# BUPA INSURANCE COMPANY
## Tabla de Beneficios
## Bupa Corporate Care – Opción 1

### NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios y las Condiciones Generales de la Póliza contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los Asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo. El Certificado Individual indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el Administrador de Grupo. Si necesita más información o ayuda, puede comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo.
- La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los asegurados. Los detalles completos se encuentran en los Términos y Condiciones de la póliza. La Aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo al contrato firmado con el Administrador de Grupo.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por asegurado, por año póliza, a menos que se especifique lo contrario.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la póliza.
- Los asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.
- 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.
- El Asegurado es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares estadounidenses (US$5,000) por año póliza, y diez mil dólares estadounidenses (US$10,000) por familia, de gastos aprobados para servicios ambulatorias, después de satisfacer el deducible.
- 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

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

| Beneficios y limitaciones por hospitalización | Cobertura |
|---|---|
| Servicios hospitalarios | 100% |
| Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar):<br>○ Dentro de la red de hospitales de Bupa<br>○ En otros hospitales, máx. por día | <br>100%<br>US$1,000 |
| Unidad de cuidados intensivos:<br>○ Dentro de la red de hospitales de Bupa<br>○ En otros hospitales, máx. por día | <br>100%<br>US$3,000 |
| Honorarios médicos y de enfermería | 100% |

| | |
|---|---|
| Cama para acompañante de menor de 18 años hospitalizado, por día | US$300 |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización | 100% |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia) | 100% |

| Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio | Cobertura |
|---|---|
| Cirugía ambulatoria<br>○ Requiere pre-autorización | 100% |
| Visitas a médicos y especialistas<br>○ Aplica un coaseguro del 20% | 100% (*) |
| Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria | US$10,000 |
| Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria<br>○ Aplica un coaseguro del 20% | US$5,000 (*) |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia)<br>○ Aplica un coaseguro del 20% | 100% (*) |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (máx. 30 días)<br>○ Aplica un coaseguro del 20%<br>○ Requiere pre-autorización | 100% (*) |
| Atención médica en el hogar (máx. 30 días)<br>○ Aplica un coaseguro del 20%<br>○ Requiere pre-autorización | 100% (*) |
| Reconocimiento médico de rutina<br>○ No aplica deducible | US$300 |
| Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza | 100% |
| Vacunas (médicamente requeridas)<br>○ No aplica deducible<br>○ Aplica un coaseguro del 20% | US$300 (*) |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.<br>○ Sujeto a un copago de US$50<br>○ No aplica deducible | 100% |

**(*) Aplica un coaseguro del 20% con un máximo de US$5,000 por asegurado por año póliza**

| Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo planes 0/1000 y 500/2000) | Cobertura |
|---|---|
| Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máx. por embarazo)<br>Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo)<br>○ Incluye tratamiento pre- y post-natal, las vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable<br>○ Período de espera de 10 meses<br>○ No aplica deducible | US$8,000 |
| Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida) | US$150,000 |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto)<br>○ No aplica deducible | US$10,000 |

| Beneficios y limitaciones por evacuación médica | Cobertura |
|---|---|
| Evacuación médica de emergencia:<br>○ Ambulancia aérea (máx. por incidente). No aplica deducible<br>○ Ambulancia terrestre local (máx. por incidente). No aplica deducible<br>○ Ambulancia terrestre internacional (máx. por incidente). No aplica deducible<br>○ Viaje de regreso<br>○ Repatriación de restos mortales<br>Estos servicios requieren ser pre-autorizados y coordinados por USA Medical Services. | <br>US$50,000<br>100%<br>US$1,000<br>100%<br>US$5,000 |

| Otros beneficios y limitaciones | Cobertura |
|---|---|
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea) | 100% |

| | |
|---|---|
| ○ Requiere pre-autorización | |
| Insuficiencia renal terminal (diálisis)<br>○ Requiere pre-autorización | 100% |
| Procedimientos de trasplante (máx. por diagnóstico, de por vida)<br>○ Requiere pre-autorización | US$500,000 |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias (máx. de por vida)<br>○ Requiere pre-autorización | US$300,000 |
| Tratamientos especiales, prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados.<br>○ Requiere pre-autorización | 100% |
| Tratamiento en sala de emergencia relacionado con enfermedad o accidente grave | 100% |
| Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente) | 100% |
| Residencia y cuidados paliativos<br>○ Requiere pre-autorización | 100% |
| VIH/SIDA (máx. de por vida, período de espera de 12 meses) | US$50,000 |
| Extensión de cobertura para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal | 1 año |

| **Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente)** | **Cobertura** |
|---|---|
| Anexo para el Cuidado Dental (no aplica deducible)<br>○ Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía<br>○ Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida | US$1,500 (*)<br>US$1,500 (*) |
| Anexo para el Cuidado de la Vista (no aplica deducible)<br>○ Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto | US$200 |

(*) Aplica un coaseguro del 20%