

Bupa Dominicana
Tabla de Beneficios
Bupa Corporate Care Opción 1



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 Empleador. 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 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.

Cobertura Máxima Anual por Asegurado	US\$1,000,000
Área de Cobertura Mundial (Excluyendo los EE. UU)	Dentro y fuera de la Red de proveedores
Área de Cobertura en EE. UU.	Solo tiene cobertura dentro de la Red Corporate

Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura
Servicios hospitalarios: habitación y alimentación(privada/semi-privada) <ul style="list-style-type: none"> • Estándar (máx. 240 días) • Unidad de cuidados intensivos (máx. 240 días) 	100%
Honorarios médicos y de enfermería	100%
Cama para acompañante de menor de 18 años hospitalizado, por día	US\$300
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia)	100%

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

(*) Aplica un coaseguro del 20%

Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo aplica a planes 0/1,000, 0/3,000, 500/2,000)	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máx. por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo) <ul style="list-style-type: none"> • Incluye tratamiento pre- y post-natal, vitaminas requeridas durante el embarazo, y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable • Período de espera de 10 meses • No aplica deducible 	US\$8,000
Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida)	US\$ 150,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> • No aplica deducible 	US\$10,000

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia:	
• Ambulancia aérea (máx. por incidente) (Sin deducible)	US\$50,000
• Ambulancia terrestre local (máx. por incidente)	100%
• Ambulancia terrestre internacional (máx. por incidente)	US\$1,000
• Viaje de regreso	100%
• Repatriación de restos mortales	US\$5,000
Debe ser pre-aprobada y coordinada por USA Medical Services.	

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (máx. de por vida)	US\$500,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias (máx. de por vida)	US\$300,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortopédicos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	US\$1,000,000
Tratamiento en sala de emergencia relacionado con enfermedad o accidente grave	100%
Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente)	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
VIH/SIDA (máx. de por vida, período de espera de 12 meses)	US\$50,000
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular	1 año

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente)	Cobertura
Anexo para el Cuidado Dental (no aplica deducible; sujeto a 20% de coaseguro)	
• Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía	US\$1,500 (*)
• Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida	US\$1,500 (*)
Sujeto a 20% de coaseguro	
Anexo para el Cuidado de la Vista (no aplica deducible)	US\$200
• Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto	

(*) Aplica un 20% de Coaseguros