

%Buname%**Tabla de Beneficios de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Bupa Complete**

Información general	Sí	No
Beneficios en los Estados Unidos de América y en el resto del mundo están sujetos a la Red de Proveedores.		X
Cobertura requiere notificación.		X
Todos los beneficios están cubiertos según las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables.	X	
Cobertura dentro de la Red de Proveedores.	X	
Cobertura fuera de la Red de Proveedores.	X	
Cobertura máxima por Asegurado, por Año Póliza	US\$7,000,000	
Beneficios por hospitalización	Cobertura	
Servicios hospitalarios: Habitación y alimentación (privada/semiprivada estándar) <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la Red de Proveedores Fuera de la Red de Proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> 100% US\$1,000 por día 	
Servicios hospitalarios: Unidad de cuidados intensivos <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la Red de Proveedores Fuera de la Red de Proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> 100% US\$3,000 por día 	
Honorarios médicos y de enfermería	100%	
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día (no incluye alimentación)	US\$300	
Beneficios por tratamiento ambulatorio	Cobertura	
Cirugía ambulatoria	100%	
Visitas a médicos y especialistas	100%	
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> US\$2,000 100% 	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (requieren pre-aprobación)	100%	
Atención médica en el hogar (requiere pre-aprobación)	100%	
Reconocimiento médico de rutina <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible 	US\$300	
Vacunas (medicamente requeridas) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible Sujeto a 20% de coaseguro 	US\$1,600	
Centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en EE. UU. <ul style="list-style-type: none"> Sujeto a un copago de US\$50 No aplica deducible 	100%	
Beneficios por maternidad (Opciones de deducible 2 y 3)	Cobertura	
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> Incluye parto normal, parto por cesárea, tratamiento pre- y postnatal, vitaminas requeridas durante el embarazo Período de espera de 10 meses No aplica deducible 	US\$7,500	
Cuidado del bebé saludable (nacido de un embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> Máximo 2 visitas durante los primeros 12 meses de vida Máximo US\$50 para vacunas 	Incluido bajo el beneficio de embarazo,	

<ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible 	maternidad y parto
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible 	US\$1,000
Complicaciones del embarazo, maternidad y parto <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses No aplica deducible 	US\$1,000,000
Cobertura provisional del recién nacido (máximo de 90 días después del parto de un embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible 	US\$30,000

Beneficios por transportación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea (requiere pre-aprobación) Ambulancia terrestre Viaje de regreso (requiere pre-aprobación) Repatriación de restos mortales (requiere pre-aprobación) 	<ul style="list-style-type: none"> US\$125,000 100% 100% 100%

Otros beneficios	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (máximo por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> Costos de obtención, transporte y extracción de órganos, y preparación del donante (incluido en el total) 	US\$1,500,000 <ul style="list-style-type: none"> US\$50,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida) Diagnosticadas a los 18 años de edad o después 	<ul style="list-style-type: none"> US\$1,000,000 100%
Prótesis (máximo de por vida US\$120,000)	US\$30,000
Tratamientos especiales (implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100%
Sala de emergencias (con o sin hospitalización)	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Cuidados paliativos para pacientes terminales	100%
Terapeuta complementario (máximo 20 sesiones)	100%
Tratamiento de la mandíbula	100%
Actividades o deportes peligrosos <ul style="list-style-type: none"> Cubre profesionales o quienes reciben pago: 	100% <ul style="list-style-type: none"> Sí
VIH/SIDA (solamente como resultado de un accidente relacionado con el trabajo o por transfusión de sangre)	100%
Extensión de cobertura para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Principal	2 años

Beneficio de segunda opinión quirúrgica
Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora.

OPCIÓN ADICIONAL CON LA COMPRA DEL ANEXO (no incluida automáticamente)

Beneficios para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de Cobertura Para Complicaciones Perinatales y del Embarazo (máximo por anexo) <ul style="list-style-type: none"> En Planes 1, 2 y 3, no aplica Deducible En Planes 4, 5 y 6, aplica Deducible La fecha estimada de parto debe ser por lo menos diez meses calendario después de la fecha de inicio del anexo Para complicaciones no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias 	US\$500,000

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 022-2021 del siete de enero de 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.