



BUPA INSURANCE COMPANY

Tabla de Beneficios

Secure Care

Efectiva 1 de enero de 2021

Información general	Sí	No
Los beneficios en los Estados Unidos de América y el resto del mundo están sujetos a una red de proveedores	x	
La cobertura requiere pre-autorización para todos los beneficios	x	
Todos los beneficios están sujetos a las tarifas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable)	x	
Coaseguro (sólo como se indica abajo)	x	
Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	US\$3 Millones	
Cobertura geográfica: Mundial		
Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura	
Servicios hospitalarios	100%	
Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar)	100%	
Unidad de cuidados intensivos	100%	
Honorarios médicos y de enfermería	100%	
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Cirugía bariátrica (período de espera de 24 meses)	N/A	
Salud Mental (relacionada con una condición cubierta) Este servicio debe ser pre-aprobado		
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día <ul style="list-style-type: none"> Máximo US\$1,000 por hospitalización 	US\$100	
Alimentación para acompañante, por día	N/A	
Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura	
Cirugía ambulatoria	100%	
Visitas a médicos y especialistas	100%	
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización (con 20% de coaseguro) 	100% US\$3,000	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados) <ul style="list-style-type: none"> Máximo 60 sesiones por año póliza 	100%	
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada) <ul style="list-style-type: none"> Máximo 90 días por año póliza 	US\$300	
Reconocimiento médico de rutina <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible 	US\$300	
Vacunas (medicamento requeridas, según el programa nacional de vacunación) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible Sujeto a 20% de coaseguro 	US\$300	
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza <ul style="list-style-type: none"> Sujeto a un copago de US\$50 No aplica deducible 	100%	

Beneficios y limitaciones por maternidad	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> Incluye parto normal, parto por cesárea, todo tratamiento pre- y post-natal, , vitaminas requeridas durante el embarazo y cuidado del recién nacido saludable) Período de espera de 10 meses Solo planes 1, 2 y 3 No aplica deducible 	US\$3,500
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses Solo planes 1, 2 y 3 No aplica deducible 	Incluido bajo el beneficio de embarazo, maternidad y parto
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> Solamente para embarazos cubiertos No aplica deducible 	US\$15,000
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> Solo planes 1, 2 y 3 No aplica deducible 	N/A
Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto)	N/A
Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea Ambulancia terrestre Viaje de regreso Repatriación de restos mortales Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.	US\$50,000 100% 100% US\$10,000
Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea/cirugía preventiva)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante	N/A
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida) Diagnosticas a los 18 años o después 	US\$150,000 100%
Brazos y piernas artificiales <ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida: US\$120,000 	US\$30,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados) Estos servicios deben ser pre-aprobados	100%
Sala de emergencias (con o sin hospitalización)	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Terapeuta complementario	N/A
Visitas con especialista en dietética	N/A
Tratamiento de la mandíbula	N/A
Tratamiento podiátrico no cosmético	N/A
Cobertura de actividades y deportes peligrosos (sólo amateur)	100%
VIH/SIDA	N/A
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal	1 año
Segunda opinión quirúrgica requerida <ul style="list-style-type: none"> Si el asegurado no obtiene una segunda opinión quirúrgica requerida, él/ella será responsable por el 30% de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, además del deducible correspondiente. 	100%

**OPCIONES SUPLEMENTARIAS CON LA COMPRA DEL ANEXO
(no incluidas automáticamente)**

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo) <ul style="list-style-type: none">• Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo	US\$500,000
Anexo de cobertura para procedimientos de trasplante (por asegurado, por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none">• Cobertura adicional para trasplante de órganos, tejido o células• Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo	US\$500,000