



Guia para o seu Plano de Saúde Suplementar

Bem-vindo à Allianz Care

A Apple fez uma parceria com a Allianz Care para proporcionar a você e aos seus familiares elegíveis acesso fácil a cuidados de saúde suplementares no seu país de trabalho.


A Allianz Care é especializada em cobertura de saúde internacional e tem o respaldo dos recursos e da experiência da Allianz SE, uma das companhias de seguro mais importantes do mundo, para oferecer a você um serviço rápido, flexível e de total confiança.

Elegibilidade

Se for elegível e estiver inscrito no seu plano de seguro local da Apple nos países participantes, você e os seus dependentes também têm direito ao Plano de Saúde Suplementar. O Plano de Saúde Suplementar complementa o seu plano local, cobrindo limites de benefícios mais elevados e tratamentos e serviços adicionais.

Fale conosco, adoramos ajudar!

A nossa Central de Atendimento multilíngue está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para responder quaisquer questões sobre a sua apólice ou para ajudar com um pedido de reembolso.

	Português:	+ 353 1 645 4040
	Inglês:	+ 353 1 630 1301
	Alemão:	+ 353 1 630 1302
	Francês:	+ 353 1 630 1303
	Espanhol:	+ 353 1 630 1304
	Italiano:	+ 353 1 630 1305

 E-mail: apple.helpline@e.allianz.com

Se você fala outro idioma, por favor informe a Central de Atendimento quando nos ligar e tentaremos localizar um intérprete.

Como utilizar o seu Plano de Saúde Suplementar

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se você está coberto pelo tratamento que precisa receber. A Tabela de Benefícios abaixo indica a cobertura oferecida em sua apólice. Observe que a cobertura está sujeita às nossas definições, limitações e exclusões da apólice, conforme indicado de forma detalhada neste guia.

Tabela de Benefícios

Todos os valores de cobertura constam em dólares americanos.

Plano de Saúde Suplementar - cobertura	Limites por Segurado
Limite máximo do plano	US\$ 2.000.000
Câncer e outras condições médicas graves	US\$ 500.000 por condição
Condições/malformações congênitas	US\$ 500.000 por condição
Autismo e outras Deficiências de Desenvolvimento	Não ABA: US\$ 10.000 por ano ABA: US\$ 25.000 por vida
Tratamento e serviços transgêneros	US\$ 100.000 por tempo de vida útil
Fertilidade	US\$ 10.000 por tempo de vida útil
Equipamento Médico Durável (EMD), órtese, prótese	US\$ 10.000 por limite anual (EMD e órtese)* US\$ 25.000 por limite anual (Prótese) *Franquia de US\$ 500 por dispositivo

Você está coberto por sua seguradora local ou plano de previdência social?

Antes de enviar qualquer pedido de reembolso, você precisará entrar em contato com sua seguradora local ou plano de previdência social para solicitar uma declaração/certificado demonstrando que a cobertura está ativa (data de início/término de sua apólice) e os benefícios para os quais você está coberto, incluindo quaisquer limites aplicáveis.

A fim de analisar adequadamente o seu pedido, é importante verificarmos se o seu seguro local ou plano de previdência social cobre totalmente, cobre parcialmente, rejeita ou recusa os custos do tratamento. Em todos esses casos, forneça a declaração de declinação/descrição de benefícios/extrato de pedidos de reembolso ou qualquer outro documento que comprove a verificação.

Seu primeiro tratamento

Para iniciar um primeiro pedido de reembolso para você ou um dependente elegível, você deve ligar ou enviar um e-mail para ativar sua apólice.

1. Entre em contato com a nossa Central de Atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana (ver Página 2).
2. Forneça os seus dados pessoais para fins de verificação:
 - Nome do empregador
 - Seu nome completo
 - Número de identificação do funcionário
 - Data de nascimento (por motivos de privacidade de dados, uma data fictícia foi adicionada em nosso sistema. Atualizaremos seus registros quando você entrar em contato conosco para ativar sua apólice)
 - Endereço de e-mail (para comunicação futura)
3. Inscreva seus dependentes se o tratamento for necessário para eles (consulte o parágrafo de Inscrição de Dependentes abaixo).
4. Forneceremos o seu número de apólice individual por e-mail.

Inscrição de Dependentes

Se um de seus dependentes elegíveis necessitar de qualquer tratamento coberto por este plano, preencha o Formulário de Inscrição de Dependentes do Plano de Saúde Suplementar e envie assim que possível.

Assim que seu dependente estiver inscrito em sua apólice, você poderá iniciar um pedido de reembolso ou solicitar a pré-autorização de tratamento para ele. Observe que seu número de apólice individual se aplica a todos os dependentes elegíveis que foram inscritos.

Alguns tratamentos exigem nossa pré-autorização

Se você (ou algum de seus dependentes) estiver planejando fazer um tratamento com internação ou de alto custo, você precisará solicitar nossa pré-autorização. Pré-autorização é o processo pelo qual garantimos cobertura para certos tratamentos e custos (quando cobertos), conforme a seguir:

- Internações hospitalares (tratamento recebido em hospital em que a internação é medicamente necessária)
- Tratamento hospitalar sem internação, incluindo quimioterapia e radioterapia
- Cirurgias ambulatoriais
- Exames PET (tomografia por emissão de pósitrons) e PET-CT (tomografia computadorizada)

Processo de pré-autorização do tratamento

Caso você ou algum de seus dependentes necessite ser hospitalizado ou receber tratamento de alto custo, siga os passos abaixo pelo menos 5 dias úteis antes do tratamento previsto. Nossa Equipe Médica irá avaliar sua cobertura e facilitar uma internação tranquila.



Entre em contato com sua seguradora local para solicitar uma declaração de seguro indicando sua data de renovação e os benefícios para os quais você está coberto, incluindo quaisquer limites aplicáveis. Para analisarmos adequadamente o seu pedido, é importante verificarmos se o seu seguro local cobre totalmente, cobre parcialmente, rejeita ou recusa os custos do tratamento. Certifique-se de que isto esteja claramente indicado na declaração/documento do seguro fornecido.



Baixe um Formulário de Autorização para Tratamento através do portal de segurado da Apple: www.allianzcare.com/apple.



Envie o Formulário de Autorização para Tratamento juntamente com toda a documentação de apoio pelo menos cinco dias úteis antes do tratamento para: apple.helpline@e.allianz.com.



Entraremos em contato com o hospital diretamente para organizar o pagamento de suas faturas, quando possível.

Assim que recebermos todas as informações necessárias, nossa Equipe Médica avaliará o caso e emitirá uma Garantia de Pagamento ao médico, autorizando o tratamento (desde que você seja elegível para o tratamento). Caso mais informações sejam necessárias, podemos entrar em contato com você, seu médico ou com o provedor de serviços médicos, e isso pode estender o processo.

Em casos de emergência:

Procure o tratamento de emergência necessário e entre em contato conosco se precisar de aconselhamento ou apoio.

Caso você seja hospitalizado, você, seu médico, um de seus dependentes ou um colega deverá ligar para a nossa Central de Atendimento (no prazo de 48 horas do ocorrido) e nos informar sobre a internação. Podemos solicitar informações referentes ao Formulário de Autorização para Tratamento por telefone quando você ligar.

Processo de pagamento e pedido de reembolso

Quando o seu tratamento já ocorreu e você pagou a fatura

Se seu tratamento não requer nossa pré-autorização, você pode pagar a fatura e solicitar o reembolso de suas despesas conosco. Neste caso, basta seguir estes passos:



Entre em contato com sua seguradora local para solicitar uma declaração de seguro indicando sua data de renovação e os benefícios para os quais você está coberto, incluindo quaisquer limites aplicáveis. Para analisarmos adequadamente o seu pedido, é importante verificarmos se o seu seguro local cobre totalmente, cobre parcialmente, rejeita ou recusa os custos do tratamento. Certifique-se de que isto esteja claramente indicado na declaração/documento do seguro fornecido.



Obtenha uma fatura de seu provedor médico. A fatura deve indicar claramente:

- a. Seu nome
- b. Data(s) do tratamento
- c. Condição médica e tipo de tratamento
- d. A data dos primeiros sintomas
- e. Custo do tratamento



Solicite o reembolso dos custos elegíveis pelo nosso aplicativo MyHealth ou no portal on-line (www.allianzcare.com/pt/myhealth.html).

Basta adicionar sua(s) fatura(s) e inserir alguns detalhes importantes: paciente, país do tratamento, provedor do tratamento, tipo de tratamento, razão médica, data da fatura, moeda e valor. Clique 'enviar' e pronto.

Por favor, envie seu pedido de reembolso com todos os documentos de apoio, faturas e recibos.

Guarde uma cópia de todos os documentos para pedidos de reembolso adicionais. Você deverá enviar todos os itens listados acima a cada vez que fizer um novo pedido de reembolso.



Processamento rápido dos pedidos de reembolso

Assim que recebermos todas as informações necessárias, poderemos processar e emitir um reembolso dentro de 48 horas*. Se o seu pedido de reembolso não tiver todas as informações necessárias, teremos de solicitar mais detalhes. Você pode nos ligar ou enviar um e-mail antes de enviar seu pedido de reembolso para confirmar que nos forneceu todas as informações necessárias.

* Observe que o tempo de resposta para processar sua primeira solicitação de reembolso/pré-autorização pode ser mais longo do que o normal, pois precisaremos atualizar seus registros em nosso sistema (ou, se o tratamento for para um dependente, precisaremos configurá-lo primeiro em nosso sistema).

Informações adicionais sobre pedidos de reembolso

Antes de nos enviar um pedido de reembolso, preste atenção nos pontos a seguir:

- **Prazo limite de envio:** Todos os pedidos de reembolso devem ser enviados no máximo seis meses após o término do ano de vigência do seguro. Se a cobertura for cancelada durante o ano de vigência do seguro, você deve enviar seus pedidos de reembolso dentro do prazo máximo de seis meses após o término da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados de efetuar o pagamento do reembolso.
- **Envio dos pedidos de reembolso:** Você deve preencher um Formulário de Pedido de Reembolso distinto para cada pessoa e para cada quadro clínico que esteja motivando tal pedido.
- **Documentos de apoio:** Quando você nos envia cópias de documentos de apoio (por exemplo, faturas médicas), certifique-se de manter cópias originais. Temos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio até 12 meses após o pagamento dos pedidos de reembolso, em casos de auditoria. Também podemos solicitar comprovantes de pagamentos feitos por você das despesas médicas incorridas (por exemplo, extrato de conta ou do cartão de crédito). Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.
- **Moeda:** Especifique a moeda em que você gostaria de ser reembolsado. Em raras ocasiões, certas regulamentações bancárias internacionais não nos permitem realizar o pagamento na moeda solicitada. Caso isso aconteça, identificaremos uma moeda alternativa para pagamento. Se for necessário fazer a conversão de moedas, usaremos a taxa de câmbio vigente na data de emissão das faturas, ou na data em que pagamos o seu pedido de reembolso.

Observe que nos reservamos o direito de escolher a taxa de câmbio aplicável.

- **Custos razoáveis e costumeiros:** Reembolsaremos apenas custos que sejam razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Se considerarmos um pedido de reembolso inadequado, nos reservamos o direito de declinar seu pedido ou reduzir o valor a ser pago.

Categorias de Cobertura

Limites totais por Segurado: US\$ 2.000.000

Câncer e outras condições médicas graves

Cobertura e limites: US\$ 500.000 por condição

Sujeita às leis e regulamentos locais aplicáveis, a política fornece cobertura aos membros para tratamentos de câncer e quaisquer outras condições graves ou potencialmente fatais (devido à doença ou lesão), acima dos limites do plano local até um limite anual estabelecido na Tabela de Benefícios.

Câncer:

A cobertura é fornecida para honorários de especialistas, exames diagnósticos, radioterapia, quimioterapia e despesas hospitalares relacionadas ao tratamento do câncer desde o momento do diagnóstico. O custo de uma prótese externa para fins estéticos também é coberto (por exemplo, uma peruca para queda de cabelo ou um sutiã protético após tratamento de câncer de mama).

Outras condições médicas com risco de vida grave (a lista abaixo é exemplificativa):

- Lesão na cabeça que requer a internação do paciente
- Lesão na medula espinhal
- Queimaduras graves iguais ou superiores a 20% do corpo
- Lesões múltiplas devido a um acidente
- Parto prematuro e suas complicações
- AVC ou derrame
- Dano cerebral em razão de acidente, parada cardíaca ou procedimento cirúrgico ou complicação da cirurgia
- Doença terminal com prognóstico de morte dentro de 6 (seis) meses
- Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)
- Casos graves de Covid-19 – consideramos doença grave quando pacientes com covid-19 apresentam qualquer um dos sintomas abaixo:
 - SpO2 <94% no ar ambiente no nível do mar
 - PaO2/FiO2 <300 mmHg
 - Frequência respiratória >30 respirações/min
 - Infiltrações pulmonares >50%

Condição potencialmente fatal:

Significa uma condição médica sofrida pelo segurado que:

- tenha risco de morte no momento do evento, ou
- tenha todas as seguintes características:
 - parâmetros vitais acentuadamente instáveis;
 - comprometimento agudo de um ou mais órgãos vitais;
 - cuidados críticos de alta complexidade sendo prestados em um setor de emergência/UTI.

Condições/malformações congênitas

Cobertura e limites: US\$ 500.000 por condição

Sujeito às leis e regulamentos locais aplicáveis, é fornecida cobertura para o tratamento de condições/malformações congênitas, incluindo despesas relacionadas a:

- custos médicos para a cirurgia;
- custos para exames de rotina do profissional e testes de diagnóstico clinicamente necessários;
- quarto e enfermagem do hospital;
- medicamentos prescritos.

Autismo e outras Deficiências de Desenvolvimento

Autismo e outras Deficiências de Desenvolvimento (não ABA)

Cobertura e limites: US\$ 10.000 (limite anual)

Sujeito às leis e regulamentos locais aplicáveis, é fornecida cobertura para terapias clinicamente necessárias, conforme prescritas por meio de um plano de tratamento, incluindo, mas não se limitando a:

- Despesas relacionadas com o rastreamento e diagnóstico do Autismo e outras Deficiências de Desenvolvimento.
- Serviços de reabilitação, que são aqueles fornecidos para desenvolver, em vez de restaurar uma função.
- Serviços de terapia (restauradores ou não), como:
 - tratamento de terapia ocupacional para desenvolver a capacidade de um membro para realizar as tarefas comuns da vida cotidiana;
 - tratamento fisioterapêutico para desenvolver a função física de um membro; e,
 - tratamento fonoaudiológico do comprometimento da fala de um membro.

Observação: Os distúrbios de desenvolvimento neurológico incluem, dentre outros: atraso de desenvolvimento de classificação desconhecida com atraso cognitivo significativo, transtorno do espectro autista (TEA), deficiência intelectual (por exemplo, Síndrome de Down, Síndrome de Apert), deficiência motora (por exemplo, paralisia cerebral), deficiência de aprendizagem e comunicação (por exemplo, dislexia, distúrbios linguísticos) e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (ADD/TDAH). Os transtornos do espectro alcoólico fetal (TEAF), incluindo a Síndrome alcoólica fetal (SAF) e transtornos relacionados, como transtorno do neurodesenvolvimento relacionado ao álcool (TNRA), são cobertos pela definição.

Autismo e outras Deficiências de Desenvolvimento (ABA)

Cobertura e limites: US\$ 25.000 (limite vitalício)

Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é uma terapia baseada na ciência da aprendizagem e do comportamento. Para mais informações, acesse o site (em inglês):

Applied Behavior Analysis (ABA) | Autism Speaks

Para este benefício, a definição de médico assistente inclui tanto médicos quanto profissionais qualificados que tenham certificação apropriada para fornecer terapias do método ABA (por exemplo, BCBA, CAS, IBCCES, ou algum órgão de referência no tratamento no país em questão).

Sujeito às leis e regulamentos locais aplicáveis, é fornecida cobertura para terapias clinicamente necessárias, conforme prescritas por meio de um plano de tratamento, incluindo, mas não se limitando a:

- Intervenções comportamentais necessárias baseadas nos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e Programas Comportamentais Estruturados Relacionados aplicáveis ao tratamento de um membro com autismo. Tal tratamento seria:
 - Prescrito através do plano de tratamento, assinado pelo médico assistente, devendo incluir:
 - diagnóstico, tratamento proposto por tipo, frequência e duração;
 - resultados previstos indicados como objetivos; e
 - frequência com que o plano de tratamento será atualizado.
 - Além de qualquer uma das terapias acima referidas, conforme necessário.
 - O tratamento e as terapias do método ABA devem ser fornecidos ou supervisionados por um médico ou por profissionais qualificados que tenham certificação apropriada (por exemplo, BCBA, CAS, IBCCES).

Tratamento e serviços transgêneros (disforia de gênero)

Cobertura e limites: US\$ 100.000 (limite vitalício)

A disforia de gênero é uma condição médica estabelecida em que as pessoas têm uma necessidade reconhecida de viver de acordo com sua identidade de gênero, em vez de seu sexo biológico.

Sujeito às leis e regulamentos locais aplicáveis, é fornecida cobertura aos membros para o processo (geralmente envolvendo a combinação de cuidados de saúde mental contínuos, procedimentos cirúrgicos e tratamento hormonal) realizado por uma pessoa transgênero a fim de alterar suas características sexuais físicas para corresponder à sua identidade de gênero. A cobertura inclui, dentre outros, os medicamentos e tratamentos prescritos listados abaixo:

- Medicamentos feminizantes; preparações de estradiol e progestina
- Medicamentos antiandrógenos; espironolactona, finasterida e minoxidil
- Medicamentos masculinizantes; preparações de testosterona
- Plano de terapia hormonal e cuidados contínuos
- Visitas contínuas: até 4 (quatro) por ano para monitorar a saúde, abordar metas, revisar medicamentos e atualizar exames laboratoriais conforme necessário
- Psicoterapia continuada por até 15 (quinze) sessões por ano
- Blefaroplastia
- Lifting facial/frontal
- Redução óssea facial (osteoplastia)
- Remoção de pelos
- Redução da mandíbula
- Laringoplastia
- Rinoplastia
- Regeneração da pele (por exemplo, dermoabrasão, peeling químico)
- Condroplastia de redução da tireoide
- Lifting de pescoço
- Preenchimento labial
- Cirurgia de redesignação sexual
- Orquiectomia
- Histerectomia/salpingo-ooforectomia
- Terapia de modificação da voz
- Reconstrução da mama, incluindo remoção de tecido mamário, reconstrução torácica e mamoplastia de aumento; mastopexia (elevação da mama)

Observação: A mastopexia é coberta somente se for feita como parte da mamoplastia de aumento inicial.

Exclusões:

- Implantes para bochechas/malares
- Implantes de queixo/nariz
- Injeções de colágeno
- Injeções de botox e preenchimento
- Transplante de cabelo

Os serviços de cirurgia de redesignação sexual são considerados clinicamente necessários e cobertos se houver diagnóstico de disforia de gênero e os seguintes critérios forem atendidos:

Para cirurgia genital:

- Ter, no mínimo, 18 anos de idade.
- Possuir duas cartas de recomendações para a cirurgia de dois profissionais de saúde mental diferentes, de modo que pelo menos uma contenha um relatório extenso do caso. Uma carta de um profissional com título de mestrado* é aceitável se a segunda carta for de um psiquiatra ou psicólogo clínico PhD.
- A recomendação deve ser baseada em avaliações realizadas nos últimos 24 (vinte e quatro) meses e deve verificar se sua decisão é atual, e não em decorrência de qualquer outra condição e/ou transtorno tratável.
- Cada carta de recomendação deve afirmar que a cirurgia é medicamente necessária de acordo com as diretrizes clínicas baseadas em evidências**.

Para cirurgia de mama/tórax:

- Ter, no mínimo, 18 anos de idade.
- Possuir uma carta de recomendação para a cirurgia subscrita por um profissional de saúde mental. A carta de recomendação deve ser baseada em uma avaliação realizada nos últimos 24 (vinte e quatro) meses e deve verificar se sua decisão é atual, e não em decorrência de qualquer outra condição e/ou transtorno tratável.
- A cirurgia é medicamente necessária de acordo com as diretrizes baseadas em evidências**.

* Para o benefício dos serviços de disforia de gênero, um profissional de saúde mental é definido como qualquer profissional de saúde mental que possua, no mínimo, título de mestrado.

** As diretrizes baseadas em evidências são diretrizes clínicas internacionalmente aceitas, emitidas por organizações científicas relevantes.

Tratamento para fertilidade

Cobertura e limites: US\$ 10.000 (limite vitalício)

Sujeito às leis, regulamentações e disponibilidade de tratamento locais aplicáveis no país de tratamento – entre em contato conosco para consultar a lista completa de cobertura no seu país. É fornecida cobertura para serviços e suprimentos fornecidos em conexão com quaisquer procedimentos de TRA (Tecnologia Reprodutiva Assistida) de padrão médico para melhorar a fertilidade. A cobertura inclui prescrições, procedimentos cirúrgicos e concepção assistida, que também podem envolver coleta e armazenamento, se permitido***.

Exemplos de procedimentos correspondem, dentre outros, a****:

- Fertilização in vitro
- Transferência intrafalopiana de gameta (GIFT)
- Transferência intratubária de zigoto (ZIFT)
- Exame sanguíneo de gravidez (beta hCG)
- Fertilização de ovócitos/inseminação

A cobertura inclui quaisquer medicamentos prescritos não cobertos pelo seguro local, seja público ou privado suplementar local.

A cobertura será fornecida sob esta disposição sobre e acima do seguro suplementar local e/ou planos públicos, sem exceder o limite de tempo de vida útil indicado na Tabela de Benefícios.

*** As despesas relacionadas ao armazenamento serão pagas até serem usadas, até o membro não ser mais elegível ou até 5 anos, o que ocorrer primeiro.

**** Entre em contato conosco para consultar a lista completa de cobertura no seu país.

Equipamento Médico Durável (EMD), órtese, prótese

Cobertura e limites:

- US\$ 10.000 para EMD e órtese (limite anual)
- US\$ 25.000 para aparelhos protéticos (limite anual)

Sujeito às leis e regulamentos locais aplicáveis, o Plano pagará pelos itens cobertos (conforme detalhado abaixo) e encargos associados incorridos na obtenção de uma órtese, um Equipamento Médico Durável ou uma prótese que sejam medicamente necessários e reconhecidos como parte do tratamento/terapia padrão, incluindo problemas pulmonares/respiratórios, problemas auditivos, distúrbios ortopédicos e neurológicos e problemas visuais. A cobertura estará sujeita aos limites do plano, franquias e encargos razoáveis e habituais.

Franquia:

A franquia será de US\$ 500, conforme aplicável, por dispositivo/item para qualquer órtese ou Equipamento Médico Durável. A franquia não é cobrada para próteses.

Equipamentos Médicos Duráveis (EMD)

Equipamento Médico Durável (EMD) solicitado por um médico. Se mais de um EMD puder atender às suas necessidades, somente o equipamento mais econômico será coberto, exceto quando você ou seu provedor tiver demonstrado que o dispositivo melhorará significativamente sua qualidade de vida.

É coberta a substituição de EMD para o mesmo tipo ou equipamento semelhante que está além de sua vida útil razoável e se tornou irreparável devido ao desgaste normal, mas está limitada a uma vez a cada três anos, a menos que a vida útil do equipamento seja declarada de forma diferente.

EMD é um equipamento médico que:

- é projetado e capaz de suportar o uso repetido;
- não é descartável;
- é usado para atender a uma finalidade médica;
- é necessário devido a lesões, doenças ou condições médicas para auxiliar nas funções físicas do dia a dia;
- é adequado para uso doméstico.

A cobertura inclui, dentre outros:

- Cadeira de rodas e patinetes
- Aparelhos auditivos
- CPAP
- Cama tipo hospitalar
- Auxílio à mobilidade para deficientes visuais

Exclusões:

- Medidores de glicose no sangue
- Dispositivos de monitoramento da pressão arterial
- Oxímetros
- Bengalas, muletas
- Bombas de infusão e suprimentos
- Oxigênio, nebulizadores
- Roupas e meias de compressão
- Qualquer custo de reparo e manutenção

Para esclarecimento, Equipamentos Médicos Duráveis, entre outras coisas, não incluem ajustes feitos em veículos, ares-condicionados, purificadores de ar, umidificadores, desumidificadores, elevadores, rampas, escadas, equipamento de alerta de emergência, corrimãos, aparelhos de aquecimento, melhorias feitas na casa ou no local de negócios, camas de água, banheiras de hidromassagem e equipamentos de ginástica e massagem.

Órteses imobilizadoras

Órteses imobilizadoras que estabilizam uma parte do corpo lesada e imobilizadores para tratar a curvatura da coluna são considerados EMD.

Exemplos de órteses imobilizadoras incluem, dentre outros:

- Órtese tornozelo-pé (OTP)
- Órtese de joelho (OJ)
- Órtese lombo-sacral (OLS)
- Ajustes necessários nos sapatos para acomodar os imobilizadores
- Órtese toraco-lombo-sacral (OTLS)

Próteses

Próteses significam qualquer dispositivo artificial usado para substituir um membro ausente, apêndice ou qualquer outra parte externa do corpo humano, incluindo dispositivos como membros artificiais, mãos, dedos, pés e dedos dos pés, mas excluindo implantes dentários e, em grande parte, dispositivos estéticos, como próteses mamárias, cílios, perucas.

Exclusões: O que não está coberto?

Os seguintes itens relacionados a EMD, órteses e próteses:

- Dispositivos que não são prescritos por um médico licenciado ou que não estão sob a orientação de um médico.
- Dispositivos e suprimentos experimentais.
- Dispositivos e computadores para auxiliar na comunicação e na fala, a menos que sejam autorizados pelo seu médico e atendam às diretrizes clínicas definidas pelo administrador de sinistros.
- O reparo e a substituição de dispositivos quando perdidos, roubados ou danificados por uso indevido, avaria maliciosa ou negligência grave.
- Dispositivos usados especificamente como itens de segurança ou para afetar o desempenho em atividades relacionadas a esportes (como, dentre outros, braçadeira/monitor de pressão arterial, alarme de enurese, desfibrilador externo não vestível, trelças, e nebulizadores ultrassônicos).
- Suprimentos médicos prescritos ou não prescritos e suprimentos descartáveis, com exceção de seringas descartáveis, agulhas e tiras de teste usadas para diabetes.

Exclusões

Quaisquer benefícios que não constem da Tabela de Benefícios são excluídos do plano.

CIRURGIA PLÁSTICA

Qualquer tratamento realizado por um cirurgião plástico, ainda que por razões médicas/ psicológicas, assim como tratamentos cosméticos ou estéticos com o objetivo de melhorar a sua aparência, mesmo quando prescritos por um médico. As únicas exceções são as condições congênitas (se medicamente necessárias), os serviços aprovados de disforia de gênero e cirurgias reparadoras para restaurar a função física ou a aparência após um acidente que tenha desfigurado o paciente ou como resultado de uma cirurgia relacionada ao tratamento do câncer. Note que sua apólice deve estar em vigor no momento do acidente ou cirurgia.

CONTAMINAÇÃO QUÍMICA E RADIOATIVIDADE

Tratamento de qualquer quadro médico decorrente direta ou indiretamente de contaminação química, radioatividade ou qualquer material nuclear, inclusive a combustão de combustível nuclear.

CUSTOS DE TRANSPORTE

Custos com deslocamento de/para instalações médicas (incluindo custos de estacionamento) para tratamento.

DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE OU LESÕES AUTOINFLIGIDAS

Atendimento e/ou tratamento de doenças causadas intencionalmente ou lesões autoinfligidas, inclusive tentativas de suicídio.

ERRO MÉDICO

Tratamento necessário como resultado de erro médico.

EXAMES GENÉTICOS

Os exames genéticos estão excluídos do plano, exceto nos casos em que:

- exames genéticos específicos estejam inclusos em seu plano;
- exames de DNA estejam diretamente ligados a uma amniocentese elegível (por exemplo, mulheres com mais de 35 anos);
- exames sejam necessários para o receptor genético dos tumores.

FALHA EM PROCURAR OU SEGUIR A ORIENTAÇÃO MÉDICA

Tratamento necessário como resultado de falha em procurar ou seguir a orientação médica.

PARTICIPAÇÃO EM GUERRA OU ATOS CRIMINOSOS

Quaisquer doenças, enfermidades ou lesões resultantes de participação ativa nos eventos a seguir, quer a guerra tenha sido declarada ou não:

- Guerra
- Levantes populares
- Perturbações da ordem pública
- Terrorismo
- Atos criminais
- Atos ilegais
- Atos contra qualquer força beligerante estrangeira

TRATAMENTO EXPERIMENTAL OU NÃO COMPROVADO OU TERAPIA COM MEDICAMENTOS

Qualquer forma de terapia ou tratamento com medicamentos que, em nossa opinião razoável, seja considerado experimental ou não comprovado com base na prática médica normalmente aceita.

TRATAMENTO FORA DO PAÍS DE TRABALHO DO FUNCIONÁRIO (ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA)

Tratamento fora da área geográfica de cobertura não é coberto a não ser em casos de emergência ou autorizados por nós.

TRATAMENTO ORTOMOLECULAR

O tratamento ortomolecular não está coberto pelo Plano de Saúde Suplementar.

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

Sanções econômicas: a cobertura não é fornecida se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócio ou negócio subjacente violar quaisquer leis ou regulamentações de sanções aplicáveis das Nações Unidas, da União Europeia, ou quaisquer outras leis ou regulamentações econômicas ou comerciais aplicáveis.

Os valores que pagaremos: nossa responsabilidade para com o segurado está limitada aos valores indicados na Tabela de Benefícios e a qualquer endosso da apólice. O valor do reembolso, quer nos termos desta apólice, do esquema público de saúde ou de qualquer outro seguro, não excederá o valor da fatura.

Circunstâncias fora do nosso controle (força maior): sempre faremos o possível por você, mas não nos responsabilizamos por atrasos ou falhas em nossas obrigações causadas por coisas que estão fora do nosso controle razoável. Exemplos são clima extremamente severo, inundações, deslizamentos, terremotos, tempestades, raios, incêndios, subsidência do solo, epidemias, atos de terrorismo, hostilidades militares (quer uma guerra tenha sido declarada ou não), motins, explosões, greves ou outro tipo de manifestações empregatícias, distúrbios civis, sabotagem e expropriação por parte das autoridades governamentais.

Sub-rogação: em casos de eventos que resultem em pedidos de reembolso ou indenizações provocados por ações de terceiros, temos pleno direito de sub-rogar quaisquer custos incorridos do terceiro em questão. A Empresa e os Segurados concordam em cooperar totalmente conosco e revelar todas as informações relevantes e realizar qualquer ação razoável que solicitarmos.

Entrando em contato com dependentes: para que possamos administrar a sua apólice, podemos solicitar informações adicionais. Se precisarmos perguntar sobre um de seus dependentes (por exemplo, quando precisarmos coletar um endereço de e-mail para um dependente adulto), poderemos entrar em contato com você, como a pessoa que atua em nome do dependente, e solicitar as informações relevantes, desde que não sejam confidenciais.

Da mesma forma, para o propósito de administração dos pedidos de reembolso, podemos enviar a você informações não confidenciais relacionadas a um membro da família.

Proteção de dados

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade e processamos seus dados pessoais.

Você deve ler este aviso antes de enviar-nos quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite:

 www.allianzcare.com/pt/privacy.html

Como alternativa, entre em contato conosco por telefone e solicite uma cópia impressa.

 +353 1 645 4040

Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, envie um e-mail para:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Sugestões e reclamações

A nossa Central de Atendimento é sempre o primeiro ponto de contato se você tiver sugestões ou quiser fazer uma reclamação. Envie-nos um e-mail para:

@ apple.helpline@e.allianz.com

Nosso foco é conquistar e manter a fidelidade de nossos clientes por meio de um serviço de atendimento de alto nível. Contudo, entendemos que, apesar de nossos esforços, podemos nem sempre atender às expectativas de nossos clientes. Instituímos um procedimento interno de gestão de reclamações para garantir que iremos lidar com suas preocupações de forma eficaz e em tempo hábil, caso não esteja satisfeito com algum aspecto de nossos serviços. Se desejar registrar uma reclamação conosco, você pode:

@ Enviar um e-mail para: customer.advocacy@e.allianz.com ou

🏠 Enviar uma carta para: **Equipe de Atendimento a Reclamações, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.**

Vamos lidar com sua reclamação de acordo com nosso procedimento interno de gestão de reclamações. Para mais informações, visite:

🌐 www.allianzcare.com/pt/procedimento-de-gestao-de-reclamacoes.html

Você também pode entrar em contato com nossa Central de Atendimento para obter uma cópia deste processo.

Perguntas frequentes sobre o Plano de Saúde Suplementar

O que é o Plano de Saúde Suplementar?

O Plano de Saúde Suplementar é um plano médico complementar para você e seus dependentes elegíveis, o qual oferece cobertura para condições médicas específicas, além da cobertura que você recebe de programas sociais ou governamentais e seu plano médico da Apple. Consulte a Tabela de Benefícios acima para as condições médicas específicas cobertas e os limites.

Tenho que pagar pela cobertura do Plano de Saúde Suplementar?

Não, o custo do plano é totalmente pago pela Apple. No entanto, em alguns países, você pode ser tributado pelo prêmio do seguro.

Quem é elegível?

Todos os funcionários e dependentes inscritos em um plano médico elegível da Apple. Para confirmar a elegibilidade, entre em contato com o Suporte Pessoal da Apple.

Como faço para me inscrever no Plano de Saúde Suplementar?

Você está automaticamente inscrito no Plano de Saúde Suplementar como parte de seu plano médico da Apple. Se os dependentes elegíveis estiverem inscritos no plano médico local da Apple, eles também serão elegíveis para a cobertura do Plano de Saúde Suplementar.

O que o plano cobre?

Para obter detalhes sobre o que é coberto pelo Plano de Saúde Suplementar, incluindo limites e exclusões, consulte a Tabela de Benefícios no início deste guia.

Por que outras condições não são cobertas?

Os cuidados de saúde fornecidos pelo governo e pelo seu Plano Médico da Apple ainda são suas principais fontes de cobertura de seguro médico. A Apple entende que algumas coberturas são complexas e, às vezes, muito complicadas para serem oferecidas ou administradas pelas seguradoras parceiras. Além disso, em situações extremas, tratamentos que ultrapassam os limites do Plano Médico da Apple podem ser necessários, e este plano permite um segundo nível de cobertura. Por isso, a Apple fez uma parceria com a Allianz Care para oferecer cobertura a essas necessidades tão específicas no Plano de Saúde Suplementar, onde concentramos nossa expertise. Embora outras condições possam ser adicionadas no futuro, este sempre será um plano para necessidades muito específicas e exclusivas que podem não ser bem atendidas com as apólices de seguro locais.

Vou receber um número de apólice individual?

Sim. Antes de enviar seu primeiro pedido de reembolso, entre em contato com nossa Central de Atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana. Nossa equipe verificará seus dados e garantirá que eles correspondam às informações recebidas de seu empregador. Em seguida, forneceremos a você um número de apólice individual. Quaisquer dependentes elegíveis serão inscritos com o mesmo número de apólice após o envio do Formulário de Inscrição de Dependentes. Consulte a seção de “Inscrição de Dependentes” acima para obter mais informações.

Para qualquer pedido de reembolso adicional, solicitação de pré-autorização ou qualquer outra comunicação conosco posteriormente, informe o número de sua apólice individual ao entrar em contato conosco.

Quando termina a cobertura?

A cobertura do Plano de Saúde Suplementar terminará se você cancelar a inscrição em seu plano médico local da Apple, se você se tornar inelegível ao Plano Médico da Apple ou se seu contrato de trabalho for encerrado, o que ocorrer primeiro. Você tem até seis meses após a data de término da cobertura para enviar qualquer solicitação de tratamento que tenha ocorrido enquanto você ainda era elegível para o plano. Se você cancelar a inscrição no plano médico local da Apple, deverá nos notificar sobre a data de término. Deixar de fazer isso pode resultar em reembolsos não pagos, que passarão a ser de sua responsabilidade.

Como meu médico saberá que tenho essa cobertura?

A cobertura do Plano de Saúde Suplementar só pode ser acessada quando você esgotar a cobertura disponível para condições médicas cobertas no serviço de saúde oferecido pelo governo ou pelo Plano Médico da Apple (ou quando o tratamento não estiver disponível).

Para tratamentos em que você paga e pede reembolso, seu médico não precisa acessar as informações do Plano de Saúde Suplementar. Para tratamentos que requerem pré-autorização (pagamento direto), assim que recebermos todas as informações necessárias, nossa Equipe Médica avaliará o caso e emitirá uma Garantia de Pagamento ao médico, autorizando o tratamento (desde que você seja elegível para o tratamento).

No caso improvável de seu médico não aceitar nossa Garantia de Pagamento, você ainda poderá acessar a cobertura do Plano de Saúde Suplementar, mas precisará pagar pelo tratamento e enviar uma solicitação de reembolso.

E se eu já estiver em tratamento?

Serviços e tratamentos podem ser cobertos se:

- tratamentos e serviços elegíveis ocorrerem no seu país de trabalho a partir da data em que você se tornar elegível ao Plano de Saúde Suplementar. Consulte o site Pessoas para mais informações sobre elegibilidade;
- você (e seus dependentes elegíveis, quando aplicável) estiver inscrito no plano médico local da Apple;
- você for um funcionário elegível da Apple durante os serviços/tratamentos.

Como apresentar pedidos de reembolso para meus dependentes?

Para um primeiro envio de pedido de reembolso em que o paciente é um de seus dependentes, primeiro você precisará registrá-lo no plano.

1. Preencha o Formulário de Inscrição de Dependentes e envie-o para apple.help@e.allianz.com. Vamos então processar sua solicitação de inscrição e adicionar seu dependente à sua apólice.
2. Uma vez que seu dependente tenha sido adicionado ao sistema, será possível acessar o tratamento seguindo um dos processos abaixo:
 - Para tratamentos que não exijam nossa pré-autorização, eles (ou você, no caso de um menor) podem pagar e solicitar reembolso por meio dos Serviços Digitais MyHeath (disponível como um aplicativo móvel ou portal on-line). Basta selecionar o nome do dependente no menu suspenso do paciente, fornecer alguns detalhes, adicionar a fatura junto com a documentação necessária e enviar.
 - Para uma solicitação de autorização para tratamento, é necessário enviar um Formulário de Autorização para Tratamento juntamente com toda a documentação exigida pelo menos cinco dias úteis antes do tratamento.

Para mais detalhes sobre como acessar o tratamento, consulte “Como usar seu Plano de Saúde Suplementar”.

Se o tratamento ou medicamento de que preciso não estiver coberto pelo meu plano médico local, posso usar o Plano de Saúde Suplementar?

Sim, se o tratamento ou medicamento estiver coberto pelo seu Plano de Saúde Suplementar e for considerado clinicamente necessário pela nossa equipe médica. Você precisará obter uma declaração de seguro do seu seguro local indicando que o tratamento ou medicamento não está disponível ou que a cobertura para tais custos foi esgotada.

Como posso mostrar que esgotei meus benefícios locais ou que meu plano local não cobre um serviço?

Sua seguradora local fornecerá a você uma declaração de seguro indicando que você esgotou seu benefício local ou que o tratamento que você está procurando não está coberto pelo plano. Certifique-se de que a declaração do seguro também inclui a data de início/renovação da sua cobertura. As declarações de seguro são aceitas em qualquer idioma.

Você precisará nos fornecer isso ao enviar seu pedido de reembolso ou solicitação de garantia de tratamento. Sabemos onde o tratamento para esses benefícios não está disponível localmente.

Se eu não tiver certeza sobre os benefícios cobertos pelo meu plano de seguro local, posso entrar em contato com a Allianz Care para obter orientação?

O Plano de Saúde Suplementar funciona como uma cobertura suplementar ao seu plano existente, e você terá de consultar a sua seguradora local quanto às condições de elegibilidade do seu tratamento antes de nos contactar com todas as informações relevantes para processar o seu pedido de reembolso.

O Plano de Saúde Suplementar reembolsará a carência no meu seguro local resultante de um copagamento ou franquia?

Não, o plano destina-se apenas a cobrir os benefícios listados na Tabela de Benefícios nos seguintes cenários:

- quando seus benefícios locais estiverem esgotados;
- quando parte do benefício não estiver coberto localmente;
- onde nenhuma cobertura estiver disponível pelo seu plano local.

Qualquer solicitação de reembolso de copagamentos ou franquias locais será recusada.

Posso ser reembolsado por despesas incorridas antes da data de início do plano?

Não. O Plano de Saúde Suplementar cobre somente tratamentos e serviços elegíveis que ocorrerem no seu país de trabalho a partir da data em que você se tornar elegível. Consulte o site Pessoas para mais informações sobre elegibilidade.

Se meu plano local me reembolsar pelas despesas de tratamento, também posso pedir o reembolso no mesmo valor no Plano de Saúde Suplementar?

A cobertura do Plano de Saúde Suplementar começará assim que você esgotar a cobertura do plano médico local em relação a uma condição médica coberta. Quaisquer despesas pagas pelo plano médico local não serão pagas pelo Plano de Saúde Suplementar.

Se os hospitais privados não estiverem cobertos pelo meu plano médico local, o Plano de Saúde Suplementar cobrirá tratamento/medicamentos em hospitais privados?

Não, o Plano de Saúde Suplementar não cobre upgrades. Se um tratamento específico dentro da categoria de condições do Plano de Saúde Suplementar estiver disponível apenas em um hospital particular, entre em contato conosco para entender suas opções (sempre forneça uma cópia das condições do seguro local).

Se um tratamento específico não for legalmente permitido em minha área, mas seria coberto pelo Plano de Saúde Suplementar, ainda assim posso receber o tratamento?

Não. Nesse caso, cumprimos os regulamentos locais.

Se eu tiver dependentes inscritos morando fora do país, suas despesas médicas serão cobertas pelo Plano de Saúde Suplementar?

Não, o Plano de Saúde Suplementar cobre apenas o tratamento recebido no país onde você trabalha, pelo que os seus dependentes inscritos não estariam cobertos por serviços recebidos fora do seu país de trabalho.

Estou me mudando para um país onde o Plano de Saúde Suplementar é oferecido. Ainda terei acesso ao Plano de Saúde Suplementar?

Sim, se você estiver inscrito no plano de saúde local da Apple em um país elegível, ainda terá acesso ao Plano de Saúde Suplementar. O saldo dos benefícios disponíveis para você será transferido com você.

Se você tiver dúvidas sobre países elegíveis ou perguntas gerais sobre elegibilidade, entre em contato com o Suporte Pessoal da Apple.

O que acontece com minha cobertura se eu me mudar para um país onde o Plano de Saúde Suplementar não é uma opção?

Sua cobertura sob o Plano de Saúde Suplementar terminaria na data em que você se transferisse oficialmente para um país onde o Plano de Saúde Suplementar não estivesse disponível.

Para recebimento de pagamentos no exterior, meu banco exige comprovação de que os recursos correspondentes a um pedido de reembolso são legais e relacionados ao Plano de Saúde Suplementar. Que documento posso fornecer?

Uma vez processado o seu pedido de reembolso, enviaremos um extrato de conta com todos os detalhes da liquidação de seu pedido de reembolso. Este documento constitui prova formal que o banco deve aceitar.

Em quais idiomas a Central de Atendimento oferece suporte?

Nossa Central de Atendimento fornece suporte 24 horas por dia, 7 dias por semana, em inglês, alemão, francês, espanhol, italiano e português.

Se você fala outro idioma, por favor informe a Central de Atendimento quando nos ligar e tentaremos localizar um intérprete.

Você também pode consultar o site de Suporte Pessoal da Apple para autoatendimento ou o portal de segurado da Apple: www.allianzcare.com/apple.

Podemos aceitar informações médicas e documentação de seguro em qualquer idioma.

Como minhas informações pessoais são protegidas?

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade e processamos seus dados pessoais. Para lê-lo, visite: www.allianzcare.com/pt/privacy.

Como alternativa, entre em contato conosco por telefone e solicite uma cópia impressa:
+ 353 1 645 4040.

Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, envie um e-mail para:
AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Com quem posso entrar em contato para saber mais sobre este plano?

Para perguntas sobre cobertura ou pedidos de reembolso, entre em contato com nossa Central de Atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Em caso de dúvidas sobre elegibilidade, entre em contato com o Suporte Pessoal da Apple.

Você sabia que temos um portal exclusivo de suporte para segurados?

Criamos um exclusivo Suporte para Segurados, onde você pode acessar todas as informações para aproveitar ao máximo o seu seguro, incluindo:

- Guia do Plano de Saúde Suplementar
- Formulário de Inscrição de Dependentes
- Tabela de Benefícios
- Formulário de Autorização para Tratamento
- Dados de contato



www.allianzcare.com/apple







Fale conosco, adoramos ajudar!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

- @ E-mail: apple.helpline@e.allianz.com
- ☎ Telefone:
- | | |
|------------|------------------|
| Português: | + 353 1 645 4040 |
| Inglês: | + 353 1 630 1301 |
| Alemão: | + 353 1 630 1302 |
| Francês: | + 353 1 630 1303 |
| Espanhol: | + 353 1 630 1304 |
| Italiano: | + 353 1 630 1305 |

Se você fala outro idioma, por favor informe a Central de Atendimento quando nos ligar e tentaremos localizar um intérprete.

- 🏠 Endereço: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 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