BUPA INSURANCE COMPANY
Tabla de Beneficios
Bupa Corporate Care – Opción 2

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.
- Los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores.
- Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos.
- 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.
- 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.
- 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.

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

Beneficios y limitaciones por hospitalización	**Cobertura**
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar): ○ Dentro de la red de hospitales de Bupa ○ En otros hospitales, máx. por día	 100% US$1,000
Cama para acompañante de menor de 18 años hospitalizado, por día	US$300

Unidad de cuidados intensivos: ○ Dentro de la red de hospitales de Bupa ○ En otros hospitales, máx. por día	 100% US$3,000
Honorarios médicos y de enfermería	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Cirugía Bariátrica, período de espera de 24 meses, debe ser pre-aprobada	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%
Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza hasta 90 visitas de por vida (vitalicio) ○ Requiere pre-autorización	100%

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Cirugía ambulatoria ○ Requiere pre-autorización	100%
○ Visitas a médicos y especialistas	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 ○ Aplica un coaseguro del 20%	US$10,000 (*)
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)	100%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (máx. 30 días) ○ Requiere pre-autorización	100%
Atención médica en el hogar (máx. 30 días) ○ Requiere pre-autorización	100%
Reconocimiento médico de rutina ○ No aplica deducible	US$600
Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza	100%
Vacunas (médicamente requeridas) ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20%	US$300
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. ○ Sujeto a un copago de US$50 ○ No aplica deducible	100%

(*) Aplica un Coaseguro del 20%

Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo planes 0/1000 y 500/2000)	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máx. por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo) ○ Incluye tratamiento pre- y post-natal, las vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable ○ Período de espera de 10 meses ○ No aplica deducible	US$8,000
Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida)	US$400,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) ○ No aplica deducible	US$10,000

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: ○ Ambulancia aérea (máx. por incidente, no aplica deducible) ○ Ambulancia terrestre local (máx. por incidente, no aplica deducible) ○ Ambulancia terrestre internacional (máx. por incidente, no aplica deducible) ○ Viaje de regreso ○ Repatriación de restos mortales	 US$100,000 100% US$1,000 100% US$5,000

Estos servicios requieren ser pre-autorizados y coordinados por USA Medical Services.	

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea) ○ Requiere pre-autorización	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis) ○ Requiere pre-autorización	100%
Procedimientos de trasplante (máx. por diagnóstico, de por vida) ○ Requiere pre-autorización	US$1,000,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias ○ Diagnosticadas antes de los 18 años (máx. de por vida) ○ Diagnosticadas después de los 18 años (máx. de por vida) Requiere pre-autorización	US$500,000 100%
Tratamientos especiales, prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados. ○ 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 ○ Requiere pre-autorización	100%
VIH/SIDA (máx. de por vida, período de espera de 12 meses)	US$500,000
Autismo ○ Requiere pre-autorización	US$20,000
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) ○ Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía ○ Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida	US$1,500 (*) US$1,500 (*)
Anexo para el Cuidado de la Vista (no aplica deducible) ○ Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto	US$200

(*) Aplica un Coaseguro del 20%