BUPA INSURANCE COMPANY
Tabla de Beneficios
Exclusive Care

Efectiva 1 de enero de 2027

Información general	Sí	No
Los beneficios en los Estados Unidos de América y el resto del mundo están sujetos a una red de proveedores		x
La cobertura requiere pre-autorización para todos los beneficios		x
Todos los beneficios están sujetos a las tarifas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable)	x	
Coaseguro		x

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	US$10 Millones
Cobertura geográfica: Mundial	

Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semiprivada estándar) • Dentro de la red de hospitales Bupa • En otros hospitales, por día	 100% US$2,000
Unidad de cuidados intensivos • Dentro de la red de hospitales Bupa • En otros hospitales, por día	 100% US$4,000
Honorarios médicos y de enfermería	100%
Salud Mental (relacionada con una condición cubierta) • Requiere pre-autorización	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Cirugía bariátrica (período de espera de 24 meses) • Requiere pre-autorización	US$15,000
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día	US$400
Alimentación para acompañante, por día	US$50

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Cirugía ambulatoria • Requiere pre-autorización	100%
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación • Requiere pre-autorización	100%
Atención médica en el hogar • Requiere pre-autorización	100%
Reconocimiento médico de rutina Adulto • No aplica deducible	US$1,000
Reconocimiento médico de rutina Pediátrico • No aplica deducible	US$1,000
Vacunas (medicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación) • No aplica deducible • Aplica un 20% de coaseguro	100% (*)
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza	100%

• Sujeto a un copago de US$50 • No aplica deducible	

(*) Aplica un 20% de coaseguro

Beneficios y limitaciones por maternidad	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo • Incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal, incluyendo vitaminas requeridas durante el embarazo) • Período de espera de 10 meses • Solo planes 2 y 3 • No aplica deducible	US$10,000
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto • Período de espera de 10 meses • Solo planes 2 y 3 • No aplica deducible	100%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) • Solamente para embarazos cubiertos • No aplica deducible	US$50,000
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) • Solo planes 2 y 3 • No aplica deducible	US$2,000
Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto)	100%

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: • Ambulancia aérea • Ambulancia terrestre • Viaje de regreso • Repatriación de restos mortales Estos servicios requieren ser pre-autorizados y coordinados por USA Medical Services.	100%

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea/cirugía preventiva) • Requiere pre-autorización	100%
Cuidados asistenciales por diagnóstico de Alzheimer (cobertura de por vida)	US$5,000
Insuficiencia renal terminal (diálisis) • Requiere pre-autorización	100%
Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida) • Cobertura máxima para la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, y preparación del donante (US$60,000 incluidos como parte del total) Requiere pre-autorización	US$2,000,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias • Requieren pre-autorización	100%
Brazos y piernas artificiales • Máximo de por vida: US$120,000 Requieren pre-autorización	US$30,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados) • Requieren pre-autorización	100%
Sala de emergencias (con o sin hospitalización)	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Residencia y cuidados paliativos • Requiere pre-autorización	100%
Terapeuta complementario • Tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico, podiatra y/o psiquiatra • Acupuntura y tratamientos homeopáticos • Tratamiento ambulatorio para desórdenes de la conducta o del desarrollo, incluyendo terapia del habla a corto plazo recetada por un médico y desórdenes del sueño • Máximo de 80 visitas/sesiones	100%
Visitas con especialista en dietética • Máximo de 4 visitas	100%

Tratamiento de la mandíbula	100%
Tratamiento podiátrico no cosmético	100%
Cobertura de actividades y deportes peligrosos (amateur, profesional, o por compensación)	100%
VIH/SIDA (solamente como resultado de un accidente relacionado con el trabajo o por transfusión de sangre)	100%
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal	2 años
Segunda opinión quirúrgica requerida	100%

OPCIONES SUPLEMENTARIAS CON LA COMPRA DEL ANEXO (no incluidas automáticamente)

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo) • Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo • Solo planes 4, 5 y 6	US$500,000
Anexo de cobertura para procedimientos de trasplante (por asegurado, por diagnóstico, de por vida) • Cobertura adicional para trasplante de órganos, tejido o células • Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo Requiere pre-autorización	N/A