



# BUPA INSURANCE COMPANY

## Table of Benefits

### Bupa Corporate Care - Opción 2

#### 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.
- Los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores.
- Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos.
- 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.
- 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.
- El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en la Póliza, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro de su plan, si corresponden. Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora antes de su tratamiento, la Aseguradora no garantiza el pago directo al proveedor.

|  |   |
|--|---|
| Cobertura máxima anual por asegurado                       | US\$3,000,000                           |
| Área de cobertura mundial (excluyendo los EE. UU)          | Dentro y fuera de la Red de proveedores |
| Área de cobertura en EE. UU.                               | Dentro y fuera de la Red de Corporate   |
| <b>Beneficios y limitaciones por hospitalización</b>       | <b>Cobertura</b>                        |
| 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                               |

|  |           |
|--|-----------|
| Cama para acompañante de menor de 18 años hospitalizado, por día   | US\$300   |
| 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%      |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización   | 100%      |
| Cirugía Bariátrica, período de espera de 24 meses, debe ser pre-aprobada   | 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%      |
| Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza hasta 90 visitas de por vida (vitalicio), debe ser pre-aprobada   | 100%      |

| Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio  | Cobertura      |
|--|----------------|
| Cirugía ambulatoria  | 100%           |
| o Visitas a médicos y especialistas (máx. 20 visitas)  | 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  | US\$10,000 (*) |
| o Aplica un coaseguro del 20%  |                |
| 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%           |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máx. 30 días)   | 100%           |
| Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máx. 30 días)  | 100%           |
| Reconocimiento médico de rutina  | US\$400        |
| o No aplica deducible  |                |
| Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza   | 100%           |
| Vacunas (medicamento requeridas)   | US\$300        |
| o No aplica deducible  |                |
| o Aplica un coaseguro del 20%  |                |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.   | 100%           |
| o Sujeto a un copago de US\$50   |                |
| o No aplica deducible  |                |

**(\*) 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)   | US\$8,000   |
| o Incluye tratamiento pre- y post-natal, las vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable |             |
| o Período de espera de 10 meses   |             |
| o No aplica deducible   |             |
| Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida)   | US\$350,000 |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto)  | US\$10,000  |
| o No aplica deducible   |             |

| Beneficios y limitaciones por evacuación médica                                | Cobertura   |
|--|-------------|
| Evacuación médica de emergencia:   |             |
| o Ambulancia aérea (máx. por incidente, no aplica deducible)                   | US\$100,000 |
| o Ambulancia terrestre local (máx. por incidente, no aplica deducible)         | 100%        |
| o Ambulancia terrestre internacional (máx. por incidente, no aplica deducible) | US\$1,000   |
| o Viaje de regreso   | 100%        |
| o Repatriación de restos mortales  | 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\$1,000,000       |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnosticadas antes de los 18 años (máx. de por vida)</li> <li>○ Diagnosticadas después de los 18 años (máx. de por vida)</li> </ul> | US\$500,000<br>100% |
| 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\$500,000         |
| Autismo (requiere autorización previa)   | US\$20,000          |

| Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente)   | Cobertura                      |
|--|--------------------------------|
| 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%**