

Fundada en 1943

Capital social suscrito: 362.000 euros
Capital desembolsado: 362.000 euros



C/ Valencia, 106-108, bajos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax. 93 226 75 89

ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de Origen y Prestación de Servicios: ESPAÑA

AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA, REGISTRADA CON EL N° C-290

AUTORIDAD DE CONTROL EN MATERIA SANITARIA: DIRECCIÓ GENERAL DE RECURSOS SANITARIS DEL DEPARTAMENT DE SANITAT
SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. REGISTRADA CON EL N°CAT-30

Registro Mercantil de Barcelona, Hoja 5.494, Folio 1. Tomo 997, Libro 500, C.I.F. n.º A-08169385

RAMO DE ENFERMEDAD SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

ANEXO DE SERVICIOS PÓLIZA AMEsalud Familiar Plus

El presente anexo desarrolla las Condiciones Generales de la póliza y complementa el Anexo de servicios de la Póliza AMEsalud Familiar

A- PRÓTESIS

El Asegurador se hará cargo del coste de las prótesis que sean necesarias durante las intervenciones quirúrgicas, en función de sus características, con las limitaciones establecidas y de acuerdo con las siguientes normas:

Sólo se reembolsa el importe de las prótesis que consten en este anexo de la póliza con los siguientes límites máximos por año y por persona asegurada:

Traumatología y cirugía ortopédica

Prótesis cadera 2.000,00€

Prótesis rodilla 2.000,00€

Otras prótesis y material de osteosíntesis 750,00€

Oftalmología

Lente intraocular 225,00€

Cardiovascular

Prótesis endovascular, tipo stent 750,00€

Marcapasos 2.000,00€

Prótesis valvular 2.000,00€

Prótesis de bypass vascular 2.000,00€

Cirugía general. Ginecología

Prótesis mamaria postmastectomía 750,00€

Expansores mamarios postmastectomía 750,00€

Prótesis de incontinencia 650,00€

Mallas sintéticas 300,00€

Aparato digestivo

Prótesis esofágica 1.500,00€

Stents biliares 750,00€

Neurocirugía

Prótesis valvular ventricular y otras 975,00€

Otras prótesis

Port-a-Cath 300,00€

Drenajes transimpánicos 55,00€

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y el dispositivo DIU, será de cuenta del Asegurado.

El importe descrito es la cantidad económica que el Asegurador deberá reembolsar al Asegurado siempre y cuando éste presente previamente la factura correspondiente, en la cual deberán constar el nombre y los apellidos del asegurado, el nombre y los apellidos del facultativo y NIF o, si procede, el nombre del centro y CIF. Este importe es la máxima cuantía económica que se puede reembolsar por intervención y, siempre y cuando el proceso quirúrgico haya sido autorizado por el Asegurador. Este importe incluye la prótesis, el

cemento y todos los accesorios y materiales complementarios.

A efectos del presente seguro, se entiende que se ha comunicado el siniestro cuando el asegurado solicita la prestación del servicio y aporta la factura indicada en el párrafo anterior. El Asegurador pagará la prestación dentro del plazo máximo de los cuarenta días siguientes, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o el Asegurado.

B.- HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la presente cobertura, se entiende como hospitalización el ingreso del Asegurado en un centro hospitalario por un período de tiempo superior a 24 horas.

El Asegurador se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente póliza, a pagar al Asegurado la indemnización diaria estipulada cuando a consecuencia de enfermedad o accidente el Asegurado deba permanecer ingresado en un centro hospitalario, en aquellos supuestos previstos en las condiciones generales o particulares de la póliza.

La cuantía diaria de la prestación por cada 24 horas de internamiento es de 30 euros. El período de devengo del proceso, ya sea de un modo consecutivo o en períodos con intervalos de salud, se establece en un máximo de 90 días para aquellos ingresos hospitalarios de carácter quirúrgico, y un máximo de 30 días para el resto de casos en los que el Asegurado deba permanecer hospitalizado.

En ningún caso el Asegurado podrá devengar un período de indemnización superior a 90 días por un mismo proceso.

Riesgos excluidos

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General y Condiciones Particulares del seguro de Asistencia Sanitaria y las siguientes causas de hospitalización:

- Hospitalizaciones para el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones no orgánicas, que permitan filiar o tratar la esterilidad, y aquellas de carácter estético o reparador salvo si la intervención es médicamente necesaria para la recuperación funcional.
- Afecciones mentales y/o nerviosas de causa no orgánica.

Para la tramitación del siniestro se aplicarán las siguientes normas:

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, deberá presentarse la correspondiente solicitud de la prestación.

El Asegurador pagará la indemnización dentro del plazo máximo de los cuarenta días siguientes a la notificación de la fecha del alta, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o el Asegurado.

La garantía se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

C. REEMBOLSO EN GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

En caso de acudir a un especialista de las especialidades que se indican, que no pertenezca al cuadro médico de AME, el asegurado tendrá derecho a reembolso de las visitas según se detalla a continuación:

Pediatría

Reembolso del 100% del coste de la visita, con un máximo de 40 euros por visita.

Obstetricia y ginecología

- a) Reembolso del 100% del coste de la visita, con un máximo de 65 euros por visita.
- b) Revisión anual preventiva: Reembolso del 100% del coste de la revisión, con un máximo de 100 euros (incluidos los medios diagnósticos y actos terapéuticos realizados por el ginecólogo).
La cantidad máxima anual a reembolsar por los conceptos incluidos en los apartados a) y b) es de 230 euros por asegurado.
- c) Parto y/o cesárea: Reembolso del 100% de los honorarios profesionales, incluido anestesista, matrona y ayudantía, con un máximo de 1.500,00 euros.

- d) En el caso de las prestaciones reembolsables para las especialidades de ginecología y pediatría, el reembolso de los gastos por el Asegurador se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.

Para obtener el reembolso de los gastos cubiertos, el Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, a la que se acompañarán necesariamente las facturas originales correspondientes, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica), del Asegurado destinatario del servicio (nombre y apellidos) y del acto médico prestado (descripción, fecha y coste).

El Asegurador, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador o Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud del reembolso, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o el Asegurado.

D. CARENCIAS

La cobertura de las garantías incluidas en este anexo comenzará transcurrido SEIS MESES desde la toma de efecto de la contratación de estas garantías, excepto para los casos de accidente y para las visitas de pediatría y ginecología en que los derechos serán inmediatos.

E. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración de las garantías incluidas en este anexo va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga de la garantía mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de la garantía en curso.

EL ASEGURADOR



EL TOMADOR DEL SEGURO