

CORPORATE CARE
TÉRMINOS Y CONDICIONES

BENEFICIOS

NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los asegurados. Los detalles completos se encuentran en los Términos y Condiciones de la póliza.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por asegurado, por año póliza, a menos que se especifique lo contrario.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la póliza.
- El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. **Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en la Póliza, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro de su plan, si corresponden.** Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora antes de su tratamiento, la Aseguradora no garantiza el pago directo al proveedor.
- Los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores.
- Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que Bupa considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos,
- Por favor consulte su Tabla de Beneficios para saber si su plan/opción de cobertura contempla un Coaseguro en los Estados Unidos.
- Ni Bupa, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

1.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

(a) Para cobertura fuera de la Red de Proveedores:

i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están limitadas a un beneficio máximo de mil dólares (US$1,000) por día.

ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas a un beneficio máximo de tres mil dólares (US$3,000) por día.

(b) Para cobertura dentro de la Red de Proveedores:

i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios.

ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios.

(c) Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.

(d) El tratamiento médico de emergencia está cubierto como se estipula en la condición 6.6.

1.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, 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:

(a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o

(b) Las tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

1.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%).

1.4 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, 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.

1.5 RED DE PROVEEDORES: Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo.

(a) La lista de hospitales en la Red de Proveedores está disponible a través de USA Medical Services o en www.bupasalud.com, 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, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.

(c) En los casos en los que la Red de Proveedores no esté especificada en el país de residencia del asegurado, no existe restricción sobre los hospitales que el asegurado puede utilizar en su país de residencia.

1.6 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

1.7 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 veinticuantro (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.

1.8 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

2.1 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.

2.2 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), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos cómo se indica en su Tabla de Beneficios, y cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente.

2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA:

Por 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 el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

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.

2.4 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 póliza 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.

2.5 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 póliza. 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.

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

2.7 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), vacuna contra el herpes zóster, vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria

2.8 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.

2.9 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.

2.10 TELEMEDICINA: Se podrá acceder a servicios de atención médica remota, incluyendo Videoconsultas en Medicina general, asesoramiento médico en ciertas especialidades, así como otras capacidades digitales dirigidas al cuidado de la salud. Estos servicios digitales se prestarán a través de blua, la salud digital de Bupa. Para acceder a ellos, se puede hacer a través de la aplicación “My Bupa Latin America” o a través de la página web de la Compañía www.bupasalud.com. En ambos casos todas las funcionalidades digitales y programas de salud se encuentra bajo la descripción de blua.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

3.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO: Los beneficios de maternidad solamente aplican a maternidades cubiertas bajo los Planes 1 y 2. 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 las 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).

3.2 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.

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 póliza 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 póliza de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Asegurado 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 Asegurado 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 3.1.

3.3 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 póliza, 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

4.1 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.

Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa del Asegurador podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de La Aseguradora se realizará según la siguiente priorización:

(a) Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

(b) Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

(c) Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte o,

(d) En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora

no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

En los casos en que se requiera una ambulancia terrestre, debido a un accidente, se deberá notificar al asegurador dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento.

Las atenciones programadas que no se consideren una emergencia no estarán cubiertas por el beneficio de Transportación de Emergencia.

(a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es: a) Local cubierta al 100% y b) Internacional cubierta hasta mil dólares (US$1,000) por incidente, y solamente será cubierto cuando los servicios de la ambulancia terrestre 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, si es

- 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 el transporte en ambulancia aérea debe ser evaluado, aprobado previamente y coordinado por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar los gastos.

ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de cincuenta mil dólares (US$50,000) para la Opción 1 y de cien mil dólares (US$100,000) para la Opción 2, por cada incidente.

iii. El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora o USA Medical Services 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.

iv. 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 USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos.

v. La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados.

(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 USA Medical Services.

4.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa 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 póliza. 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 USA Medical Services.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

5.1 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER: La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, honorarios médicos específicamente asociados a la planificación y ejecución del tratamiento oncológico, estudios de imagenología para diagnóstico, quimioterapia, consultas médicas, cirugía reconstructiva, siempre que sea médicamente necesaria y esté directamente relacionada con el tratamiento del cáncer y medicamentos recetados.

5.2 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 póliza indicado en la Tabla de Beneficios.

5.3 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto cómo 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 USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza. 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 de USA Medical Services del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de USA Medical Services.

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.

5.4 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. 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.

5.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services.

5.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): La póliza 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 USA Medical Services, 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.

5.7 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.

5.8 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 USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

5.9 CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, LA COMPAÑIA pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, si el ASEGURADO recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.

LA COMPAÑIA pagará solo por una de las siguientes opciones:

1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
   - alojamiento en centro para pacientes terminales.
   - cuidados de enfermero(a) profesional calificado.
   - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal.
   - cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
   - cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio.
   - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal.
   - cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado.

   Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.

5.10 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.

5.11 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.

5.12 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.

5.13 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.

5.14 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL: 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.

5.15 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): La cobertura para prótesis capilar está sujeta a las siguientes condiciones:

(a) Cuando el asegurado esté llevando un tratamiento para el cáncer.
(b) La pérdida de cabello sea directa y exclusiva a consecuencia del tratamiento de cáncer.
(c) Debe ser pre-autorizado por la Aseguradora.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

6.1 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.

6.2 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 substancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.

6.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos (a excepción de aquellos exámenes que son realizados como parte del protocolo en las consultas ambulatorias), 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.

6.4 MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.

6.5 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.

6.6 CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier condición que no haya sido debidamente declarada al momento de la suscripción médica, cuando sea requerido para la inclusión. En el caso de grupos que deban diligenciar formularios de evaluación médica, los asegurados tendrán la obligación de declarar todo lo solicitado en dicho formulario, con base en ello, Bupa emitirá una condición de aprobación para cada asegurado, especificando si tienen cobertura o alguna limitación y/o exclusión sobre lo declarado.

6.7 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente 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).

6.8 TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, 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.

6.9 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.

6.10 DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

6.11 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.

6.12 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 póliza.

6.13 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.

6.14 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.

6.15 VIH/SIDA: Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.

6.16 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 USA Medical Services.

6.17 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

6.18 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 anticonceptivo sino más bien médicamente necesario para tratar una condición o diagnóstico médico.

6.19 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por USA Medical Services.

6.20 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 crio preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

6.21 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.

6.22 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 Beneficios.

6.23 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.

6.24 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, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.

6.25 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.

6.26 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.

6.27 TRATAMENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.

6.28 ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

6.29 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.

6.30 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.

6.31 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 USA Medical Services. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

6.32 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.

6.33 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 preventivos 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.

6.34 EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA: Esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades (voluntaria activa, voluntaria pasiva o suicidio asistido), incluso si en el país donde se encuentre el asegurado dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.

6.35 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): Estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

(a) No sean pre-autorizados por la aseguradora.

(b) Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

ADMINISTRACIÓN

GENERAL

7.1 CONTRATO: Bupa se compromete a proporcionar a los asegurados los beneficios descritos en el Contrato. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Contrato. El Contrato está gobernado por un acuerdo entre el Administrador de Grupo y Bupa, el cual cubre los términos y condiciones de la póliza. Esto significa que no hay un contrato legal entre el Asegurado y Bupa.

Bupa 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.

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 Bupa 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.

7.2 CONTRATO COMPLETO: La Guía para Asegurados junto con (i) los Términos y Condiciones, (ii) la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, (iii) el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo de todos los asegurados, (iv) el Suplemento Médico de todos los asegurados, (v) el Certificado Principal de Cobertura, (vi) los Certificados de Membresía, y (vii) cualquier anexo de cobertura adicional o enmienda (a los que se refiere en conjunto como el "Contrato"), constituyen el Contrato completo entre Bupa y el Administrador de Grupo. Ningún reglamento interno de las compañías o acuerdo oral tiene validez sobre el Contrato, a menos de que hayan sido incluidos como parte del Contrato antes de que el Contrato haya sido firmado. Una vez que el Contrato ha sido firmado, los únicos cambios que pueden hacerse al Contrato son los anexos de cobertura adicional, enmiendas o endosos que hayan sido acordados por ambas partes. Bupa puede cancelar, modificar o anular el Contrato si el Administrador de Grupo ha engañado o ha tratado de engañar a Bupa de cualquier forma, ya sea intencionalmente o por descuido.

7.3 TÉRMINO: El término del Contrato entre Bupa y el Administrador de Grupo es de un (1) año.

7.4 **ENMIENDAS:** Si el Certificado de Membresía ha sido emitido con una enmienda, dicha enmienda pasa a formar parte del Contrato. El Contrato completo incluye todas las enmiendas y anexos de cobertura adicional añadidos por Bupa.

7.5 **INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO:** En caso de surgir una disputa acerca de la interpretación del Contrato, la versión en inglés del mismo será concluyente y tendrá precedencia sobre cualquier otra versión en otro idioma. La versión en inglés del Contrato con el Administrador de Grupo prevalecerá y es el contrato controlador en caso de duda o disputa.

7.6 **ENTREGA DEL CONTRATO:** Este Contrato no puede ser entregado en los Estados Unidos de América.

7.7 **AUTORIDAD:** El Administrador de Grupo designado contará con el correspondiente nivel de autoridad para desempeñar las responsabilidades administrativas del grupo y pagar las primas. Si el Administrador de Grupo involucrara a una tercera parte para fungir como intermediario, el Administrador de Grupo será el único responsable por los actos u omisiones de dicha tercera parte. Ningún intermediario, agente o consultor tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios a la póliza en nombre de Bupa, 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 Administrador de Grupo y Bupa, y que el Contrato sea endosado por medio de una enmienda.

7.8 **DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO:** En Contrato puede ser devuelto a Bupa durante los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el Contrato será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.

7.9 **AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS SOLICITUDES:** El Contrato está basado en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, los Formularios de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y el Suplemento Médico, cuando corresponda, y el pago de la prima. Si alguna información en cualquiera de los documentos mencionados anteriormente está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, el Administrador de Grupo y/o el Asegurado Principal deberá proporcionar a Bupa una notificación por escrito con la información correcta. El no cumplir con este requisito podrá resultar en que el Contrato o el Certificado de Membresía sean rescindidos o cancelados, o que la cobertura sea modificada a la sola discreción de Bupa.

7.10 **OTROS DOCUMENTOS:** La Guía para Asegurados, los Términos y Condiciones, el Certificado de Membresía y la tarjeta de identificación ofrecen información sobre la cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio en los términos y condiciones acordados entre Bupa y el Administrador de Grupo. El Administrador de Grupo es responsable de informar a los Asegurados sobre cualquier cambio a los términos y condiciones que afecte la póliza. El 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.

7.11 **CONFIDENCIALIDAD:** La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de Bupa y sus compañías. Con este fin, Bupa 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, Bupa utiliza los servicios de terceras partes para procesar información en su nombre. Dicho proceso está sujeto a restricciones contractuales con respecto a la confidencialidad.

7.12 **CAMBIO DE OPCIÓN O PLAN:** En la fecha de aniversario del Contrato, el Administrador de Grupo puede solicitar un cambio de opción o plan (deducible) para el grupo completo. Si el cambio es aprobado, Bupa ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de opción o plan para un asegurado

individual no serán aprobados. Para Grupos Colectivos, durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción o plan o la opción o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el recién nacido estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior durante los diez (10) meses siguientes a la fecha de vigencia del cambio. Para Grupos Experiencia, los beneficios bajo la nueva opción o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio.

7.13 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO: Bupa se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir el Contrato o cualquier Certificado de Membresía si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que Bupa aprobara una inscripción cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, Bupa habría emitido el Certificado de Membresía con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar cobertura.

Bupa retiene el derecho de cancelar de manera anticipada o modificar una póliza o el Certificado en términos de tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, si el Asegurado cambia su país de residencia independientemente de los años que la póliza o el certificado haya estado en vigor y el plan no está disponible en el nuevo país de residencia.

Bupa se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el Contrato en base a la clase, tal como se define en este documento.

El Administrador de Grupo se reserva el derecho de cancelar el Contrato enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo.

7.14 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 Bupa 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.

7.15 REEMBOLSOS: Si el Contrato o un Certificado de Membresía es cancelado luego de ser emitido, rehabilitado o renovado, Bupa reembolsará la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días que el Contrato o el Certificado de Membresía estuvo en vigor.

7.16 INSOLVENCIA: La insolvencia, bancarrota, dificultad financiera, plan voluntario de pago a acreedores, o disolución del negocio del Administrador de Grupo no impondrá ninguna responsabilidad sobre Bupa que no haya sido específicamente determinada en el Contrato.

7.17 TÍTULOS: Los títulos en este documento han sido incluidos para referencia únicamente y no afectan su interpretación o construcción.

MEMBRESÍA

8.1 ELEGIBILIDAD: Bupa puede firmar un Contrato de seguro de grupo con compañías legalmente incorporadas. Las compañías legalmente incorporadas en los Estados Unidos de América y sus territorios no son elegibles, con la excepción de Puerto Rico, donde el Contrato puede emitirse solamente como cubierta de líneas excedentes. Los asegurados elegibles para cobertura incluyen a empleados vinculados con contrato de trabajo, u otro vínculo con el Asegurado Principal previamente conocido y aceptado por Bupa 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. No hay una edad máxima para renovación para asegurados cubiertos bajo el Contrato. El grupo asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) Asegurados Principales para ser elegible para renovación.

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, que sean solteros, que hayan sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta antes de cumplir 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 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 o se muda a otro país de residencia, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la póliza, 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.

8.2 **COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA:** Sujeto a las condiciones del Contrato entre Bupa y el Administrador de Grupo, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:

(a) La cobertura comienza en la fecha efectiva indicada en el Certificado de Membresía que Bupa le extiende al Asegurado por el período continuo de la póliza actual bajo Bupa Corporate Care, según el Contrato.

(b) El Administrador de Grupo puede cancelar una póliza, o la cobertura de cualquiera de los dependientes, en cualquier momento. Bupa no puede cancelar la póliza de manera retroactiva. El Administrador de Grupo es responsable por el pago de las primas hasta la fecha efectiva de la cancelación.

(c) Bupa puede cancelar una póliza:

i. Si termina el Contrato entre Bupa y el Administrador de Grupo.
ii. Si el Administrador de Grupo no renueva la póliza.
iii. Si el Administrador de Grupo no paga la prima de algún Asegurado o no efectúa cualquier otro pago adeudado según lo estipulado en el Contrato con Bupa.
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) Bupa puede cancelar o rescindir una póliza si existe evidencia de que el Asegurado ha engañado o tratado de engañar a Bupa. Esto incluye el proporcionar información falsa u ocultar información necesaria para Bupa, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a Bupa, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de Bupa al decidir:

i. Si un Asegurado puede unirse al grupo.
ii. La cantidad de la prima que el Administrador de Grupo debe pagar.
iii. Si Bupa debe pagar cualquier reclamación.

La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en la fecha de vencimiento del pago.

8.3 INSCRIPCIÓN INICIAL/ADICIÓN POSTERIOR: Si el Administrador de Grupo 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 póliza. Para solicitarlo, deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Asegurado y el Suplemento Médico (si corresponde), tal como se indica a continuación:

(a) Grupos Colectivos: Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y dependientes serán incluidos en el grupo (i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido de una maternidad cubierta será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto (solamente en Planes 1 y 2). Para añadir recién nacidos de una maternidad no cubierta, el Asegurado debe presentar un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, y dicha adición estará sujeta a evaluación de riesgo. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de la adición.

(b) Grupos Experiencia: Los Asegurados Principales y sus y dependientes serán incluidos sin evaluación de riesgo (i) a partir de la fecha efectiva de la inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto.

El Administrador de Grupo se compromete a inscribir a todos los Asegurados Principales elegibles a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del Contrato.

Bupa puede anular, a su discreción, la cobertura de un Asegurado Principal y sus dependientes si considera o sospecha que el Asegurado Principal o sus dependientes han engañado o tratado de engañar a Bupa. Bupa puede cancelar la cobertura de un Asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho Asegurado.

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

8.5 CAMBIOS A LA COBERTURA: Los términos y condiciones de la póliza pueden cambiarse en ciertas ocasiones a través del Contrato entre el Administrador de Grupo y Bupa.

8.6 CAMBIOS AL CERTIFICADO DE MEMBRESÍA: Bupa enviará un nuevo Certificado de Membresía a cada Asegurado si:

(a) Se añade a la póliza otro dependiente, como un hijo recién nacido o un cónyuge, con la aprobación del Administrador de Grupo.

(b) Bupa necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el Administrador de Grupo o cualquier cambio que Bupa 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.

8.7 CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si cambia la dirección o información de contacto de un Asegurado, el Asegurado deberá informar al Administrador del Grupo, quien informará a Bupa sobre el cambio.

8.8 DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL: En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas, una vez que los Asegurados a título individual dejen de formar parte de la póliza colectiva, podrán contratar un seguro individual disponible al momento de la conversión en el país de residencia indicados en la emisión de la póliza, si cumple las siguientes condiciones:

(a) La póliza colectiva debe seguir estando activa a la fecha que el Asegurado Titular opte por la conversión.

(b) Los Dependientes del Titular de la póliza tienen derecho a conversión siempre y cuando lo hagan como parte de la póliza del Asegurado Titular. Los Dependientes no pueden tener una póliza de conversión sin que el Asegurado Titular este asegurado.

(c) Aplica para Asegurados que han estado en la póliza Corporativa contratada con esta Aseguradora de manera continua por 24 meses o más.

(d) El plan individual a contratar debe ser de un deducible igual o mayor y beneficios igual o menor del que tenían con la póliza colectiva.

(e) El Asegurado titular deberá completar una Solicitud de Seguro de Salud Individual dentro de los treinta (30) días continuos posteriores a la fecha de terminación de su póliza colectiva.

(f) Todas las condiciones y/o exclusiones que hayan tenido en la cobertura grupal se mantendrán en la póliza individual que sea aprobada.

Los asegurados bajo un Grupo Colectivo que cumplan con las condiciones arriba listadas, podrán transferir su cobertura sin evaluación de riesgo.

Sin embargo, ni el Contrato ni la Guía para Asegurados 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 Bupa 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.

8.9 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 Bupa 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.

8.10 RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para los efectos de esta póliza, ‘’país de residencia’’ significa el país donde se encuentra el Asegurado y dependientes nombrados) físicamente residiendo al menos por ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante un período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Para tener derecho a la cobertura, el país de residencia del Asegurado (principal and dependientes nombrados) debe estar en Latinoamérica o el Caribe.

Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que el país de residencia sea sin importar el tipo de visa emitida al Asegurado o su estado migratorio. Como excepción, asegurados con visa de trabajo, estudio u otra estadía temporal dentro de los Estados Unidos pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones como se establece en la Sección 8.11 (‘’EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES’’), siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado permanezca fuera de los Estados Unidos o el Asegurado no reciba una tarjeta de residencia permanente (‘’Green Card’’).

La Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad, modificar la prima, cancelar o no renovar la póliza, en caso de que cualquier Asegurado (principal y dependientes nombrados) residan o estén físicamente presente en un país fuera de Latinoamérica o el Caribe u otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.

8.11 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA ESTUDIAR O TRABAJAR TEMPORALMENTE EN EL EXTRANJERO: Asegurados que por motivo de trabajo o estudios temporales deban permanecer en el extranjero por un periodo superior al estipulado en la Sección 8.10 (''RESIDENCIA EN EL PAÍS''), podrán solicitar una extensión de la cobertura en el extranjero hasta la vigencia anual de la póliza, renovable por una anualidad adicional a discreción de la Aseguradora, siempre que la residencia permanente del Asegurado se mantenga en el PAÍS DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO. Esta extensión de cobertura y sus condiciones serán aprobadas a discreción de la Aseguradora.

No obstante la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado si mantiene presencia o residencia en un país distinto al declarado en la solicitud de seguro. Un cambio de país de residencia en este caso podría resultar en cambios en la cobertura, el deducible o la prima según la zona geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

La extensión de la cobertura no aplicará si el Asegurado pierde su condición de estudiante o trabajador temporal y se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América o de cualquier otro país distinto DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o de su estatus migratorio.

RENOVACIÓN

9.1 RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL: La renovación de la póliza individual depende de que el Administrador de Grupo renueve el Contrato con Bupa. La renovación de la póliza individual de cada empleado está sujeta a la discreción del Administrador de Grupo.

9.2 PAGO DE LA PRIMA: El Administrador de Grupo es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la póliza de cada Asegurado Principal según el Contrato entre Bupa y el Administrador de Grupo.

PAGOS

10.1 FACTURAS: Bupa emitirá facturas por adelantado detallando la cantidad de la prima anual. Bupa también podrá emitir facturas o reembolsos para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el Administrador de Grupo. El Administrador de Grupo deberá pagar la prima a Bupa cada año a más tardar en la fecha de vencimiento del pago.

Cuando un Asegurado Principal se une al grupo después del inicio del período de cobertura, Bupa calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona, y el Administrador de Grupo deberá pagar a Bupa dicha cantidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de la factura.

Cuando un Asegurado Principal o un dependiente sale del grupo después del inicio del período de cobertura Bupa calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y reembolsará prontamente, cuando corresponda, cualquier cantidad en exceso que ya haya sido pagada a Bupa por el Administrador de Grupo con respecto al Asegurado Principal o dependiente.

Para los propósitos del Contrato, la prima a prorrata representa todas las cantidades pagadas con respecto al Asegurado para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho Asegurado estuvo inscrito en el grupo.

10.2 MODALIDAD DE LA PÓLIZA: Las primas deben pagarse anualmente, a menos que Bupa autorice otra modalidad de pago.

10.3 PAGO RETRASADO: El Administrador de Grupo es responsable por el pago a tiempo de la prima. El pago de la prima vence en la fecha de renovación del Contrato o en cualquier otra fecha autorizada por Bupa. Los avisos de renovación se envían como una cortesía, y Bupa no garantiza el envío de dichos avisos. Si el Administrador del Grupo no ha recibido el aviso de renovación treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento del pago, y no sabe cuál es la cantidad que debe pagarse, el Administrador del Grupo deberá contactar al Agente o a Bupa. El Administrador de Grupo debe cancelar la prima en un solo pago.

10.4 CAMBIOS EN LAS TARIFAS DE PRIMA: Bupa se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en la fecha de renovación. Cualquier ajuste será notificado al Administrador de Grupo por lo menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de dicho cambio. El Administrador de Grupo podrá terminar el Contrato a partir de la fecha efectiva del cambio propuesto si ambas partes no están de acuerdo con dicho cambio.

10.5 PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, Bupa concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por Bupa antes del final del período de gracia, el Contrato y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

10.6 CONDICIÓN DE RENOVACIÓN: Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Titular notifique de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la fecha de vencimiento del pago. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas.

10.7 REHABILITACIÓN: Si el Contrato no es renovado dentro del período de gracia, puede ser rehabilitado a más tardar treinta (30) días después de finalizado el período de gracia. El pago de las primas adeudadas rehabilitará la cobertura del grupo sin interrupción. No se autorizará ninguna rehabilitación después de que hayan transcurrido sesenta (60) días de la fecha efectiva del pago.

RECLAMACIONES

11.1 REQUISITO DE NOTIFICAR A BUPA Y PRE-AUTORIZAR: El Asegurado deberá obtener, por lo menos con setenta y dos (72) horas de antelación, la pre-autorización de USA Medical Services, en su calidad de administradora de reclamaciones de la Aseguradora, antes de recibir aquellos servicios que, de manera expresa, se identifiquen en la Tabla de Beneficios como sujetos a pre-autorización. 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 USA Medical Services 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 USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si Bupa o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión

quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, Bupa también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el asegurado y USA Medical Services. 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:** El Administrador de Grupo ha elegido un plan de deducible para los asegurados bajo el grupo. El deducible se encuentra en el Certificado de Membresía. Antes de que Bupa pague los beneficios, el Asegurado debe pagar una cantidad específica correspondiente a los cargos elegibles incurridos por cada Asegurado cada año póliza. Esta cantidad es el deducible. Si la familia del Asegurado está cubierta bajo la póliza, el deducible se aplica separadamente a cada Asegurado. Sin embargo, Bupa aplica un total máximo de dos deducibles por familia, por año póliza, 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 Bupa si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el deducible anual.

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. Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado.

En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplica el deducible durante la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

11.5 **PRUEBA DE RECLAMACIÓN:** El Asegurado solicitar su reembolso a través de mi Bupa en www.bupasalud.com, o enviar su solicitud a servicio@bupalatinamerica.com, incluyendo copia de las facturas detalladas, expedientes médicos y pruebas de pago 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. 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. 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. 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.

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 Bupa (actuando razonablemente) según la fecha de prestación del servicio. Adicionalmente, Bupa se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. Bupa tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa 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, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del Asegurado Principal. USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al Asegurado Principal.

Bupa 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, Bupa 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 póliza. Ni Bupa, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

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

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

Fuera del país de residencia, Bupa 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: Bupa 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 Bupa antes de llegar a una conclusión sobre la reclamación.

11.9 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El Asegurado debe proporcionar a Bupa todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite Bupa, y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que Bupa obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con Bupa, o el no autorizar el acceso de Bupa 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 Bupa sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el Asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de Bupa 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 Insurance Company, 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. En tal caso, el Asegurado y Bupa someterán sus diferencias a tres (3) árbitros: cada parte seleccionará un árbitro, y el tercer árbitro deberá ser seleccionado por los árbitros de las partes.

En caso de desacuerdo entre los tres árbitros, la decisión se tomará por mayoría. Tanto el Asegurado como Bupa podrán iniciar el procedimiento de arbitraje notificando a la otra parte por escrito, solicitando el arbitraje y nombrando a su árbitro. La otra parte contará con veinte (20) días a partir del recibo de dicha notificación para designar su árbitro. Los dos (2) árbitros designados por las partes elegirán al tercer árbitro dentro de los diez (10) días siguientes, y el arbitraje se llevará a cabo en el lugar establecido más adelante, a más tardar diez (10) días después del nombramiento del tercer árbitro. Si la parte que recibe la notificación no designa a su árbitro dentro de un plazo de veinte (20) días, la parte reclamante podrá designar al segundo árbitro, en cuyo caso la parte notificada no deberá considerarse perjudicada. El arbitraje se llevará a cabo en el Condado Miami-Dade, Florida, Estados Unidos de América, o en el país de residencia del Asegurado si así lo aprueba Bupa. El Asegurado y Bupa acuerdan que cada parte pagará sus propios gastos en relación con el arbitraje.

El Asegurado confiere jurisdicción exclusiva en el Condado Miami-Dade, Florida para determinar cualquier derecho bajo esta póliza. Para resolver cualquier disputa legal que surja directa o indirectamente de esta póliza, Bupa y el Asegurado cubierto bajo esta póliza acuerdan expresamente ir a juicio por juez solamente. Bupa y el Asegurado también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados, incluyendo los gastos incurridos en el arbitraje.

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 Bupa por escrito lo antes posible. Si ese es el caso, Bupa 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 Bupa, y

(b) Reclamar cualquier interés, si corresponde.

Si el Asegurado logra recuperar el costo de cualquier tratamiento por el cual Bupa haya pagado, el Asegurado debe reembolsar esa cantidad (y el interés correspondiente) a Bupa. Bupa 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, Bupa 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 póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

11.13 PAGOS DISCRECIONALES: Cualquier pago ex gratia se hace a discreción de Bupa. Si Bupa efectúa un pago al cual el Asegurado no tiene derecho bajo la póliza, dicho pago cuenta hacia el total máximo de los beneficios que Bupa pagará bajo la póliza. Bupa no tiene ninguna obligación de pagar tratamientos

que no están cubiertos bajo la póliza, aún en circunstancias en las cuales Bupa haya pagado una reclamación por un tratamiento similar o idéntico, incluyendo cualquier pago ex gratia.

11.14 **COASEGURO:** Por favor consulte su Tabla de Beneficios para saber si su plan/opción de cobertura contempla el pago de un Coaseguro en los Estados Unidos de América, con un tope máximo de US$10,000 por asegurado, por año de membresía.

11.15 **PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS:** La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del Asegurado, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnostico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el Asegurado no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza.

En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, La Aseguradora podrá, a su entera discreción: i. solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado); ii. reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura; iii. reducir el monto pagado por error de la prima no devengada; iv. levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.

DEFINICIONES

Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en este documento, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de la póliza.

ACCIDENTE: Cualquier evento repentino o imprevisto producido por una causa externa, del cual resulta una lesión.

ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del Asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una lesión corporal demostrable que requiere una hospitalización inmediata de veinticuatro (24) horas o más durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico Bupa después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

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

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, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

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

AÑO PÓLIZA: 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 Administrador de Grupo.

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

ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Asegurado 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 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 Bupa deberá pagar, según especificado en la Tabla de Beneficios.

BUPA: La compañía de seguros de salud que provee cobertura para los asegurados del Grupo. Bupa Insurance Company tiene su sede en el estado de la Florida, Estados Unidos de América.

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.

CLASE: Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

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.

CÓDIGO CPT "Current Procedural Terminology" (CPT) o en español, "Terminología Procedimental Actual": Es una lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

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 Bupa y la empresa u organización bajo la cual Bupa acepta cubrir a los asegurados como parte del grupo.

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.

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.

CUIDADOS PALIATIVOS: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para el manejo del dolor.

DEDUCIBLE: El importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Hay dos tipos de deducibles considerados dentro de la póliza, 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 Asegurado para Seguro de Salud de Grupo, y para quien se ha aprobado la

cobertura bajo la póliza. 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.

DEPORTE PROFESIONAL O POR COMPENSACIÓN: El deporte profesional o por compensación es una práctica deportiva voluntaria que realizan los deportistas, ya sea por cuenta propia o dentro de la organización o dirección de un club, liga, entidad deportiva o similar, mediante una relación establecida de carácter regular y recibiendo o con la intención de recibir a cambio, una retribución derivada de esta práctica deportiva en forma de salario, patrocinio u otro tipo de financiamiento o retribución, e incluyendo los respectivos entrenamientos aun cuando no se reciba compensación por ello.

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.

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.

DIÁLISIS: Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.

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 la respectiva Asegurada. La Asegurada correspondiente no puede ser una hija dependiente. Sólo los Planes 1 y 2 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.

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 añadido al Contrato entre Bupa y el Administrador de Grupo para aclarar, explicar o modificar la cobertura bajo la póliza.

EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

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

EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA: Acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.

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 PÓLIZA: La fecha indicada en el Certificado de Membresía en la cual comienza la cobertura bajo la póliza.

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

GASTOS ELEGIBLES: Se refiere a aquellos gastos incurridos por el asegurado y que serían cubiertos por la póliza siempre que así lo indique la Tabla de Beneficios, aun cuando dichos gastos sean aplicados al deducible.

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 USA Medical Services. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

(a) 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

(b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del asegurado, o

(c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o

(d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o

(e) Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con mecanismos de acción especiales diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

MEDICAMENTOS DE MARCA/DE CASA COMERCIAL: Son medicamentos que hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a prescripción médica. Esta cobertura incluye medicamentos genéricos y de marca debidamente autorizados, siempre que sean adquiridos en farmacias legalmente habilitadas y de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan contratado.

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.

NOTIFICACIÓN: El Asegurado tiene la obligación de comunicar una notificación a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir un tratamiento de emergencia. Esta notificación deberá realizarse dentro de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio de la necesidad del tratamiento. Un tercero podrá realizar la notificación en nombre del Asegurado si éste no pudiera hacerlo por sí mismo. Todas las notificaciones deben comunicarse a través de los canales de soporte aceptados, que se especifican en la tarjeta del seguro.

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

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año póliza, 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 póliza está en vigencia.

PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

PERÍODO DE ESPERA ESPECIFICO: Período de tiempo que comienza en la fecha efectiva de la póliza 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 póliza 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 póliza durante un período de doce (12) meses calendario continuos.

(c) Para los beneficios de Cirugía Bariátrica, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la membresía durante un período de veinticuatro (24) meses calendario continuos.

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

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).

PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.

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: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para atender a los asegurados de Bupa. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores está disponible en USA Medical Services 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 affidávit de relación de vida doméstica requerido.

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 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 semi-privadas 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.

SUSCRIPCIÓN MÉDICA: Proceso interno en que la aseguradora evalúa el riesgo asociado a la salud del solicitante. Este proceso incluye la revisión de la información médica, historial de salud, perfil demográfico, el estilo de vida y otros factores que puedan estar relacionados con las necesidades médicas actuales y/o futuras de los miembros, siendo de manera enunciativa y no limitativa del siguiente análisis: limitación y/o exclusión de coberturas generales y/o particulares de la póliza, y/o rechazar la petición de la cobertura general del solicitante.

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 EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

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

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

18001 Old Cutler Road, Suite 500
Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 398 8266
Fax +1 (305) 398 7333
www.bupasalud.com
corporatecare@bupalatinamerica.com

BIC-TC-CC-V27.01