto a las leyes locales aplicables, regulaciones y disponibilidad de tratamiento en el país de tratamiento, ponte en contacto con Allianz Care para obtener la lista completa de lo que está cubierto en tu país. Se prestará cobertura para los servicios y suministros proporcionados en relación con cualquier procedimiento médico convencional ART (tecnología de reproducción asistida) para mejorar la fertilidad. La cobertura incluye recetas, procedimientos quirúrgicos y concepción asistida, que también pueden implicar la recolección y el almacenamiento si se permite*.

Ejemplos de procedimientos son, entre otros**:

- Fertilización in vitro
- Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
- Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- Pruebas de embarazo en sangre (beta-hCG)
- Fecundación/inseminación de ovocitos

La cobertura incluye cualquier medicamento recetado que no esté cubierto por el seguro local, ya sea el público o la póliza suplementaria local.

La cobertura se prestará bajo esta disposición más allá de los seguros suplementarios locales o los planes estatales, sin exceder el límite de tiempo de vida establecido en la tabla de prestaciones.

* Los gastos relacionados con el almacenamiento se pagarán hasta que se use o el asegurado ya no sea apto o hasta que se cumplan 5 años, cualquiera que ocurra primero.

** Contacta con Allianz Care para obtener la lista completa de lo que está cubierto en tu país.

Equipamiento médico duradero (EMD)

Cobertura y límites:

- 10.000 US\$ para EMD y ortesis (límite anual)
- 25.000 US\$ para aparatos protésicos (límite anual)

Sujeto a las leyes y regulaciones locales aplicables, el plan pagará los artículos cubiertos (como se detalla a continuación) y los cargos asociados ocasionados en la obtención de un aparato ortopédico, equipamiento médico duradero o un aparato protésico que sean médicamente necesarios y reconocidos como parte del tratamiento/terapia estándar, incluidos problemas pulmonares/respiratorios, problemas auditivos, trastornos ortopédicos y neurológicos y problemas visuales. La cobertura estará sujeta a los límites del plan, franquicias y cargos razonables y habituales.

Franquicia

La franquicia será de 500 US\$ según corresponda por dispositivo/artículo para cualquier aparato ortopédico o equipamiento médico duradero. La franquicia no se aplica a los aparatos protésicos.

Equipamiento médico duradero (EMD)

Equipamiento médico duradero (EMD) ordenado por un médico. Si más de una pieza de EMD puede satisfacer tus necesidades, sólo la pieza de equipamiento más rentable estará cubierta, excepto cuando tú o tu proveedor hayáis demostrado que el dispositivo mejorará significativamente tu calidad de vida.

La sustitución de EMD por el mismo tipo de equipamiento o similar que haya superado su vida útil razonable y se haya vuelto irreparable debido al desgaste normal, está cubierta pero limitado a una vez cada tres años a menos que la vida útil del equipamiento se indique de manera diferente.

EMD es equipamiento médico que tiene estas características:

- Diseñado y capaz de soportar el uso repetido.
- No es desechable.
- Se utiliza para cumplir un propósito médico.
- Se requiere debido a una lesión o enfermedad para ayudar con las funciones físicas diarias.
- Adecuado para su uso en el hogar.

La cobertura incluye, entre otras cosas:

- Sillas de ruedas y scooters
- Audífonos
- CPAP
- Cama tipo hospital
- Ayuda a la movilidad para personas con discapacidad visual

Exclusiones:

- Medidores y tiras de azúcar en sangre
- Dispositivos de monitorización de la tensión arterial
- Oxímetros
- Andadores, muletas
- Bombas de infusión y suministros
- Oxígeno, nebulizadores
- Prendas y calcetines compresivos
- Cualquier coste de reparación y mantenimiento

Para aclaración, entre otras cosas, el EMD no incluye ajustes realizados a vehículos, aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, deshumidificadores, ascensores, rampas, guías de escaleras, equipos de alerta de emergencia, pasamanos, aparatos de calefacción, mejoras realizadas en el hogar o lugar de negocios, camas de agua, baños de hidromasaje y equipos de ejercicios y masajes.

Férulas ortésicas

Las férulas ortésicas que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y las férulas para tratar la curvatura de la columna vertebral se consideran EMD.

Ejemplos de aparatos ortésicos incluyen, entre otras cosas:

- Ortesis de tobillo y pie (AFO)
- Ortesis de rodilla (KO)
- Ortesis sacrolumbar (LSO)
- Ajustes necesarios en las zapatas para acomodar las férulas
- Ortesis torácicolumbosacral (TLSO)

Aparatos protésicos

Aparato protésico significa cualquier dispositivo artificial que se utiliza para reemplazar una extremidad, apéndice o cualquier otra parte externa del cuerpo humano, incluidos los dispositivos como extremidades artificiales, manos, dedos de las manos, pies y dedos de los pies, pero excluyendo los aparatos dentales y dispositivos en gran medida cosméticos como pechos artificiales, pestañas, pelucas.

Exclusiones: ¿Qué no está cubierto?

Los siguientes artículos relacionados con EMD, ortesis y aparatos protésicos:

- Dispositivos que no están recetados por un proveedor médico con licencia o que no están bajo la dirección de un médico.
- Dispositivos y suministros experimentales.
- Dispositivos y ordenadores para ayudar en la comunicación y el habla, a menos que estén autorizados por tu médico y cumplan con las directrices clínicas definidas por el administrador de los reembolsos.
- La reparación y sustitución de dispositivos cuando se pierdan, roben o dañen debido a un uso indebido, rotura maliciosa o negligencia grave.
- Dispositivos utilizados específicamente como elementos de seguridad o para afectar al rendimiento en actividades relacionadas con el deporte (como, entre otros, el manguito/monitor de presión arterial, la alarma de enuresis, el desfibrilador externo no portátil, los bragueros, y nebulizadores ultrasónicos).
- Suministros médicos recetados o no recetados y suministros desechables, con la excepción de jeringuillas desechables, agujas y tiras reactivas utilizadas para la diabetes.

Exclusiones

Cualquier prestación que no esté en la tabla de prestaciones está excluida del plan.

CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD

Tratamiento para enfermedades debidas directa o indirectamente a contaminación química, radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.

TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES O SIN PROBAR

Cualquier tratamiento o medicamento que en nuestra razonable opinión es experimental o cuya eficacia no haya sido probada en el marco de la práctica general de la medicina.

NO CONSULTAR UN MÉDICO O NO SEGUIR SUS INDICACIONES

Atención médica necesaria por no haber seguido las indicaciones del médico o por no haber acudido a un médico.

PRUEBAS GENÉTICAS

Las pruebas genéticas están excluidas en el plan, excepto en estos casos:

- Cuando tu plan incluye prestaciones específicas para pruebas genéticas.
- Cuando las pruebas de ADN están directamente relacionadas con una amniocentesis apta (por ejemplo, mujeres mayores de 35 años).
- Cuando se necesitan pruebas para el receptor genético de los tumores.

ENFERMEDADES CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS

Cuidados y tratamiento para enfermedades contraídas intencionadamente o lesiones autoinfligidas, incluido el intento de suicidio.

ERROR MÉDICO

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR

El plan médico ampliado no cubre el tratamiento ortomolecular.

PARTICIPACIÓN EN GUERRAS O ACTOS CRIMINALES

Enfermedad, patología o lesión resultado de la participación activa en las siguientes circunstancias, independientemente de que se haya declarado o no una guerra:

- Guerra
- Revueltas
- Disturbios civiles
- Terrorismo
- Actos criminales
- Actos ilegales
- Actos contra cualquier hostilidad extranjera

CIRUGÍA PLÁSTICA

Tratamiento administrado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas, y cualquier tratamiento cosmético o estético efectuado para mejorar el aspecto, incluso cuando lo haya prescrito un médico. Las únicas excepciones son las enfermedades congénitas (cuando es médicamente necesario), los servicios de disforia de género aprobados y la cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, siempre que el accidente o la cirugía tengan lugar durante el período de cobertura del asegurado.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

Gastos de viaje de ida y vuelta a los centros médicos (incluidos los gastos de aparcamiento) para recibir atención médica.

ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL PAÍS DE EMPLEO DEL EMPLEADO (ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA)

La atención médica fuera del área geográfica de cobertura no está cubierta, salvo en casos de emergencia o autorizados por nosotros.

Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura

Sanciones económicas. Esta póliza no presta ninguna cobertura ni prestación por ningún negocio o actividad si la cobertura, prestación o negocio o actividad subyacentes violan alguna sanción o regulación aplicable de las Naciones Unidas, la Unión Europea o cualquier otra sanción, regulación o ley económicas o comerciales.

Las cantidades que pagamos. Nuestra responsabilidad hacia ti está limitada a las cantidades indicadas en la tabla de prestaciones y otras cláusulas adicionales de la póliza. La cantidad reembolsada, bajo esta póliza o bajo cualquier otro seguro público o privado, no puede ser superior a la cantidad de la factura.

Circunstancias fuera de nuestro control (causa mayor). Siempre intentamos hacer lo mejor para ti, pero no somos responsables de retrasos o fallos en nuestras obligaciones causados por cosas que están fuera de nuestro razonable control. Ejemplos de esto son fenómenos atmosféricos extremos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, rayos, fuego, hundimientos, epidemias, actos de terrorismo, acciones de hostilidad militar (se haya declarado una guerra o no), disturbios, explosiones, huelgas u otros conflictos laborales, alteración del orden público, sabotaje y expropiación por las autoridades gubernamentales.

Subrogación. En sucesos que resulten en un siniestro por culpa de un tercero, tenemos pleno derecho a subrogar del tercero cualquier coste por cualquier siniestro. La empresa y los asegurados aceptan colaborar completamente con nosotros y proporcionar toda la información importante y dar todos los pasos razonables que solicitemos.

Contactar con los dependientes. Para administrar tu póliza, podríamos necesitar pedir información adicional. Si necesitamos preguntarte sobre un dependiente (por ejemplo cuando necesitemos el correo electrónico de un dependiente adulto), podríamos contactar contigo para que nos des la información en nombre del dependiente, siempre que no sea información sensible.


Del mismo modo, para administrar los reembolsos, podríamos enviarte información no sensible relativa a un dependiente.

Protección de datos

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Léelo antes de enviarnos datos personales. Para leerlo visita:

 www.allianzcare.com/es/privacidad.html

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.

 +353 1 630 1304

Si tienes alguna pregunta sobre cómo tratamos tu información personal escríbenos:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Protocolo para quejas

Para cualquier comentario o queja, el primer punto de contacto es nuestra línea de asistencia.


Escríbenos a:

@ apple.helpline@e.allianz.com

Nuestro objetivo es ganar y mantener la fidelidad de los clientes a través de un servicio excelente.

Sin embargo, entendemos que a pesar de nuestros esfuerzos, es posible que no siempre se cumplan las expectativas de nuestros clientes. Si no estás satisfecho con algún aspecto de nuestro servicio, tenemos protocolos internos de gestión de quejas para abordar tus preocupaciones con eficacia y en un tiempo razonable. Si quieres presentarnos una queja tienes varios medios:

@ Correo electrónico: customer.advocacy@e.allianz.com

 Carta: Departamento de Defensa del Cliente (Customer Advocacy Team), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda

Tu queja será tratada siguiendo nuestro protocolo interno para la gestión de quejas.

Para más detalles visita:

 <https://www.allianzcare.com/es/quejas.html>

También puedes ponerte en contacto con nuestra línea de asistencia para obtener una copia de este protocolo.

Preguntas frecuentes del plan médico ampliado

¿Qué es el plan médico ampliado?

El plan médico ampliado es un plan médico complementario para ti y tus dependientes inscritos aptos que presta cobertura para enfermedades específicas además de la cobertura que recibes de programas sociales o gubernamentales y tu plan médico de Apple. Consulta la tabla de prestaciones anterior para conocer las enfermedades específicas cubiertas y los límites.

¿Tengo que pagar por la cobertura del plan médico ampliado?

No, Apple paga íntegramente el coste del plan. Sin embargo, en algunos países, puedes tener que pagar el impuesto sobre la prima del seguro.

¿Quién es apto?

Todos los empleados y dependientes inscritos en un plan médico de Apple apto. Para confirmar la idoneidad, ponte en contacto con el Apple People Support.

¿Cómo me inscribo en el plan médico ampliado?

Estás inscrito automáticamente en el plan médico ampliado como parte de tu plan médico de Apple. Si los dependientes aptos están inscritos en el plan médico local de Apple, también son aptos para la cobertura del plan médico ampliado.

¿Qué está cubierto?

Para ver los detalles sobre lo que cubre el plan médico extendido, incluyendo límites y exclusiones, consulta la tabla de prestaciones al comienzo de esta guía.

¿Por qué no se cubren otras enfermedades?

La atención médica prestada a través del gobierno y tu plan médico de Apple siguen siendo tu principal fuente de cobertura de seguro médico. Apple se ha dado cuenta de que cierta cobertura es compleja y a veces muy difícil de cubrir o administrar para sus aseguradoras asociadas. Además, en situaciones extremas, es necesaria atención médica por encima de los límites del plan médico de Apple y este plan permite un nivel secundario de cobertura. Por lo tanto, Apple se ha asociado con Allianz Care para prestarte cobertura para estas necesidades específicas en el plan médico ampliado, en el que podemos centralizar la experiencia. Aunque se podrían considerar otras enfermedades en el futuro, éste siempre será un plan para necesidades muy específicas y únicas que no se pueden satisfacer bien con las pólizas de seguros locales.

¿Recibiré un número de póliza individual?

Sí. Antes de solicitar tu primer reembolso, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia 24 horas. Nuestro equipo verificará tus datos y se asegurará de que se corresponden con la información recibida de tu empresa. Entonces te daremos un número de póliza individual. Cualquier dependiente apto se inscribirá en el mismo número de póliza al presentar el formulario de afiliación para dependientes. Consulta la anterior sección "Inscripción de dependientes" para más información.

Para cualquier otra solicitud de reembolso o de preautorización o cualquier otra comunicación posterior con nosotros, indica tu número de póliza individual al ponerte en contacto con nosotros.

¿Cuándo termina la cobertura?

La cobertura del plan médico ampliado terminará si te das de baja o dejas de ser apto para la cobertura médica local de Apple o si tu empleo termina, cualquiera que ocurra antes. Tienes hasta seis meses después de la fecha de finalización de tu cobertura para presentar cualquier solicitud de reembolso por atención médica que haya ocurrido mientras todavía eras apto para el plan. Si te das de baja del plan médico local de Apple, deberás notificarnos tu fecha de finalización. No hacerlo puede resultar en reembolsos sin pagar, que pasarán a ser tu responsabilidad.

¿Cómo sabrá mi médico que tengo esta cobertura?

La cobertura del plan médico ampliado sólo es accesible cuando has agotado toda la cobertura disponible para ti a través del gobierno y el plan médico de Apple para enfermedades cubiertas (o si la atención médica no está disponible a través del gobierno ni el plan médico de Apple).

Para la atención en la que tú pagas y solicitas el reembolso, tu médico no necesita acceso a la información del plan médico ampliado. Para la atención que requiera preautorización (pago directo), una vez que recibamos toda la información que necesitamos, nuestro equipo médico evaluará el caso y emitirá una garantía de pago al proveedor médico, autorizando la atención médica (siempre que seas apto para ella).

En el improbable caso de que tu proveedor médico no acepte nuestra garantía de pago, sigues teniendo acceso a tu cobertura del plan médico ampliado, pero tendrás que pagar por tu atención médica y solicitar el reembolso.

¿Qué pasa si ya tengo atención médica en curso?

Los servicios y la atención médica pueden estar cubiertos si:

1. La atención y los servicios aptos tienen lugar en tu país de trabajo a partir de la fecha en que te convertiste en apto para el plan médico ampliado. Consulta la página de People para más información sobre la idoneidad.
2. Tú (y tus dependientes aptos, cuando corresponda) estás inscritos en el plan médico local de Apple.
3. Eres un empleado de Apple apto durante los servicios o la atención médica.

¿Cómo solicitar reembolsos para mis dependientes?

Para una primera solicitud de reembolso en la que el paciente es uno de tus dependientes, tendrás que registrarlos en el plan primero.

1. Completa el formulario de afiliación de dependientes y envíalo a apple.helpline@e.allianz.com. Tramitaremos tu solicitud de afiliación y añadiremos a tu dependiente en tu póliza.
2. Una vez que el dependiente se haya añadido al sistema, puede acceder a la atención médica siguiendo uno de los siguientes procesos:
 - Para atención médica que no requiere nuestra preautorización, el dependiente o tú (en caso de ser menor de edad) puede pagar y solicitar el reembolso a través de los servicios digitales MyHeath (disponibles como aplicación móvil o portal online). Él o tú deberéis seleccionar el nombre del dependiente en el menú desplegable del paciente, introducir algunos datos, añadir la factura junto con la documentación necesaria y enviarlo.
 - Para una solicitud de garantía de pago, él o tú deberéis enviarnos un formulario de garantía de pago junto con toda la documentación necesaria en un plazo de al menos cinco días laborables antes de la atención médica.

Para obtener más información sobre cómo acceder a la atención médica, consulta "Cómo usar tu plan médico ampliado".

Si la atención médica o medicina que necesito no está cubierta por mi plan médico local, ¿puedo usar el plan médico ampliado?

Sí, si la atención médica o medicina está cubierta por tu plan médico ampliado y nuestro equipo médico lo considera médicamente necesario. Necesitarás obtener un extracto de seguro de tu seguro local indicando que la atención médica o medicina no está disponible o que se ha agotado la cobertura para tales costes.

¿Cómo puedo demostrar que he agotado mis prestaciones locales o que mi plan local no cubre un servicio?

Tu aseguradora local te dará un extracto de seguro que indica que has agotado tu prestación local o que la atención médica que estás buscando no está cubierta por el plan. Asegúrate de que el extracto de seguro también incluye la fecha de inicio/renovación de tu cobertura. Los extractos de seguro se aceptan en cualquier idioma.

Deberás darnos esta información al enviar tu solicitud de reembolso o de garantía de pago. Sabemos donde la atención médica para estas prestaciones no está disponible localmente.

Si no estoy seguro de las prestaciones cubiertas por mi plan local de seguro, ¿puedo ponerme en contacto con Allianz Care para obtener orientación?

No. El plan médico ampliado funciona como una cobertura suplementaria a tu plan existente y necesitarás buscar el consejo de tu aseguradora local en relación con las condiciones de idoneidad de tu atención médica antes de ponerte en contacto con nosotros con toda la información relevante para tramitar tu reembolso.

¿Reembolsará el plan médico ampliado el déficit de mi seguro local resultante de un copago o una franquicia?

No, el plan sólo tiene como objetivo cubrirte para las prestaciones listadas en la tabla de prestaciones en los siguientes casos:

- Cuando se agoten tus prestaciones locales.
- Cuando parte de la prestación no esté cubierta localmente.
- Cuando tu plan local no tenga cobertura disponible.

Cualquier solicitud de reembolso de copagos o franquicias locales será rechazada.

¿Puedo obtener reembolsos por gastos ocasionados antes de la fecha de inicio del plan?

No, el plan médico ampliado sólo cubrirá la atención y los servicios aptos que se presten en tu país de trabajo a partir de la fecha en que te convertiste en apto para el plan médico ampliado. Consulta la página de People para más información sobre la idoneidad.

Si mi plan local me reembolsa los gastos médicos, ¿puedo solicitar la misma cantidad en el plan médico ampliado también?

No. La cobertura del plan médico ampliado comenzaría una vez que hubieras agotado la cobertura de tu plan médico local respecto a una enfermedad. Cualquier gasto pagado en el plan médico local no se pagará en el plan médico ampliado.

Si los hospitales privados no están cubiertos en mi plan médico local, ¿el plan médico ampliado cubrirá la atención médica o las medicinas en hospitales privados?

No, el plan médico ampliado no cubre mejoras. Si un tipo particular de atención médica de la categoría de enfermedades del plan médico ampliado sólo está disponible en un hospital privado, puedes ponerte en contacto con nosotros para entender tus opciones (danos siempre una copia de las condiciones del seguro local).

Si un tipo específico de atención médica no está legalmente permitido en mi área, pero de otro modo estaría cubierto por el plan médico ampliado, ¿aún así puedo recibirla?

No. Cumplimos las normativas locales.

Si tengo dependientes inscritos que viven fuera del país, ¿sus gastos médicos estarán cubiertos en el plan médico ampliado?

No, el plan médico ampliado sólo cubre la atención médica recibida en el país donde estás empleado, por lo que tus dependientes inscritos no estarían cubiertos por los servicios recibidos fuera de tu país de empleo.

Me voy a mudar a un país donde se ofrece el plan médico ampliado, ¿seguiré teniendo acceso al plan médico ampliado?

Sí, si estás inscrito en el plan médico local de Apple en un país apto, seguirás teniendo acceso al plan médico ampliado. El saldo de las prestaciones disponibles para ti se traspasará contigo.

Si tienes preguntas sobre los países aptos o preguntas generales, ponte en contacto con el Apple People Support.

¿Qué pasa con mi cobertura si me traslado a un país en el que el plan médico ampliado no es una opción?

Tu cobertura con el plan médico ampliado terminaría en la fecha en que te trasladaste oficialmente a un país en el que el plan médico ampliado no está disponible.

Para los pagos entrantes del exterior, mi banco requiere pruebas de que los fondos correspondientes a una solicitud de reembolso son legales y están relacionados con el plan médico ampliado. ¿Qué documento puedo proporcionar?

Una vez tramitado el reembolso, te enviaremos un extracto de cuentas con todos los detalles de la liquidación de tu reembolso. Este documento constituye una prueba formal que el banco debería aceptar.

¿Qué idiomas habla la línea de asistencia?

Nuestra línea de asistencia presta apoyo 24 horas en español, inglés, francés, italiano, portugués y alemán.

Si hablas otro idioma, informa a la línea de asistencia cuando nos llames y trataremos de localizar a un intérprete.

También puedes consultar la página Apple People para obtener información o tu portal dedicado para afiliados: www.allianzcare.com/apple

Podemos aceptar información médica y documentación de seguros en cualquier idioma.

¿Cómo se protege mi información personal?

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Para leerlo visita www.allianzcare.com/es/privacidad

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel. +353 1 630 1304

Si tienes alguna pregunta sobre cómo tratamos tu información personal escríbenos:
AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

¿Con quién puedo ponerme en contacto para obtener más información sobre este plan?

Si tienes alguna pregunta sobre cobertura o reembolsos, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia 24 horas.

Si tienes alguna pregunta sobre la idoneidad, ponte en contacto con el Apple People Support.

¿Sabías que tienes acceso a un portal dedicado de asistencia al afiliado?

Hemos creado un portal dedicado de asistencia al afiliado en el que puedes acceder a toda la información que te ayudará a sacar el máximo partido a tu seguro, incluyendo lo siguiente:

- Guía del plan médico ampliado
- Formulario de afiliación de dependientes
- Preguntas frecuentes
- Datos de contacto



www.allianzcare.com/apple

Habla con nosotros, nos encanta ayudarte

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros.







@ Correo electrónico: apple.helpline@e.allianz.com

📞 Teléfono:

Inglés:	+353 1 630 1301
Alemán:	+353 1 630 1302
Francés:	+353 1 630 1303
Español:	+353 1 630 1304
Italiano:	+353 1 630 1305
Portugués:	+353 1 645 4040

Si hablas otro idioma, informa a la línea de asistencia cuando nos llames y trataremos de localizar a un intérprete.

🏠 Dirección: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 x.com/AllianzCare
 www.tiktok.com/@allianzcare