

BUPA INSURANCE COMPANY
Tabla de Beneficios
Bupa Corporate Care – Opción 1



NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios y las Condiciones Generales de la Póliza contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los Asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo. El Certificado Individual indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el Administrador de Grupo. Si necesita más información o ayuda, puede comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo.
- La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los asegurados. Los detalles completos se encuentran en los Términos y Condiciones de la póliza. La Aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo al contrato firmado con el Administrador de Grupo.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por asegurado, por año póliza, a menos que se especifique lo contrario.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la póliza.
- Los asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que Bupa considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos.
- Ni Bupa, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción

Cobertura máxima anual por asegurado	US\$1,000,000
Área de cobertura mundial (excluyendo los EE. UU)	Dentro y fuera de la Red de proveedores
Área de cobertura en EE. UU.	Solo tiene cobertura dentro de la Red Corporate

Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar):	
o Dentro de la red de hospitales de Bupa	100%
o En otros hospitales, máx. por día	US\$1,000
Unidad de cuidados intensivos:	
o Dentro de la red de hospitales de Bupa	100%
o En otros hospitales, máx. por día	US\$3,000
Honorarios médicos y de enfermería	100%
Cama para acompañante de menor de 18 años hospitalizado, por día	US\$300
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia)	100%

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Cirugía ambulatoria	100%
Visitas a médicos y especialistas <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% 	100% (*)
Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria	US\$10,000
Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% 	US\$5,000 (*)
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% 	100% (*)
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máx. 30 días) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% 	100% (*)
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máx. 30 días) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% 	100% (*)
Reconocimiento médico de rutina <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible 	US\$150
Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza	100%
Vacunas (medicamente requeridas) <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% 	US\$300 (*)
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sujeto a un copago de US\$50 ○ No aplica deducible 	100%

(*) Aplica un coaseguro del 20%

Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo planes 0/1000 y 500/2000)	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máx. por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Incluye tratamiento pre- y post-natal, las vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable ○ Período de espera de 10 meses ○ No aplica deducible 	US\$8,000
Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida)	US\$150,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible 	US\$10,000

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulancia aérea (máx. por incidente). No aplica deducible ○ Ambulancia terrestre local (máx. por incidente). No aplica deducible ○ Ambulancia terrestre internacional (máx. por incidente). No aplica deducible ○ Viaje de regreso ○ Repatriación de restos mortales 	US\$50,000 100% US\$1,000 100% US\$5,000
Debe ser pre-aprobado y coordinado por USA Medical Services.	

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (máx. por diagnóstico, de por vida)	US\$500,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias (máx. de por vida)	US\$300,000
Tratamientos especiales, debe ser pre-aprobado Prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados.	100%
Tratamiento en sala de emergencia relacionado con enfermedad o accidente grave	100%
Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente)	100%

Residencia y cuidados paliativos	100%
VIH/SIDA (máx. de por vida, período de espera de 12 meses)	US\$50,000
Extensión de cobertura para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal	1 año
Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente)	Cobertura
Anexo para el Cuidado Dental (no aplica deducible) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía ○ Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida 	US\$1,500 (*) US\$1,500 (*)
Anexo para el Cuidado de la Vista (no aplica deducible) <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto 	US\$200

(*) Aplica un coaseguro del 20%