



GUÍA DE REFERENCIA PARA EL EMPLEADO

CORPORATE CARE

BUPA DOMINICANA

CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	2
Bienvenido a Bupa Dominicana.....	4
USA Medical Services.....	5
Opciones de deducible.....	6
Opciones de cobertura.....	7
BENEFICIOS.....	8
Tabla de beneficios	9
Condiciones de la membresía	11
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	18
ADMINISTRACIÓN.....	28
DEFINICIONES.....	30
SUPLEMENTO.....	38
El proceso de reclamación	38
La notificación antes del tratamiento.....	40
Cómo solicitar un reembolso.....	42

EXPERIENCIA EN SALUD

Bupa Dominicana, S.A. es una compañía subsidiaria de Bupa, reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios. Bupa se inició en 1947 como una mutual de seguros en el Reino Unido con tan sólo 38,000 asegurados. Hoy día, Bupa vela por la salud y el bienestar de millones de personas alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 70 años, Bupa ha mantenido una constante solidez financiera y continúa fortaleciendo sus credenciales como líder en el cuidado de la salud. Bupa no tiene accionistas, lo cual le permite reinvertir todas las ganancias para optimizar sus productos y mejorar los servicios que la empresa y sus proveedores brindan.

La confianza en el personal y los servicios médicos que brindamos es esencial. El compromiso con nuestros asegurados durante más de medio siglo es testimonio de nuestra capacidad para velar por su salud como su patrimonio más importante.

NUESTRO OBJETIVO

El objetivo de Bupa es que las personas disfruten de vidas más duraderas, saludables y felices. Cumplimos esta promesa al proteger a nuestros asegurados, proporcionándoles una amplia variedad de servicios personalizados, así como cuidando de su salud durante toda su vida. Como su aliado en la salud, le ayudamos a tomar decisiones médicas informadas. Creemos que las medidas preventivas pueden tener un impacto positivo en su salud.

NUESTRO PERSONAL

La experiencia de nuestro personal es esencial para ofrecer atención de salud de la mejor calidad. Bupa emplea a más de 85,000 personas en todo el mundo, quienes brindan experiencia, atención y servicio de calidad. Nos distinguimos como una de las mejores empresas para trabajar, ya que alentamos a nuestro personal a que exprese sus opiniones sobre su experiencia laboral.

BUPA SE INTERESA POR EL MEDIO AMBIENTE

En Bupa creemos que promover comunidades prósperas y un planeta saludable es esencial para el bienestar de todos. Velamos por la salud de quienes confían en nosotros teniendo en cuenta un impacto positivo en la sociedad y el medio ambiente.

Bupa participa en iniciativas de responsabilidad ambiental para asegurar que nuestros empleados, productos y servicios contribuyan a establecer una sociedad más saludable. Tomamos muy en serio nuestro impacto ambiental, estableciendo políticas ecológicas que benefician el planeta y a las personas en nuestros centros de trabajo. Estamos comprometidos a mejorar la calidad de vida de nuestros clientes y personal así como la de las comunidades que se encuentran necesitadas.

Aunque nos encontramos en una etapa temprana de nuestra campaña ambiental, estamos comprometidos a contribuir positivamente a largo plazo, y estamos tomando las medidas necesarias para reducir nuestra huella ecológica.

BIENVENIDO A BUPA DOMINICANA

Gracias por elegir Bupa Corporate Care, ofrecido por Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo. Su Empleador ha contratado esta póliza Bupa de seguro médico de grupo para usted.

Esta Guía de Referencia para el Empleado contiene las condiciones y beneficios de su membresía, incluyendo detalles sobre lo que está y no está cubierto así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura. Por favor revise su Certificado de membresía, el cual muestra su deducible y otra información importante sobre su cobertura.

¿ALGUNA PREGUNTA?

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta www.bupasalud.com/MiBupa

Nuestro equipo de servicio está compuesto por ejecutivos profesionales, que hablan varios idiomas y están capacitados para ayudarle con:

- Preguntas relacionadas con su membresía
- Dudas sobre su cobertura
- Actualización de su información personal
- El estado de sus reclamaciones

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta www.bupasalud.com/MiBupa

Tel.: (809) 955-2555

Fax: (809) 565-6451

EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con nuestro personal, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año:

En República Dominicana:

Tel.: (809) 955-2555

En los Estados Unidos:

Tel.: +1 (800) 726-1203

www.bupasalud.com/MiBupa

DIRECCIÓN POSTAL

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099
Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini
Santo Domingo

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los Asegurados de Bupa Dominicana apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarle a coordinar su hospitalización y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

CUANDO OCURRE LO PEOR, ESTAMOS A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de una evacuación médica de emergencia, proporcionamos aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Nuestros representantes en Bupa Dominicana le pondrán en contacto con los servicios de USA Medical Services. Cuando cada segundo de su vida cuenta... cuente con nosotros.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

Bupa ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo del plan y cobertura geográfica que el Administrador de Grupo haya elegido. Estos deducibles anuales deben cubrirse antes de que los beneficios sean pagaderos. Por favor consulte su Certificado Individual o pregunte a su Administrador de Grupo para obtener más información sobre su plan y opción de deducible. Se aplica un deducible por Asegurado, por año de membresía. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de su cobertura familiar, la Aseguradora aplica un total máximo equivalente a dos deducibles por familia, por año de membresía.

Plan de deducible	0 1,000	0 3,000	500 2,000	2,000 5,000	5,000 5,000	10,000 10,000	20,000 20,000
Fuera de EE.UU. Por asegurado (Máximo dos deducibles por familia)	0	0	500	2,000	5,000	10,000	20,000
En EE.UU. Por asegurado (Máximo dos deducibles por familia)	1,000	3,000	2,000	5,000	5,000	10,000	20,000

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Bupa Dominicana ofrece la opción de elegir cobertura mundial incluyendo o excluyendo los Estados Unidos de América para acomodar las necesidades regionales o económicas específicas del grupo. Sin embargo, ni la Aseguradora 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 la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

Opción de Cobertura	Opción 1	Opción 2
Cobertura máxima anual por asegurado	US\$ 1,000,000	US\$3,000,000
Área de cobertura mundial (excluyendo los EE. UU.)	Dentro y fuera de la Red de proveedores	Dentro y fuera de la Red de proveedores
Área de cobertura en EE. UU.	Solo tiene cobertura dentro de la Red Corporate	Dentro y fuera de la Red de proveedores

COBERTURA OPCIONAL ADICIONAL

Bupa Dominicana ofrece dos anexos de cobertura adicional, los cuales pueden ser seleccionados por el Empleador. Los beneficios ofrecidos bajo estos anexos están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la cobertura del grupo bajo Bupa Corporate Care. Por favor consulte su Certificado de Membresía o pregunte a su Administrador de Grupo para obtener más información.

Su Empleador puede haber elegido uno o ambos anexos para cubrir las necesidades del grupo. Si no se elige un anexo en el momento de solicitar cobertura bajo el plan Bupa Corporate Care, éste puede agregarse en la fecha de aniversario de la membresía. Los anexos aplican a todos los empleados y sus dependientes asegurados bajo el plan Bupa Corporate Care.

Los anexos de Bupa Corporate Care se mantienen en vigor mientras que el plan Bupa Corporate Care esté en vigor. El área de cobertura geográfica que se haya elegido para el plan Bupa Corporate Care también aplica para el anexo elegido. Los anexos para Cuidado Dental y Cuidado de la Vista no están sujetos al deducible del plan Bupa Corporate Care.

- Anexo para el Cuidado Dental: Este anexo ofrece US\$1,500 de cobertura para tratamiento dental básico y especializado por Asegurado, por año de membresía, realizados por un profesional dental con licencia para practicar odontología. No se ofrece cobertura para tratamiento dental cosmético (requerido únicamente para mejorar la apariencia). También ofrece US\$1,500 de cobertura para tratamiento de ortodoncia, de por vida, para Asegurados de 18 años de edad o menos.
- Anexo para el Cuidado de la Vista: Este anexo ofrece US\$200 de cobertura por Asegurado, por año de membresía, para exámenes oculares de rutina, armaduras para gafas, lentes para gafas y lentes de contacto. No se ofrece cobertura para queratotomía radial y otros procedimientos para corregir trastornos de refracción ocular.

BENEFICIOS

NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios y las Condiciones de la Membresía en esta Guía de Referencia para el Empleado contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los Asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre la Aseguradora y el Empleado. El Certificado de Membresía indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el Empleador. 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. Por favor lea esta Guía cuidadosamente, ya que en ella se explican en detalle los beneficios pagaderos. La Aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en esta Guía y en el contrato firmado con el Empleador.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por Asegurado, por año de membresía, a menos que se especifique lo contrario.
- La póliza Bupa Corporate Care proporciona una amplia cobertura dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate. Fuera de la red de proveedores, la cobertura será al ochenta por ciento (80%) de los gastos elegibles de acuerdo a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR). Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores Bupa Corporate, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio.
- 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 la Aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- Ni la Aseguradora 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 la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la membresía.
- Los Asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Fuera de la red de proveedores, la cobertura será al ochenta por ciento (80%) de los gastos elegibles
- Todos los costos están sujetos a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para el procedimiento y área geográfica.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos.

CONDICIONES DE LA MEMBRESÍA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

- 2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria, por un máximo de doscientos cuarenta (240) días por año de membresía.
- La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate. Fuera de la red de proveedores, la cobertura será al ochenta por ciento (80%) de los gastos elegibles.
 - La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate. Fuera de la red de proveedores, la cobertura será al ochenta por ciento (80%) de los gastos elegibles.
 - Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.
- 2.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA:** Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesiólogos, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:
- Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
 - Las tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.
- 2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%).
- 2.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO:** Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, ecocardiograma, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos al cien por ciento (100%) cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización.
- 2.5 RED DE PROVEEDORES BUPA CORPORATE:** La membresía Bupa Corporate Care ofrece cobertura dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate, independientemente de si el tratamiento se realiza dentro o fuera del país de residencia del Asegurado. Fuera de la red de proveedores, la cobertura será al ochenta por ciento (80%) de los gastos elegibles de acuerdo a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR). Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores Bupa Corporate, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio.
- La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Corporate está disponible comunicándose con la Aseguradora y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

- b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Corporate, todo tratamiento deberá ser coordinado por la Aseguradora.
- c) El Asegurado será responsable por el veinte por ciento (20%) de los gastos cubiertos si recibe tratamiento fuera de dicha red de proveedores.

2.6 CAMA PARA ACOMPAÑANTE PARA MENOR HOSPITALIZADO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en su Tabla de Beneficios.

2.7 CIRUGÍA BARIÁTRICA: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:

- (a) Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
- (b) Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;
- (c) Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y
- (d) Haber 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 el equipo médico 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.

2.8 SALUD MENTAL EN HOSPITALIZACIÓN: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su plan/opción ofrece esta cobertura. Los gastos derivados del Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y las terapias se otorguen durante la estadía en el hospital.

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.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos al cien por ciento (100%). Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

3.2 SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

- (a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio están cubiertos cómo se indica en su Tabla de Beneficios.

- (b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), ecocardiogramas, procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos cómo se indica en su Tabla de Beneficios, cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarlo a determinar o evaluar la condición del paciente.

3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA:

- (a) Con hospitalización: los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos hasta un máximo de diez mil dólares (US\$10,000) por Asegurado, por año de membresía. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.
- (b) Sin hospitalización: se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios para medicamentos por receta que no hayan sido prescritos durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, y están sujetos a coaseguro. Los medicamentos por receta deben corresponder a una condición médica cubierta bajo el plan Corporate Care. Deberá adjuntarse una copia de la receta del médico tratante con la solicitud de reembolso.

3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos cómo se indica en su Tabla de Beneficios, y hasta un máximo de treinta (30) días por año de membresía y no separadamente por condición o terapia. Los servicios deben ser pre-aprobados por USA Medical Services. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener aprobación.

3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Después de una hospitalización cubierta, la atención médica en el hogar se cubre cómo se indica en su Tabla de Beneficios, y hasta un máximo de treinta (30) días por año de membresía. Se cubre la atención médica en el hogar cuando:

- (a) es médicamente necesaria, y sin la cual el paciente necesitaría permanecer en el hospital,
- (b) comienza inmediatamente después de la hospitalización,
- (c) es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) enfermero(a) calificado(a), y
- (d) se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico.

3.6 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos cómo se indica en su Tabla de Beneficios, por asegurado, por año de membresía, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico.

3.7 VACUNAS: La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y adultos), incluyendo 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, y medicinas contra la malaria.

- 3.8 TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA:** Los tratamientos en 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. estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.
- 3.9 SALUD MENTAL EN AMBULATORIO:** Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su plan/opción ofrece esta cobertura. La aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

- 4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO:** Los beneficios de maternidad solamente aplican a maternidades cubiertas bajo los Planes con deducible menor a US\$ 5,000. No hay cobertura de maternidad bajo esta membresía para hijos dependientes. Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:
- Cuidados pre-natales, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), ultrasonidos, y vitaminas requeridas durante el embarazo
 - Cargos de obstetra y hospital
 - Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto
 - Condiciones secundarias debido al embarazo, tales como dolor de espalda, alta presión sanguínea, sangrado vaginal, náusea y vómitos
 - Cuidado del recién nacido saludable
 - (a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta un máximo de ocho mil dólares (US\$8,000) por embarazo, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha estimada del parto.
 - (b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta un máximo de ocho mil dólares (US\$8,000) por embarazo, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha estimada del parto. Este beneficio solamente aplica cuando es médicamente necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la Asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es médicamente necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en 3.1 (a).

4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- (a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días después del parto, hasta un máximo de diez mil dólares (US\$10,000) sin deducible (solamente en Planes de deducibles de US\$0 / US\$1,000, US\$0 / US\$3,000 y Plan US\$500 / US\$ 2,000).

Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:

i. Adición automática: Para incluir al recién nacido bajo la membresía de los padres, el Administrador del Grupo deberá enviar dentro de los noventa (90) días siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del recién nacido que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos especificados en la Tabla de Beneficios.

La cobertura del recién nacido para complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito bajo el 3.3.

ii. Adición no automática: La adición de bebés que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al bebé bajo la membresía de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, el Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento.

La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, el Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento en estos casos, los cuales están sujetos a los procedimientos estándar de evaluación de riesgo.

Por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo para obtener más información.

(c) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en el 4.1.

4.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO: Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto están cubiertas cómo se indica en su Tabla de Beneficios, de por vida, incluyendo gastos médicos relacionados con:

- (a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia post-parto y placenta retenida.
- (b) Complicaciones del recién nacido (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias) tales como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, dificultad respiratoria y traumatismo al nacer.
- (c) Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la membresía, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

- 5.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:** El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.
- (a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio, por incidente está indicada en la Tabla de Beneficios, y solamente será cubierto cuando los servicios de la ambulancia terrestre local utilizada sean para transportar al asegurado:
 - i. De la ubicación de un accidente al hospital,
 - ii. Para el traslado de un hospital a otro, o
 - iii. De su casa al hospital, siempre y cuando:
 - médicamente necesaria,
 - relacionada a una condición cubierta, y
 - el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física.
 - (b) Transporte por ambulancia aérea:
 - i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por la Aseguradora.
 - ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio está estipulado en las Tablas de Beneficios.
 - iii. El Asegurado se compromete a mantener a la aseguradora y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
 - (c) Viaje de regreso: Si el Asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el Asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por la Aseguradora.
- 5.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido hasta un máximo de cinco mil dólares (US\$5,000), siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la membresía. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la Aseguradora.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- 6.1 TRATAMIENTO DEL CÁNCER:** Los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo trasplante de médula ósea, radioterapia, quimioterapia y oncología, están cubiertos al cien por ciento (100%). Los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos tales como los requeridos para la quimioterapia, que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer también están cubiertos al cien por ciento (100%). Todos los beneficios son pagaderos hasta el límite máximo por año de membresía indicado en la Tabla de Beneficios.
- 6.2 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL:** Los gastos elegibles por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos al cien por ciento (100%) hasta el límite máximo por año de membresía indicado en la Tabla de Beneficios.
- 6.3 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto como se indica en su Tabla de Beneficios, por diagnóstico, de por vida, después del deducible correspondiente. El beneficio para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por la Aseguradora, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la membresía. Este beneficio incluye:
- a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del asegurado para el procedimiento de trasplante.
 - b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
 - c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US\$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.
 - d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
 - e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
 - f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
 - g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

La cobertura de beneficios está sujeta a la aprobación por parte de la Aseguradora del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de la Aseguradora.

El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.

- 6.4 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS:** El tratamiento médicamente necesario para condiciones congénitas y/o hereditarias está cubierto cómo se indica en su Tabla de Beneficios, de por vida. El beneficio comienza cuando la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período anterior a la identificación de la condición actual.
- 6.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilaado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora.
- 6.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización):** La membresía bajo Bupa Corporate Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia relacionado con accidente o enfermedad aguda cuando la vida del Asegurado o su integridad física se encuentran en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a la Aseguradora, como se indica en esta guía. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red en relación con un tratamiento médico de emergencia serán pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.
- 6.7 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE:** El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas, o dentaduras.
- 6.8 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por la Aseguradora. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
- 6.9 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS:** El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos al cien por ciento (100%) para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan

atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.

- 6.10 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):** La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está limitada al máximo especificado en la Tabla de Beneficios doce (12) meses después de la fecha de efectividad de la cobertura del Asegurado, si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este período.
- 6.11 TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA:** Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía para los tratamientos en 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 estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.
- 6.12 AUTISMO:** Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios, para 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 autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora.
- 6.13 CUIDADO PODIÁTRICO NO COSMÉTICO:** Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece esta cobertura para cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies.
- 6.14 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 1 año 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.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta membresía no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

- 7.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS:** El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
- (a) Que no sea médicamente necesario, o
 - (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
 - (d) Que está relacionado con el cuidado personal, o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
 - (f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, alimentos para visitantes o cosméticos.
- 7.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS:** Cualquier cuidado o tratamiento, estando el asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
- 7.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS:** Exámenes de rutina de ojos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual. Excepto, cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.4 MEDICINA ALTERNATIVA:** Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 7.5 CIRUGÍA COSMÉTICA:** La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.

- 7.6 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto si es autorizado por escrito por la Aseguradora.
- 7.7 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL:** Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
- 7.8 TRATAMIENTO EN HOSPITALES PÚBLICOS:** Tratamiento en cualquier hospital público, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o epidemias que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.
- 7.9 ENFERMEDADES MENTALES:** No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, al menos que se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios Tampoco está cubierto, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
- 7.10 GASTOS QUE EXCEDAN UCR:** Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 7.11 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS:** El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda, o no cubiertas bajo esta membresía.
- 7.12 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO:** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 7.13 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES:** Tratamiento de lesiones que resulten mientras el asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 7.14 VIH/SIDA:** Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.
- 7.15 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL:** La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.
- 7.16 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO:** Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta membresía.
- 7.17 MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O SIN RECETA:** Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos por receta que no fueron originalmente recetados durante una hospitalización o por un tratamiento durante hospitalización, y medicamentos por receta que no han sido recetados como parte del post-tratamiento directamente relacionado con un tratamiento ambulatorio.

Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.

- 7.18 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL:** Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.
- 7.19 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS:** Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 7.20 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR:** Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
- 7.21 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO:** Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio. Excepto cuando se especifique en Tabla de Beneficio.
- 7.22 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO:** Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
- 7.23 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE:** Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia, inadecuaciones, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.
- 7.24 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD:** Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.
- 7.25 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD:** Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
- 7.26 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS:** Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.
- 7.27 ABORTO:** La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 7.28 CUIDADO PODIÁTRICO:** Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.29 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA:** Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

- 7.30 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Excepto cuando ha sido causada por politraumatismo en un accidente cubierto. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por la Aseguradora. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
- 7.31 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA:** Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.
- 7.32 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS:** El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos reventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.
- 7.33 ACTOS NEGLIGENTES:** Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

ADMINISTRACIÓN

GENERAL

8.1 CONTRATO: El Contrato está gobernado por un acuerdo entre su Empleador y la Aseguradora, el cual cubre los términos y condiciones de su membresía. Esto significa que no hay un contrato legal entre el Asegurado y la Aseguradora. Esta Guía de Referencia para el Empleado, a pesar de que forma parte el Contrato entre la Aseguradora y el Empleador, se proporciona como una conveniencia para el Asegurado.

La Aseguradora no garantiza que los beneficios ofrecidos al grupo bajo el Contrato llenen los requisitos obligatorios en los países donde residen los asegurados del grupo.

El Contrato solamente puede ser ejecutable por las partes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquéllas que se describen en el Contrato.

8.2 AUTORIDAD: Ningún intermediario, agente o consultor tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios a la membresía en nombre de la Aseguradora, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que el Contrato ha sido firmado, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre el Empleador y la Aseguradora, y que el Contrato sea endosado por medio de una enmienda.

8.3 MONEDA: Todos los valores monetarios en esta guía están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).

8.4 CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la Aseguradora y sus compañías. Con este fin, la Aseguradora cumple con las leyes de protección de la información (regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés)) y con los reglamentos de confidencialidad médica. En algunas ocasiones, la Aseguradora utiliza los servicios de terceras partes para procesar información en su nombre. Dicho proceso está sujeto a restricciones contractuales con respecto a la confidencialidad.

8.5 OTROS DOCUMENTOS: La Guía de Referencia para el Empleado, el Certificado de Membresía y la tarjeta de identificación ofrecen información sobre su cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio en los términos y

condiciones acordados entre la Aseguradora y su Empleador. El Empleador es responsable de informar a los Asegurados sobre cualquier cambio a los términos y condiciones que afecte la membresía. Su Certificado de Membresía contiene información sobre las condiciones y tratamientos con restricción o exclusión de cobertura (si existe) que correspondan a cualquiera de los Asegurados en base a su historial médico.

MEMBRESÍA

9.1 ELEGIBILIDAD: Los empleados elegibles para cobertura incluyen a empleados vinculados con contrato de trabajo, u otro vínculo con el Asegurado Principal previamente conocido y aceptado por La Aseguradora y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los dependientes elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo Corporate Care, sujeto a evaluación de riesgos del Grupo. No hay una edad máxima para renovación para Asegurados cubiertos bajo el Contrato. El grupo asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) empleados para ser elegible para renovación.

El Contrato no está sujeto a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA" por sus siglas en inglés) ni a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados ("ERISA" por sus siglas en inglés) de 1974 tal como ha sido enmendada, y la Aseguradora no está obligada a ofrecer continuación de cobertura según la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto ("COBRA" por sus siglas en inglés) o cualquier otra ley federal o estatal sobre continuación de cobertura en los Estados Unidos de América.

El Asegurado Principal solamente puede ser un empleado elegible. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el Asegurado Principal ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente u otro vínculo que hayan sido aceptados por la Aseguradora, que sean solteros, que hayan sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, y para quienes se proporciona cobertura bajo la membresía.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la membresía, la que ocurra primero. Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.

9.2 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA: Sujeto a las condiciones del Contrato entre la Aseguradora y el Empleador, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:

- a) La membresía comienza en la fecha efectiva indicada en el Certificado de Membresía que la Aseguradora le extiende al Asegurado por el período continuo de la membresía actual bajo Bupa Corporate Care, según el Contrato.
- b) El Empleador puede cancelar una membresía, o la cobertura de cualquiera de los dependientes, en cualquier momento. La Aseguradora no puede cancelar la membresía de manera retroactiva. El Empleador es responsable por el pago de las primas hasta la fecha efectiva de la cancelación.
- c) La Aseguradora puede cancelar una membresía:
 - i. Si termina el Contrato entre la Aseguradora y el Empleador.
 - ii. Si el Empleador no renueva la membresía.
 - iii. Si el Empleador no paga la prima de algún Asegurado o no efectúa cualquier otro pago adeudado según lo estipulado en el Contrato con la Aseguradora.
 - iv. Si un Asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en el Artículo 9.4 de este documento.
 - v. Si fallece el Asegurado Principal.
- d) La Aseguradora puede cancelar o rescindir una membresía si existe evidencia de que el Asegurado ha engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. Esto incluye el proporcionar información falsa u ocultar información necesaria para la Aseguradora, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la Aseguradora, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la Aseguradora al decidir:
 - i. Si un Asegurado puede unirse al grupo.
 - ii. La cantidad de la prima que el Empleador debe pagar.
 - iii. Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación.

9.3 ADICIÓN DE DEPENDIENTES: Si el Empleador está de acuerdo, el Asegurado Principal puede solicitar la inclusión de su cónyuge o compañero(a) doméstico(a) e hijo(s) como dependientes bajo su membresía. Para solicitarlo, deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleado y el Suplemento Médico (si corresponde).

9.4 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA: El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación o cancelación de la cobertura, el deducible, o la prima según el área geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

9.5 CAMBIOS A LA COBERTURA: Los términos y condiciones de la membresía pueden cambiarse en ciertas ocasiones a través del Contrato entre el Empleador y la Aseguradora.

9.6 CAMBIOS AL CERTIFICADO DE MEMBRESÍA: La Aseguradora enviará un nuevo Certificado de Membresía a cada Asegurado si:

- (a) Se añade a la membresía otro dependiente, como un hijo recién nacido o un cónyuge, con la aprobación del Empleador.
- (b) La Aseguradora necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el Empleador o cualquier cambio que la Aseguradora tenga el derecho de hacer.

El nuevo Certificado de Membresía reemplazará cualquier versión anterior que posea el Asegurado a partir de la fecha de efectividad que aparece en el nuevo Certificado de Membresía.

9.7 CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si cambia la dirección o información de contacto de un Asegurado, por favor informe al Administrador del Grupo, quien informará a la Aseguradora sobre el cambio.

9.8 DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL: Si la membresía termina, es posible que el Asegurado Principal y sus dependientes incluidos bajo la membresía puedan transferir su cobertura a un plan individual Bupa con un deducible igual o mayor, y las mismas restricciones en vigor bajo el plan Bupa Corporate Care plan, después de cumplir con los requisitos de elegibilidad de ese plan específico. Los asegurados bajo un Grupo Colectivo podrán transferir su cobertura sin evaluación de riesgo. Los asegurados bajo un Grupo Experiencia que deseen transferir su cobertura a un plan individual están sujetos a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo a evaluación de riesgo. Por favor comuníquese con la Aseguradora o con su Administrador de Grupo para averiguar si el Contrato entre la Aseguradora y su Empleador contempla esta opción.

Si el Asegurado tiene el derecho de transferir su cobertura y desea proceder con el cambio, deberá enviar una Solicitud de Seguro de Salud Individual a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de su cobertura dentro del grupo, según aplique.

Sin embargo, ni el Contrato ni la Guía de Referencia para el Empleado están sujetos a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA" por sus siglas en inglés) ni a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados ("ERISA" por sus siglas en inglés) de 1974 tal como ha sido enmendada, y la Aseguradora no está obligada a ofrecer continuación de cobertura según la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto ("COBRA" por sus siglas en inglés) o cualquier otra ley federal o estatal sobre continuación de cobertura en los Estados Unidos de América.

9.9 FIN DE LA COBERTURA A PARTIR DE LA TERMINACIÓN: En caso de terminación por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la Aseguradora solamente será responsable por el tratamiento cubierto bajo los términos del Contrato que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún tratamiento que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto tratamiento adicional sea necesario.

9.10 REEMBOLSOS: Si el Contrato o las Condiciones Particulares de un Asegurado son cancelados luego de haber sido emitidos, rehabilitados o renovados, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima al Contratante. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días calendario correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días calendario que el Contrato o las Condiciones Particulares estuvieron en vigor.

RENOVACIÓN

10.1 RENOVACIÓN DE LA MEMBRESÍA: La renovación de la membresía de los empleados depende de que el Empleador renueve el Contrato con la Aseguradora. La renovación de la membresía individual de cada empleado está sujeta a la discreción del Empleador.

10.2 PAGO DE LA PRIMA: El Empleador es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la membresía de todos los Asegurados bajo el Contrato entre la Aseguradora y el Empleador.

RECLAMACIONES

11.1 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA: 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 este documento, 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.

11.2 DIAGNÓSTICO: Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

11.3 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por la Aseguradora. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por 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 entre el asegurado y la Aseguradora. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL/ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO, SI CORRESPONDEN.

11.4 DEDUCIBLE: Su Empleador ha elegido un plan de deducible para usted. Usted encontrará su deducible en su Certificado de Membresía. Antes de que la Aseguradora pague los beneficios, el Asegurado debe pagar una cantidad específica correspondiente a los cargos elegibles incurridos por cada Asegurado cada año de membresía. Esta cantidad es el deducible. Si la familia del Asegurado está cubierta bajo la membresía, el deducible se aplica separadamente a cada Asegurado. Sin embargo, la Aseguradora aplica un total máximo de dos deducibles por familia, por año de membresía, si se procesan reclamaciones para dos o más Asegurados en la familia. Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el deducible, el Asegurado deberá enviar un formulario de solicitud de reembolso a la Aseguradora si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el deducible anual. En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplica el deducible por el periodo de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos

dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

11.5 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El Asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a Bupa Dominicana, en Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con los documentos de su membresía o pueden solicitarse al Administrador del Grupo o la Aseguradora. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el Asegurado principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

11.6 PAGO DE RECLAMACIONES: La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada por la aseguradora (actuando razonablemente) según la fecha de prestación del servicio. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Principal. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del Asegurado Principal. La Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al Asegurado Principal.

La Aseguradora efectuará los pagos por medio de cheque o transferencia electrónica. Algunas veces, las regulaciones bancarias internacionales no permiten hacer pagos en la moneda solicitada por el Asegurado Principal. En esos casos, la Aseguradora enviará el pago en dólares de los Estados Unidos de América. Es responsabilidad del Asegurado Principal pagar cualquier cargo que no sea elegible para pago bajo la membresía.

Ni la Aseguradora 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 la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

11.7 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si alguno de los Asegurados bajo la membresía está cubierto bajo otra póliza de seguro de salud que ofrezca beneficios que también ofrece la membresía de la Aseguradora, los beneficios serán coordinados.

Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deberán ser presentadas en primera instancia contra la otra póliza. Su membresía con la Aseguradora sólo pagará beneficios cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados.

Fuera del país de residencia, la Aseguradora funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

11.8 EXÁMENES FÍSICOS: La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora antes de llegar a una conclusión sobre la reclamación.

11.9 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.

11.10 APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el asegurado y la Aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de Bupa Dominicana, S.A. antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el asegurado deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al coordinador de apelaciones de Bupa Dominicana, S.A. c/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el comité de apelaciones notificará al asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

11.11 ARBITRAJE, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO: Cualquier desacuerdo que pueda persistir después de una apelación tal y como se determina en la cláusula anterior, debe ser primero sometido a arbitraje o conciliación previa de conformidad con las disposiciones legales establecidas en los Artículos 105 al 110 de la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana. El acta de no conciliación emitida por la Superintendencia de Seguros o el Laudo Arbitral es un requisito previo al conocimiento de la demanda que pudiere intentar cualquiera de las partes ante los Tribunales de la República Dominicana. Cada parte solventará sus

propios gastos durante el proceso, incluyendo pero no limitado a honorarios de sus respectivos abogados, tasas, entre otros, así como los gastos del proceso arbitral o conciliación.

11.12 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: Si el tratamiento necesario es resultado de la culpabilidad de un tercero, por ejemplo, una lesión sufrida durante un accidente en el cual el Asegurado es la víctima, el Asegurado debe notificar a la Aseguradora por escrito lo antes posible o completar la sección correspondiente en el formulario de solicitud de reembolso. Si ese es el caso, la Aseguradora solicita que el Asegurado tome las acciones necesarias para:

- a) Recuperar de la parte culpable (a través de su compañía de seguro) el costo del tratamiento pagado por la Aseguradora, y
- b) Reclamar cualquier interés, si corresponde.

Si el Asegurado logra recuperar el costo de cualquier tratamiento por el cual la Aseguradora haya pagado, el Asegurado debe reembolsar esa cantidad (y el interés correspondiente) a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de subrogación o reembolso de y en nombre del Asegurado a quien ha pagado cualquier reclamación, si dicho Asegurado ha recuperado todo o parte de dichos pagos de la parte responsable. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del Asegurado, asumiendo los gastos, contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta membresía, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta membresía.

11.13 PAGOS DISCRECIONALES: Cualquier pago ex gratia se hace a discreción de la Aseguradora. Si la Aseguradora efectúa un pago al cual el Asegurado no tiene derecho bajo la membresía, dicho pago cuenta hacia el total máximo de los beneficios que la Aseguradora pagará bajo la membresía. La Aseguradora no tiene ninguna obligación de pagar tratamientos que no están cubiertos bajo la membresía, aún en circunstancias en las cuales la Aseguradora haya pagado una reclamación por un tratamiento similar o idéntico, incluyendo cualquier pago ex-gratia.

DEFINICIONES

Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en esta Guía de Referencia para el Empleado, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de la membresía.

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

ADMINISTRADOR DE GRUPO: El representante autorizado por la compañía, empresa, negocio o persona con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los asegurados bajo este seguro de salud de grupo. Esta persona es a quien la Aseguradora dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a la Aseguradora sobre cualquier cambio a la membresía en nombre del Asegurado.

ANEXO: Documento añadido por la Aseguradora a la póliza de grupo que agrega y detalla una cobertura opcional adicional.

ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

AÑO DE MEMBRESÍA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva del Contrato y cualquier período subsecuente de doce (12) meses.

ÁREA DE COBERTURA: El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (llamados EE.UU. en esta guía), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el Empleador.

ASEGURADO: La persona identificada en el Certificado de Membresía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes bajo la membresía.

ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y la primera persona identificada en el Certificado de Membresía, quien está facultado para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

BENEFICIO: Cualquier gasto elegible por el cual la Aseguradora deberá pagar, según especificado en la Tabla de Beneficios.

BUPA DOMINICANA, S.A.: La compañía de seguros de salud que provee cobertura para los asegurados del Grupo. La aseguradora tiene su sede en Santo Domingo, República Dominicana.

CERTIFICADO DE MEMBRESÍA: Documento del Contrato que especifica la fecha de efectividad, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado Principal y a cada dependiente cubierto.

COASEGURO: El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su Tabla de Beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

COASEGURO MAXIMO (stop loss): El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.

COPAGO: El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios.

DESEMBOLSO MAXIMO (out of pocket maximum): El desembolso máximo es el monto máximo que el asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A): Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Principal ha establecido una relación de vida doméstica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del recién nacido que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia

de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación, o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación, o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la póliza.

CONDICIÓN TERMINAL: La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

CONSULTA: Visita a un médico para evaluar o tratar una condición médica.

CONTRATO: El acuerdo entre la Aseguradora y el Empleador bajo el cual la Aseguradora acepta cubrir a los asegurados como parte del grupo.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

DEDUCIBLE: El importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado antes de que los beneficios de la membresía sean pagaderos. Hay dos tipos de deducibles considerados dentro de la membresía, dependiendo del país donde se ofrezca el tratamiento o servicio.

DEPENDIENTE: Cualquier persona mencionada en el Certificado de Membresía que no sea el Asegurado Principal, que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, y para quien se ha aprobado la cobertura bajo la membresía. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a), y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros.

DIAGNÓSTICO: Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha efectiva de cobertura para el Asegurado correspondiente. El Asegurado correspondiente no puede ser un hijo dependiente. Sólo los Planes con deducible menor a US\$ 5,000 ofrecen beneficios para los embarazos cubiertos.

EMERGENCIA: Condición médica (enfermedad o lesión) que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

EMPLEADOR: La compañía, empresa, negocio o persona con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a sus empleados bajo este seguro de salud de grupo.

ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

ENMIENDA: Documento que la Aseguradora agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la cobertura bajo la membresía.

EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO: Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los asegurados con preguntas relacionadas con su membresía, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad del Contrato.

FECHA EFECTIVA DE LA MEMBRESÍA: La fecha indicada en el Certificado de Membresía en la cual comienza la cobertura bajo la membresía.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO Y/O SUPLEMENTO MÉDICO: Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los empleados y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el empleado durante la entrevista médica realizada por la Aseguradora, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la Aseguradora antes de aprobar la membresía.

GASTOS ELEGIBLES: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la póliza que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coseguro correspondiente.

HIJASTRO: Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado Principal.

HOSPITAL: Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que: a) se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el

cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados a largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por la Aseguradora. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o
- No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado, o
- Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término "médico" o "doctor" también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

MEMBRESÍA: La póliza de grupo contratada con la Aseguradora por el Empleador para proporcionar cobertura a los asegurados.

NOTIFICACIÓN: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

OPCIÓN: El área de cobertura y el límite máximo anual seleccionado por el Empleador para los asegurados en el grupo.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año de membresía, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras que la membresía está en vigencia.

PERÍODO DE ESPERA: Período de tiempo que comienza en la fecha efectiva de la membresía durante el cual los beneficios aun no son pagaderos al Asegurado.

- (a) Para los beneficios de embarazo, maternidad y parto, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la membresía durante un período de diez (10) meses calendario continuos antes de la fecha actual del parto.
- (b) Para los beneficios de VIH/SIDA, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la membresía durante un período de doce (12) meses calendario continuos.

POLITRAUMATISMO: Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un accidente serio.

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Una operación, incluyendo las consultas inmediatamente antes y después de la cirugía, y todo el cuidado necesario antes de que el paciente sea dado de alta del hospital.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

RED DE PROVEEDORES BUPA CORPORATE: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para atender a los asegurados de la Aseguradora. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Corporate está disponible comunicándose con la Aseguradora y está sujeta a cambio sin previo aviso.

RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA: Relación entre el Asegurado Principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:

- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.
- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.
- (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.
- (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año
 - ii. Ambos son propietarios de una residencia en común

- iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
- Un automóvil que pertenece a los dos
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
 - Una cuenta de crédito mancomunada
 - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

El Asegurado Principal y su compañero(a) doméstico(a) deberán firmar conjuntamente el affidavit de relación de vida doméstica requerido.

RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados que el asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por la Aseguradora.

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semiprivadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, enfermero(a) privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO: Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una enfermedad o lesión.

TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sufridos durante un accidente cubierto.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

URGENCIA: Situación médica que generalmente requiere atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida del asegurado, ni genera peligro en la evolución de su afección. Su evaluación, estabilización o tratamiento médico se realiza en un centro de salud de forma ambulatoria.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalcientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

Los Asegurados deben notificar a la Aseguradora en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A LA ASEGURADORA AL (809) 955-2555

1. Ayuda para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de personal calificado las 24 horas del día.
2. Apoyo de nuestro equipo que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. Acceso a representantes calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. Al notificarnos con anticipación, podemos proporcionarle la mejor atención administrativa antes, durante y después de su tratamiento o servicio.

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

Ingrese a www.bupalud.com, busque la sección “Mi Bupa” y siga los pasos de registro con su correo electrónico, para que administre su póliza desde la comodidad de su casa u oficina, y disfrute de todos nuestros servicios en línea:

- Acceso a los documentos de su póliza y tarjetas de seguro
- Realizar los pagos de su póliza
- Solicitar cambios de su póliza
- Solicitar reembolsos, y ver el estatus de sus reclamos
- Enviar consultas al área de servicio al cliente
- Solicitar pre-autorizaciones
- Servicios de Virtual Care (Telemedicina)

ANTES

Al notificar a la Aseguradora que un Asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, nuestro personal profesional se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros Asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas y segundas opiniones médicas y quirúrgicas.

DURANTE

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, personal profesional llevará un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

DESPUÉS

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestro personal profesional coordinará cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y hará los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que necesita tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un tratamiento es manejada por nuestro equipo de profesionales. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento. Por favor asegúrese de notificar a la Aseguradora enviando su solicitud de pre-autorización a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa. También puede contactar a USA Medical Services llamando al (809) 955-2555 o al +1 (305) 275-1500, por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE DEBE CONSULTAR A UN ESPECIALISTA O HACERSE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Contacte a USA Medical Services, a través de www.bupasalud.com/MiBupa o llamando al (809) 955-2555 o al +1 (305) 275-1500. La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

1. El nombre del médico que hace la referencia médica
2. El nombre del médico a quien ha sido referido
3. El examen de diagnóstico que necesita
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos a través de Mi Bupa. Nuestro personal fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE NECESITA CIRUGÍA, TRATAMIENTO AMBULATORIO O SER HOSPITALIZADO

Contacte a USA Medical Services, a través de www.bupasalud.com/MiBupa o llamando al (809) 955-2555 o al +1 (305) 275-1500. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. La condición/síntomas que se están tratando
2. El tratamiento propuesto
3. El nombre del médico que hace la referencia médica
4. El médico y hospital a donde prefriere ir

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez. Una vez contemos con toda la información:

1. Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
2. Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
3. Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital
4. Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted

Para procesar su reclamación al salir del hospital, necesitamos el formulario de solicitud de reembolso, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamación puede retrasarse.

Cuando su reclamación ha sido aprobada, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, la Aseguradora pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de la Red de Proveedores Bupa Corporate, si el Asegurado no notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre la condición del Asegurado.

SI SU MÉDICO RECOMIENDA TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Contacte a USA Medical Services, a través de www.bupasalud.com/MiBupa o llamando al (809) 955-2555 o al +1 (305) 275-1500. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

Si el Asegurado ha seguido los pasos necesarios y el tratamiento o servicio está cubierto bajo la membresía, la Aseguradora procesará el pago directo al proveedor. Sin embargo, en algunas circunstancias cuando esto no es posible, la Aseguradora deberá procesar un reembolso directamente al Asegurado. En esos casos, hay ciertas directrices que el Asegurado debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su reclamación, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupalud.com.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Facturas
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a:

Bupa Dominicana, S.A

Av. Winston Churchill, No. 1099
Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini
Santo Domingo, República Dominicana

o inicie su proceso de reembolso a través de Mi Bupa
www.bupalud.com/MiBupa

Bupa Dominicana, S.A

Av. Winston Churchill, No. 1099

Acropolis Center, 3er. Nivel, Piantini

Santo Domingo, República Dominicana

Tel.: (809) 955 2555

bdominicana@bupalatinamerica.com

www.bupasalud.com