



BUPA PANAMÁ S.A.

Tabla de Beneficios Global Elite Health Plan

Los términos destacados en **negrita** en este documento corresponden a términos definidos en el Glosario, así como a exclusiones, limitaciones y restricciones.

Límites de los beneficios: hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

- El “**límite máximo**” o “agregado anual” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” o “**límite vitalicio**” – la cantidad máxima del beneficio la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sublímites” – la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otros límites y sublímites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la **renovación** de la **póliza**.

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Red de proveedores

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Abierta
En el resto del mundo	Abierta

La **póliza** Global Elite Health Plan ofrece libre elección de proveedores y no está sujeta a la **red de proveedores**.

Todas las cantidades relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles** se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar la Cláusula 2 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios descritos en la **Tabla de Beneficios**.

La **Aseguradora** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Panamá o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

Suma asegurada: Siete millones de dólares (US\$7,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible**:

- Plan 1 Mil dólares (US\$1,000)
- Plan 2 Dos mil dólares (US\$2,000)
- Plan 3 Tres mil quinientos dólares (US\$3,500)
- Plan 4 Cinco mil dólares (US\$5,000)
- Plan 5 Diez mil dólares (US\$10,000)
- Plan 6 Veinte mil dólares (US\$20,000)
- Plan 7 Treinta mil dólares (US\$30,000)

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	Cobertura
Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el hospital	
Alojamiento en el hospital y alimentos La Aseguradora pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del asegurado, siempre y cuando: - exista una necesidad médica de permanecer en el hospital, - el tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y - la duración de su estadía sea médicamente justificada. La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una suite. Para pacientes internados por 5 noches o más, el asegurado o su médico deberán enviar a la Aseguradora un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha en la que se dará de alta. La Aseguradora pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.	100% habitación privada
Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización La Aseguradora cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres acompañantes en el hospital donde se encuentra el asegurado o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el hospital, cuando el asegurado se encuentre hospitalizado recibiendo tratamiento cubierto por más de 5 noches.	US\$8,000 por año póliza a partir del quinto día
Cama extra en el hospital para acompañante La Aseguradora cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el asegurado esté recibiendo un tratamiento cubierto.	100% para una persona
Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos La Aseguradora cubrirá los gastos generados por: - la sala de operaciones, - la sala de recuperación, - medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y - medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital. En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.	100%
Cuidados intensivos La Aseguradora cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.	100%
Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico La Aseguradora pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los	100%

gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza. Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean medicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con: 1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con: 1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.	
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.	100%
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta póliza. Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.26 y 2.47.	100%
Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses) La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado: • Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, • Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, • Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y • Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por	100%

el contralor médico de la Aseguradora. Importante: El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.47.	
Cirugía preventiva La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora. El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.	100%
Prótesis La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído. La Aseguradora no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. La Aseguradora pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la Aseguradora.	100%
Implantes prostéticos y órtesis La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis: Implantes prostéticos (entre otros): • para reemplazar articulación o ligamento • para reemplazar válvula cardíaca • para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • para reemplazar un músculo del esfínter • para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa) • para remover exceso de líquidos en el cerebro • implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer. Órtesis (entre otros): • una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.	100%
Cirugía reconstructiva La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente,	100%

enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua. El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.10 y 2.26.	
--	--

Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios	Cobertura
Imagenología avanzada La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como: • estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • tomografía computarizada (TC) • tomografía por emisión de positrones (PET) Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.	100%

Condiciones congénitas La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente: (a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente. (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años de edad o posteriormente.	(a) US\$2,000,000.00 (b) 100%
---	---

Tratamiento contra el cáncer La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados. El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.43. La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.	100%
---	------

Servicio de trasplantes La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:	US\$1,500,000 por diagnóstico, de por vida
---	--

• córnea • intestino delgado • riñón • riñón/páncreas • hígado • corazón • pulmón • corazón/pulmón • médula ósea (no relacionado con cáncer) Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer. La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo: • la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, • los gastos por compatibilidad de tejidos • los gastos de hospital/operación del donante, y • cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.9 y 2.34.	
Diálisis renal La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.	100%
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año) La Aseguradora cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.	US\$1,000,000 de por vida
Cobertura para actividades y deportes peligrosos Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta póliza.	100%
Autismo La Aseguradora cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias). Este beneficio está sujeto a pre-autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.16.	US\$30,000
Enfermedad de Alzheimer (período de espera de 12 meses) La Aseguradora cubrirá los siguientes gastos adicionales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta enfermedad: • Nutrición • Cuidado asistencial • Consejería familiar Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la	US\$50,000 de por vida

Aseguradora. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.37.	
Tratamiento Ambulatorio Cirugía ambulatoria La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.	Cobertura 100%
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico: • Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología • Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.	100%
Honorarios médicos La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para: • Proponer un tratamiento • Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente • Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios • Prescribir medicamentos • Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.14, 2.18 y 2.40.	100%
Enfermeros profesionales La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea médicamente necesario.	100%, máximo 60 visitas
Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del asegurado.	100%, máximo 60 visitas
Terapeutas ocupacionales y ortópticos La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento con terapeutas ocupacionales y ortópticos.	100%, máximo 60 visitas
Podología La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con el tratamiento realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del tratamiento prescrito por el médico tratante.	100%, máximo 60 visitas
Terapeutas complementarios La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de acupunturistas y reflexólogos con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Nota: El tratamiento proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.	100%, máximo 60 visitas

Consultas medicina alternativa Consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Nota: Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.32.	100%, máximo 20 visitas
Medicamentos y materiales de curación con receta médica La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia.	100%
Equipo médico durable La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes siempre y cuando: • sea prescrito por un médico • cumpla con la definición de equipo médico durable • sea notificado a la Aseguradora previamente Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.	100%
Asesoría nutricional La Aseguradora pagará por consultas con un nutricionista si la asesoría nutricional está relacionada con una enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza.	100%, máximo 4 visitas
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE.UU. La Aseguradora pagará los 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. • Sujeto a un copago del US\$50 • No sujeto a deducible	100%
Tratamiento en Cuarto de Urgencias por Accidente o Enfermedad Crítico Detallada La Aseguradora cubrirá los gastos médicamente necesarios por tratamiento recibido en el Cuarto de Urgencias, cuando este sea consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad Crítico Detallada, siempre que la atención se brinde dentro del territorio de Panamá. Se considera Enfermedad Crítico Detallada únicamente a las condiciones médicas expresamente descritas en las Condiciones Generales de la póliza. • No aplica deducible	100%
Salud Mental	Cobertura
Salud mental durante la hospitalización La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital. Cualquier tratamiento psiquiátrico y/o psicológico cuando el asegurado esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.	100%

Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.27 y 2.44.	
Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante la hospitalización: La Aseguradora pagará los gastos derivados de los tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica siempre y cuando sea médicamente necesario y los tratamientos se realizan durante la hospitalización. Requiere de autorización previa de la Aseguradora . La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27, y 2.44.	US\$50,000 (máx. 20 días)
Salud mental en ambulatorio La Aseguradora pagará los honorarios en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta . Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27, y 2.44.	100%, máximo 60 visitas
Embarazo y Parto	Cobertura
Embarazo/parto – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses): La Aseguradora pagará solamente a la Asegurada Titular, Adulto Dependiente , cónyuge o pareja dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del embarazo , del parto y del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio al concluir el período de espera. Esta cobertura no aplica para ninguna otra asegurada dependiente . Para disfrutar de este beneficio, la asegurada dependiente que no sea cónyuge o pareja dependiente deberá optar por una póliza independiente donde sea la Asegurada Titular de forma previa al nacimiento de su hijo, y siempre que haya estado asegurada en la póliza original anterior y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza anterior . Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.9, 2.14, 2.30 y 2.40.	
Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses) La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, Adulto Dependiente , cónyuge o pareja dependiente . No aplica deducible . El tratamiento de maternidad y parto incluye: • cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva, • cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas, • Vitaminas requeridas durante el embarazo, • examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), y, • hasta 7 días de cuidado rutinario para el recién nacido	US\$15,000
Cesárea médicamente necesaria – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses) La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular o cónyuge o pareja dependiente por gastos de hospital , honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica deducible .	US\$15,000
Tratamiento pre y post natal – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses) Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la póliza , la Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular , cónyuge o pareja	Cubierto bajo el beneficio de embarazo/parto

dependiente por los cuidados de maternidad y tratamiento antes y después del parto.	
Complicaciones del embarazo y parto – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses) La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto. No aplica deducible. Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido. Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la Aseguradora. La asegurada deberá contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa si es posible. Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, la asegurada deberá comunicarse con la Aseguradora dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.	US\$1,000,000 de por vida

Incorporación del recién nacido en la póliza Para que el recién nacido de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el Asegurado Titular y/o contratante deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres. Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro de salud para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por complicaciones del recién nacido durante el parto está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “complicaciones del embarazo y parto”. Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la póliza cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una solicitud de seguro de salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Aseguradora. Sin embargo, si alguno de los padres del recién nacido tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta en la misma póliza sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.	
---	--

Transporte y Viajes	Cobertura
Viajes de traslado La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del asegurado al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano. La cobertura por repatriación le ofrece al asegurado la opción adicional de volver a su país de residencia especificado o al país de nacionalidad especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano. Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones: • el asegurado debe contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa antes de su traslado, • el tratamiento debe ser recomendado por el especialista o médico tratante del asegurado, • el tratamiento no debe estar disponible en un lugar cercano, • el tratamiento debe estar cubierto bajo esta póliza, • la Aseguradora coordinará el traslado con el asegurado, y • el beneficio aplica para tratamiento en hospital, tanto como paciente ambulatorio u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el asegurado necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia. La Aseguradora no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el asegurado. En algunos países, la Aseguradora podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la Aseguradora siempre estará con el asegurado para apoyarle.	

Exclusiones y restricciones:

- La Aseguradora no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La Aseguradora no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la Aseguradora, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la Aseguradora.
- La Aseguradora no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la Aseguradora o de nuestros socios proveedores de servicios.
- La Aseguradora no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la Aseguradora.
- La Aseguradora solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la Aseguradora. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por la Aseguradora serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la Aseguradora habría pagado si la Aseguradora hubiera coordinado el traslado.

Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el asegurado se encuentre hospitalizado para recibir atención médica (a causa de un accidente, enfermedad o dolencia aguda y seria), hacia la instalación médica más cercana con la infraestructura idónea para proveer el nivel de atención médica requerida, siempre y cuando el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física del asegurado.

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de la **Aseguradora** se realizará según la siguiente priorización:

- Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
- Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o
- Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte,
- En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La **Aseguradora** no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

El transporte de emergencia deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada, autorizada en el país o región donde se brinde el servicio y debe ser aprobado por la **Aseguradora**. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Se deberá obtener autorización previa de la **Aseguradora**. La falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, recibirá cobertura por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde fue trasladado dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento del asegurado, siempre y cuando el

100%

asegurado realice la Coordinación de Servicios para obtener una autorización previa, la falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura. La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso, únicamente del asegurado que fue evacuado, que sean más económicos entre: - El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o - El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista. La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados, gastos para acompañantes o el alojamiento de hotel.	
Repatriación médica La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica: • al país de nacionalidad o al país de residencia del asegurado según la información que haya proporcionado en su solicitud de seguro de salud, y • el traslado de regreso al lugar de donde el asegurado fue trasladado en los siguientes casos: • cuando haya sido autorizado previamente por la Aseguradora, y • cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. La Aseguradora cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre: • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. En algunos casos, podrá ser más apropiado que el asegurado viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, la Aseguradora pagará la tarifa del taxi. En algunos casos, el asegurado podrá solicitar una repatriación médica cuando comunicándose con la Aseguradora para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser medicamente inapropiado. En estos casos, la Aseguradora primero evacuará al asegurado al lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento necesario esté disponible. Una vez que el asegurado esté médicamente estable, la Aseguradora procederá con la repatriación al país de nacionalidad o país de residencia que el asegurado haya especificado. La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.	100%
Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación) La Aseguradora cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del asegurado (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La Aseguradora considera como 'necesidad razonable' cuando el asegurado necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones: • necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, • necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros), • no hay acompañamiento médico disponible, o • en el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos. La Aseguradora cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando: • esto sea autorizado previamente por la Aseguradora, y • el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:	100%

• el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.	
Costos de alimentación y transporte para acompañante La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el asegurado: • únicamente durante una evacuación, y • Hasta por 10 días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.	US\$200 por día; máximo 10 días por año póliza
Costos de viaje de traslado de niños La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando: • sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado, • el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y • que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.	100%
Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva La Aseguradora cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de hasta tres familiares cercanos del asegurado (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que vivan en otro país cuando el asegurado sufra un accidente o enfermedad o dolencia repentina y necesite estar internado en el hospital por lo menos 5 días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso de los familiares del asegurado a su país de origen. Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por la Aseguradora. La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte para los familiares del asegurado: • durante un viaje de visita compasiva elegible, y • hasta por 10 días mientras los familiares estén fuera de su país de residencia habitual Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la Aseguradora solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de "Costos de viaje de traslado para un acompañante", "Costos de viaje de traslado de niños", y "Costos de alimentación y transporte" descritos bajo en esta Tabla de Beneficios.	US\$1,700 por viaje, máximo 5 viajes de por vida US\$200 por día, máximo 10 días por año póliza
Ambulancia aérea local La Aseguradora cubrirá los gastos incurridos considerando los costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica donde el gasto fue incurrido, para la debida atención médica del asegurado por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizado para transportar al asegurado: a. de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o b. para el traslado de un hospital a otro, siempre y cuando en el hospital en que se encuentre el asegurado no existan los niveles adecuados de atención requeridos para tratar la condición del asegurado Será procedente esta cobertura cuando: - La ambulancia aérea sea médicamente necesaria,	100%

- Sea utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y - Esté relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital y - El tratamiento no esté disponible donde el asegurado esté hospitalizado y - Que la condición médica del asegurado no le permita viajar en ambulancia terrestre y/o en una aerolínea comercial de pasajeros; y - Que la Aseguradora haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo. Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura. Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrancia del gasto.	
Ambulancia terrestre local La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado: - de la ubicación de un accidente al hospital, - para el traslado de un hospital a otro, o - de su casa al hospital Cuando una ambulancia terrestre local sea: - médicamente necesaria, y - relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital Este beneficio debe ser notificado a La Aseguradora hasta setenta y dos (72) horas después de la ocurrencia del evento.	100%
Repatriación de restos mortales La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia: • en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado. La Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.	100%
Tratamiento Dental	Cobertura
Tratamiento dental relacionado con accidentes La Aseguradora cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente.	100%
Tratamiento dental (período de espera de 6 meses) (*) La Aseguradora cubrirá los gastos por: • rellenos • tratamiento del conducto radicular • radiografía • extracción dental • anestesia	80% hasta US\$2,500
Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses) (*) La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de: • puentes • coronas • implantes dentales • dentaduras postizas	80% hasta US\$2,500

Ortodoncia no estética (período de espera de 12 meses) (*) La Aseguradora cubrirá los gastos de ortodoncia a asegurados de hasta 19 años: • consultas y revisiones mensuales • extracción de dientes de leche • planeación de tratamiento • modelos/impresiones de encías • extracciones • anestesia • radiografías simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH) • fotografía digital, y • aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.45.	80% hasta US\$2,500
---	---------------------

(*) Sujeto al 20% de coaseguro

Tratamiento Preventivo	Cobertura
Examen de salud general (período de espera de 10 meses) La Aseguradora pagará por un examen de salud general una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deducible. El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardíaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.	US\$1,600

Vacunas (No aplica deducible, 20% de coaseguro) La Aseguradora cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas: • vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Panamá • vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical • vacuna contra la influenza (gripe) • vacunas legalmente exigidas para viajes • vacunas contra el neumococo • medicinas contra la malaria	80% hasta US\$1,600
---	---------------------

Examen de la vista La Aseguradora cubrirá un examen de refracción cada año póliza, que incluye el costo de la consulta. No aplica deducible.	100%
--	------

Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses) La Aseguradora cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por año póliza, incluyendo: • radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG) • eliminación de la placa dental y pulido • protector de encías/protector bucal No aplica deducible.	100%
---	------

(*) Sujeto al 20% de coaseguro

Dispositivos para la Audición y la Vista	Cobertura
Aparatos auditivos (*) La Aseguradora cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.	80%

Anteojos y lentes de contacto (*) La Aseguradora cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.	80% hasta US\$2,000
---	---------------------

Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida) (*) La Aseguradora cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos: • si el asegurado tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y • si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado La Aseguradora únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el asegurado deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.	80% hasta US\$3,000 de por vida
---	---------------------------------

(*) Sujeto al 20% de coaseguro

Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura
Enfermería en casa La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando: • sea prescrito por el médico del asegurado, • comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y • sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidado asistencial). El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.26.	US\$300 por día hasta un máximo de 60 días

Cuidados paliativos para pacientes terminales Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, La Aseguradora pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, si el asegurado recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación. La Aseguradora pagará solo por una de las siguientes opciones: 1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en: • alojamiento en centro para pacientes terminales • cuidados de enfermero(a) profesional calificado • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales 2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en: • cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio, • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.	100%
--	------

Rehabilitación multidisciplinaria (admitido o ambulatorio) La Aseguradora pagará por la rehabilitación multidisciplinaria como tratamiento ambulatorio o durante hospitalización, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación multidisciplinaria cuando: • Sea considerada médicamente necesaria como resultado de un tratamiento hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la póliza para tratar dicha condición, después de revisar la información médica correspondiente, e • inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.	100% hasta 90 días
---	--------------------

Beneficios Adicionales	Cobertura
Cobertura costo cero para niños (máximo 2 hijos por padre asegurado) Los hijos del asegurado podrán incluirse en la póliza sin costo hasta que cumplan los 10 años de edad, siempre que la póliza se mantenga vigente con al menos uno de los padres como integrante de la póliza. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.	

Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular En caso de que fallezca el Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura a los asegurados dependientes cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular durante 2 años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el Asegurado Titular, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado. ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.
--

Beneficio de segunda opinión quirúrgica Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora.
--

Código: PTY-BGHP-2026 Bupa Global Health Plan

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número DRLA-044 de 27 de mayo de 2026.