



# BUPA INSURANCE COMPANY

## Table of Benefits

### 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 (máx. 20 visitas)<br>○ 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<br>○ 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)<br>○ Aplica un coaseguro del 20% | 100% (*)      |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máx. 30 días)<br>○ Aplica un coaseguro del 20%   | 100% (*)      |
| Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máx. 30 días)<br>○ Aplica un coaseguro del 20%  | 100% (*)      |
| Reconocimiento médico de rutina<br>○ No aplica deducible  | US\$150       |
| Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza  | 100%          |
| Vacunas (medicamente requeridas)<br>○ No aplica deducible<br>○ Aplica un coaseguro del 20%  | US\$300 (*)   |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.<br>○ Sujeto a un copago de US\$50<br>○ 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)   | US\$5,000   |
| Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo)<br>○ Incluye tratamiento pre- y post-natal, las vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable<br>○ Período de espera de 10 meses<br>○ No aplica deducible | US\$8,000   |
| Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida)  | US\$100,000 |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto)<br>○ No aplica deducible  | US\$10,000  |

| Beneficios y limitaciones por evacuación médica   | Cobertura  |
|---|--|
| Evacuación médica de emergencia:<br>○ Ambulancia aérea (máx. por incidente). No aplica deducible<br>○ Ambulancia terrestre local (máx. por incidente). No aplica deducible<br>○ Ambulancia terrestre internacional (máx. por incidente). No aplica deducible<br>○ Viaje de regreso<br>○ Repatriación de restos mortales | US\$50,000<br>100%<br>US\$1,000<br>100%<br>US\$5,000 |
| Debe ser pre-aprobado y coordinado por USA Medical Services.  |  |

| Otros beneficios y limitaciones   | Cobertura   |
|---|-------------|
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)   | 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<br>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                     |
| <b>Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente)</b>  | <b>Cobertura</b>               |
| Anexo para el Cuidado Dental (no aplica deducible) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía</li> <li>○ Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida</li> </ul> | US\$1,500 (*)<br>US\$1,500 (*) |
| Anexo para el Cuidado de la Vista (no aplica deducible) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto</li> </ul>   | US\$200                        |

(\*) Aplica un coaseguro del 20%