



GUÍA PARA ASEGURADOS

BUPA CARE

BOLIVIA

CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	2
Bienvenido a Bupa.....	3
USA Medical Services.....	4
¡En línea para hacer su vida más fácil!.....	5
Opciones de cobertura	6
Opciones de deducible.....	7
ACUERDO.....	8
BENEFICIOS.....	10
Condiciones generales de la póliza	14
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	18
ADMINISTRACIÓN.....	22
DEFINICIONES.....	30
SUPLEMENTO.....	38
El proceso de reclamación	38
La notificación antes del tratamiento.....	40
Cómo solicitar un reembolso	42

EXPERIENCIA EN SALUD, DURANTE TODA LA VIDA

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. es parte del grupo Bupa, una reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios a los residentes de Latinoamérica y el Caribe. Bupa se inició en 1947 como una mutual de seguros en el Reino Unido con tan sólo 38,000 asegurados. Hoy día, Bupa vela por la salud y el bienestar de millones de personas alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 70 años, Bupa ha mantenido una constante solidez financiera y continúa fortaleciendo sus credenciales como líder en el cuidado de la salud. Bupa no tiene accionistas, lo cual le permite reinvertir todas las ganancias para optimizar sus productos y mejor los servicios que la empresa y sus proveedores brindan.

La confianza en el personal y los servicios médicos que brindamos es esencial. El compromiso con nuestros asegurados durante más de medio siglo es testimonio de nuestra capacidad para velar por su salud como su patrimonio más importante.

NUESTRO OBJETIVO

El objetivo de Bupa es ayudar a que las personas disfruten de vidas más duraderas, saludables y felices. Cumplimos esta promesa al proteger a nuestros asegurados, proporcionándoles una amplia variedad de servicios personalizados, así como cuidando de su salud durante toda su vida. Como su aliado en la salud, le ayudamos a tomar decisiones médicas informadas. Creemos que las medidas preventivas pueden tener un impacto positivo en su salud.

NUESTRO PERSONAL

La experiencia de nuestro personal es esencial para ofrecer atención de salud de la mejor calidad. Bupa emplea a más de 84,000 personas en todo el mundo, quienes brindan experiencia, atención y servicio de calidad. Nos distinguimos como una de las mejores empresas para trabajar, ya que alentamos a nuestro personal a que exprese sus opiniones sobre su experiencia laboral.

BIENVENIDO A BUPA

Gracias por elegir este producto de la suite Bupa Care, ofrecido por Bupa Insurance Bolivia, S.A., parte del grupo Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía para asegurados contiene las Condiciones Generales, así como otra información importante acerca de las condiciones de su póliza, sus beneficios, qué debe hacer si necesita usar su cobertura y cómo contactarnos. Por favor revise su certificado de cobertura y otros documentos de póliza, los cuales contienen el deducible que ha elegido, y cualquier exclusión y/o enmienda a su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse con la Línea de Ayuda al Cliente de Bupa.

¿ALGUNA PREGUNTA?

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible de 8:00 A.M. a 6:30 P.M. para ayudarle con:

- Cualquier duda relacionada con su membresía
- Preguntas sobre su cobertura
- Cambios a su cobertura
- Actualización de sus datos personales

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta www.bupasalud.com/MiBupa

Tel: + (591) 3 3424264

EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services al:

Tel: +1 (305) 275 1500

Fax: +1 (305) 275 1518

www.bupasalud.com/MiBupa

DIRECCIÓN POSTAL

Av. Beni, Calle Guapomo
No. 2005, Edificio Spazio
Oficina 201 - 203
Santa Cruz, Bolivia

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los asegurados de Bupa apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarle a coordinar su hospitalización de la manera más fácil, y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

CUANDO OCURRE LO PEOR, ESTAMOS A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de una evacuación médica de emergencia, USA Medical Services proporciona aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Cuando cada segundo de su vida cuenta...cuente con USA Medical Services.

DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO

En los EE.UU.: +1 (305) 275-1500

Sin cobro desde los EE.UU.: +1 (800) 726-1203

Fax: +1 (305) 275-1518

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra

opción de Consulta:

www.bupasalud.com/MiBupa

Fuera de los EE.UU.:

El número de teléfono se encuentra
en su tarjeta de seguro o en
www.bupalatinamerica.com

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

Ingresa a www.bupasalud.com, busque la sección “Mi Bupa” y siga los pasos de registro con su correo electrónico, para que administre su póliza desde la comodidad de su casa u oficina, y disfrute de todos nuestros servicios en línea:

- Acceso a los documentos de su póliza y tarjetas de seguro
- Realizar los pagos de su póliza
- Solicitar cambios de su póliza
- Solicitar reembolsos, y ver el estatus de sus reclamos
- Enviar consultas al área de servicio al cliente
- Solicitar pre-autorizaciones
- Servicios de Virtual Care (Telemedicina)

CLIENTE VIRTUAL

Nuestro servicio Cliente Virtual ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas y tener que archivar sus documentos de seguro. Una vez haya ingresado a los Servicios en Línea, elija Mis Preferencias bajo Mi Perfil, y seleccione la opción para recibir sus documentos por vía electrónica. Usted es responsable de revisar todos sus documentos y correspondencia por este método.

BUPA SE INTERESA POR EL MEDIO AMBIENTE

En Bupa creemos que promover comunidades prósperas y un planeta saludable es esencial para el bienestar de todos. Velamos por la salud de quienes confían en nosotros teniendo en cuenta un impacto positivo en la sociedad y el medio ambiente.

Bupa participa en iniciativas de responsabilidad ambiental para asegurar que nuestros empleados, productos y servicios contribuyan a establecer una sociedad más saludable. Tomamos muy en serio nuestro impacto ambiental, estableciendo políticas ecológicas que benefician el planeta y a las personas en nuestros centros de trabajo. Estamos comprometidos en mejorar la calidad de vida de nuestros clientes y personal así como la de las comunidades que se encuentran necesitadas.

Aunque nos encontramos en una etapa temprana de nuestra campaña ambiental, estamos comprometidos a contribuir positivamente a largo plazo, y estamos tomando las medidas necesarias para reducir nuestra huella ecológica.

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Bupa Care ofrece amplia cobertura dentro o fuera de una red de proveedores según su plan. Consulte su certificado de cobertura para determinar si su póliza ofrece cobertura libre de elección o dentro de una red de proveedores, y si su plan ofrece cobertura mundial o solamente en Latinoamérica. Si necesita información sobre su red de proveedores, visite www.bupasalud.com, o comuníquese con nosotros. Sin embargo, ni la aseguradora, 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 ADICIONAL OPCIONAL

Bupa ofrece dos anexos de cobertura adicional disponibles exclusivamente en algunos de los productos de la suite Bupa Care, y pueden adquirirse junto con la póliza correspondiente o al momento de la renovación. Los beneficios proporcionados bajo los anexos de cobertura de dichas pólizas están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de su póliza en particular. Por favor consulte su Tabla de Beneficios para saber si estos anexos están disponibles bajo su plan.

- Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante: Este anexo ofrece US\$500,000 de cobertura opcional disponible para trasplantes de órganos, tejido o células, por asegurado, por diagnóstico, de por vida. Se aplica un período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo. Los beneficios bajo el anexo comienzan una vez que la necesidad de cada trasplante ha sido determinada por un médico, certificada por una segunda opinión médica, y aprobada por USA Medical Services.
- Anexo de Cobertura Adicional para Complicaciones Perinatales y del Embarazo: Este anexo ofrece cobertura opcional de US\$500,000 de por vida para complicaciones de embarazo, el parto, y complicaciones perinatales como prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, insuficiencia respiratoria y traumatismos del nacimiento, que no estén relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias. Se aplica un período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo. Una vez emitido, el anexo es renovable anualmente en la fecha de aniversario de la póliza, siempre y cuando se pague la prima adicional requerida para el anexo.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles.

Deducible (US\$)						
Plan	1 ^(*)	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	0	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000
Máximo por póliza	2,000	4,000	6,000	10,000	20,000	40,000

(*) A partir del 1 de enero de 2013, el Plan 1 de deducible (US\$0/US\$1,000) solamente estará disponible para renovaciones.

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo de dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

ACUERDO

1. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

(VÁLIDAS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2021)

CÓDIGO: 201-9347102-2021 01 026

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA: APS/DS/N°006/2021

1.1 BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.: (de ahora en adelante denominada la “Aseguradora”) se compromete a pagar a usted (de ahora en adelante denominado el “Asegurado principal”) los beneficios estipulados en esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza.

1.2 DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA: Si el Asegurado principal encuentra que la póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, puede pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días siguientes a la recepción de la póliza. Se consideran aceptadas las estipulaciones de ésta si durante dicho plazo no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince (15) días siguientes al de la reclamación la Aseguradora no da curso a la rectificación solicitada o mantiene silencio, se entiende aceptada en los términos de la modificación.

1.3 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD: Esta póliza es emitida en base a la solicitud de seguro de salud y al pago de la prima. El Asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente los hechos y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca. La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado sobre los hechos y circunstancias que conocidos por el Asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro. La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del Asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho al Asegurador a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado del riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

1.4 ELEGIBILIDAD: Esta póliza sólo puede ser emitida a residentes de Bolivia con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo esta póliza. Esta póliza no está disponible para ni puede ser emitida a personas que residen permanentemente en los Estados Unidos de América. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado principal se mantenga En el Estado Plurinacional de Bolivia. Sin perjuicio

de lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado principal en caso de cambio de país de residencia o de nacionalidad. Por favor comuníquese con Bupa o con su agente o corredor de seguros para obtener más información relacionada con su caso en particular.

Los dependientes elegibles bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado principal, hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, menores de edad para quienes el Asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente y nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado principal hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros en el momento que la póliza es emitida o renovada. 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.

La cobertura para hijos o hijas dependientes con hijos terminará bajo la póliza de sus padres en la fecha de aniversario de la póliza luego de que el hijo o hija dependiente haya cumplido los dieciocho (18) años de edad, y deberán obtener cobertura para sí mismos y sus hijos bajo su propia póliza.

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, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza o de la siguiente renovación, 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.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Aseguradora y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior. La solicitud de seguro de salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

1.5 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA: Según lo indicado en su Tabla de Beneficios puede ser necesario que el Asegurado notifique a la Aseguradora o a USA Medical Services, la administradora de reclamaciones de 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. En caso de accidente, es obligación del Asegurado notificar a la Aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

Si la Tabla de Beneficios indica que la pre-autorización es obligatoria, y el Asegurado no se comunica con la Aseguradora o con USA Medical Services como se requiere, 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 de su plan. Además, en caso de accidente serio, no corresponderá la eliminación del deducible si el Asegurado no notifica como se establece previamente.

Si la Tabla de Beneficios indica que es recomendable notificar, pero el Asegurado no se comunica con la Aseguradora o con USA Medical Services antes de su tratamiento, la Aseguradora no podrá hacer el pago directo al proveedor. La Aseguradora reembolsará al Asegurado principal la cantidad correspondiente al precio usual, acostumbrado y razonable para la región geográfica.

La Aseguradora puede liberarse de sus obligaciones cuando el Asegurado omita dar el aviso con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del reclamo.

BENEFICIOS

2. BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

CÓDIGO APS NO.: 201-9347102-2021 01 026 1001

- 2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria. Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar su cobertura.

Si su producto está sujeto a una red de proveedores, los servicios hospitalarios por emergencia fuera de dicha red están cubiertos como se estipula en el 6.4.

- 2.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA:** Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesiastas, 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) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.

- 2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios.

- 2.4 RED DE PROVEEDORES:** Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto está sujeto a una red de proveedores. En caso de estar sujeto a una red de proveedores, no se proporciona cobertura fuera de la red de proveedores, excepto para emergencias, como se indica en el 6.4.

La lista de hospitales y médicos 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.

- (a) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.
- (b) 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.

- 2.5 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 veinticuatro (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.

2.6 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD 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.

2.7 SALUD MENTAL EN HOSPITALIZACIÓN: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto 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.

3. BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO AMBULATORIO CÓDIGO APS NO.: 201-9347102-2021 01 026 1002

3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

3.2 SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: 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, así como aquellos medicamentos recetados para tratamiento ambulatorio o que no requiera hospitalización, relacionados a una condición médica cubierta por esta póliza, están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado. El total de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la Aseguradora pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación están cubiertas como se indica en su Tabla de Beneficios y deberán ser aprobadas con anticipación. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días u horas.

3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: La atención médica en el hogar está cubierta como se indica en su Tabla de Beneficios y deberá ser aprobada con anticipación. Es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento para obtener cada aprobación.

3.6 RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE RUTINA: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico.

3.7 VACUNAS: Consulte su Tabla de Beneficios para verificar si su producto ofrece esta cobertura. 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), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

3.8 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.

4. BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

CÓDIGO APS NO.: 201-9347102-2021 01 026 1003

4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO (Solo Planes 1, 2 y 3):

- (a) El beneficio máximo por cada embarazo cubierto está indicado en su Tabla de Beneficios.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre) parto normal, las vitaminas requeridas durante el embarazo, y parto por cesárea están incluidos bajo este beneficio. Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si el cuidado del recién nacido saludable está incluido bajo este beneficio u otro separado.
- (c) Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha estimada de parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada.
- (d) Además de lo anterior, las siguientes condiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y el parto aplican a los hijos e hijas dependientes y sus hijos. En la fecha de aniversario después de que el hijo o hija dependiente cumpla los dieciocho (18) años de edad, él o ella deberá obtener cobertura para sí mismo(a) y su hijo(a) bajo su propia póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo(a). El o ella deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior.
- (e) Para ser elegible para recibir cobertura por embarazo, maternidad y parto, la hija dependiente asegurada de dieciocho (18) años o más deberá presentar notificación del embarazo por escrito. Dicha notificación deberá ser recibida antes de la fecha del parto, y será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o mayor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de espera de diez (10) meses calendario para la póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la póliza de sus padres.

4.2 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 de vida después del parto, como se indica en su Tabla de Beneficios.

Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:

- i. Adición automática: Para incluir al recién nacido en la póliza de los padres sin evaluación de riesgo, la póliza de los padres debe haber estado vigente durante por lo menos diez (10) meses calendario consecutivos. Para incluir al recién nacido, se deberá presentar dentro de los noventa (90) días después del parto copia del certificado de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento del recién nacido. Si no se recibe el certificado de nacimiento dentro de los noventa (90) días después del parto, deberá llenarse una Solicitud de Seguro de Salud Individual para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La prima correspondiente a la adición debe pagarse al momento de la notificación del nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente entrará entonces en vigor a partir de la fecha del nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.
- ii. Adición no-automática: La adición de hijos 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 hijo en la póliza de sus padres, se deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y presentarse junto con el certificado de nacimiento y el pago de la prima correspondiente a la adición.

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 una Solicitud de Seguro de Salud Individual y copia del certificado de nacimiento, y la adición estará sujeta a los procedimientos estándares de evaluación de riesgo.

- (c) Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece una cobertura separada para el cuidado del recién nacido saludable.

4.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO (Solo Planes 1, 2 y 3):

Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece esta cobertura como parte del beneficio de embarazo, maternidad y parto, o como un beneficio separado. Si su producto ofrece un beneficio separado, las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

- (a) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones en el 4.1 y 4.2.
- (b) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo su 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 en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante los diez (10) meses calendario del período de espera para el beneficio de maternidad.
- (c) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.
- (d) Para propósitos de su póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.
- (e) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo los límites de su póliza.

Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su plan ofrece la opción de adquirir la Cláusula de Cobertura Adicional para Complicaciones Perinatales y del Embarazo. Sin embargo, esta cláusula adicional no está disponible para hijas dependientes.

4.4 ALMACENAMIENTO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL (Solo planes 1, 2 y 3):

Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. La cobertura para el almacenamiento de sangre de cordón umbilical está limitada como se indica en su Tabla de Beneficios.

5. BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

CÓDIGO APS NO.: 201-9347102-2021 01 026 1004

5.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) está cubierto como se indica en su Tabla de Beneficios solamente 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.

Transporte por ambulancia aérea:

- (a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por USA Medical Services.
- (b) El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora o con 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. 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.

5.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido como se indica en su Tabla de Beneficios, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta 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.**6. OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES**

CÓDIGO APS NO.: 201-9347102-2021 01 026 1005

6.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: Las condiciones congénitas y/o hereditarias están cubiertas como se indica en su Tabla de Beneficios. El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.**6.2 BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES:** Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales como se indica en su Tabla de Beneficios. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o

brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por USA Medical Services.

6.3 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilaado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. Para información sobre la cobertura de brazos y piernas artificiales, por favor vea el 6.2.

6.4 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): Su póliza cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de la red de proveedores cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, tal como se indica en el 1.5. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red de proveedores relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

6.5 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Se proporciona cobertura para los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los treinta (30) días siguientes al accidente.

6.6 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por USA Medical Services.

6.7 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.).

6.8 CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:
 - i. Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la Aseguradora. Las mismas se detallan en sus documentos de póliza al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y póliza contratada.

- (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

6.9 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su póliza incluye esta cobertura. Este beneficio comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical Services. Los trasplantes de médula ósea derivados de un diagnóstico de cáncer serán cubiertos bajo el beneficio de cáncer, si así se especifica en su Tabla de Beneficios. 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.
- (d) Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales.
- (e) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- (f) 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.
- (g) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (h) 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.

Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su póliza ofrece la opción de adquirir la Cláusula de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante.

6.10 TERAPEUTA COMPLEMENTARIO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura.

6.11 ESPECIALISTA EN DIETÉTICA: Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su póliza ofrece esta cobertura. Las consultas con un especialista en dietética deben ser recetadas por un médico, y la solicitud de reembolso debe incluir una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

6.12 VIH/SIDA: Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su póliza ofrece esta cobertura. Las enfermedades relacionadas con el SIDA o anticuerpos VIH (VIH positivo) estarán cubiertas si se comprueba que fueron causadas por una transfusión de sangre recibida después de la fecha efectiva de esta póliza. El virus del VIH también estará cubierto si se comprueba que fue contraído como resultado de un accidente

ocurrido durante el curso normal de la ocupación del Asegurado, incluyendo las siguientes profesiones: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, ayudantes médicos o dentales, personal de ambulancias, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los catorce (14) días siguientes a dicho accidente, y al mismo tiempo proporcionar el resultado negativo de un examen de anticuerpos de VIH con fecha previa al accidente.

6.13 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.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, excepto cuando la cobertura esté especificada en su Tabla de Beneficios:

7.1 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 asistencial, o
- (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.

7.2 LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier

cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio Asegurado o un tercero a solicitud del Asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del Asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

7.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, 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.

- 7.4 MEDICINA ALTERNATIVA:** Tratamiento quiropráctico, tratamiento naturopático u homeopático, medicamentos naturopáticos u homeopáticos, acupuntura y cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.5 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días desde la fecha efectiva de la póliza.
- 7.6 CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO:** Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc).
- 7.7 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza.
- 7.8 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).
- 7.9 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, o que han sido puestos bajo la dirección de una autoridad gubernamental.
- 7.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA:** Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico de un Asegurado hospitalizado, a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.11 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.
- 7.12 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.
- 7.13 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO:** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o cuando el primer gasto ocurre después de treinta (30) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 7.14 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.
- 7.15 VIH/SIDA:** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo y enfermedades relacionadas con el SIDA, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.16 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 la Aseguradora.

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

7.18 MEDICAMENTOS SIN RECETA: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como tampoco lo siguiente:

- (a) Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
- (b) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.
- (c) Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.
- (d) Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.
- (e) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
- (f) Medicamentos administrados en el mismo momento y lugar donde se prescribió la receta médica.
- (g) Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos.
- (h) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta.
- (i) Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.
- (j) Supositorios de progesterona.
- (k) Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésta sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.19 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.

7.20 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre u otro tipo de tejido o célula, excepto sangre de cordón umbilical cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios. 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 criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

7.21 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.

7.22 EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.23 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios. Los gastos asociados con cirugía bariátrica están cubiertos tal como se indica en su Tabla de Beneficios, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos.

- 7.24 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.
- 7.25 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 y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.
- 7.26 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.
- 7.27 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.
- 7.28 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA:** Todo tratamiento a una madre o un recién nacido que sea relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad.
- 7.29 ABORTO:** La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 7.30 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 se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.31 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, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.32 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** Cualquier gasto relacionado con procedimientos de trasplante, incluyendo pero no limitado al trasplante de órganos, células o tejidos humanos, artificiales o animales, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.33 ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS:** Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 7.34 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.
- 7.35 ACTOS NEGLIGENTES:** Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

ADMINISTRACIÓN

8. ADMINISTRACIÓN GENERAL

- 8.1 AUTORIDAD:** Ningún agente o corredor de seguros tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea aprobado por escrito por un director o el jefe de evaluación de riesgos de la Aseguradora, y tal aprobación sea avalada por una enmienda a la póliza.
- 8.2 MONEDA:** Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).
- 8.3 CONTRATO COMPLETO/CONTROLADOR:** La solicitud de seguro de salud, el condicionado particular, el condicionado general (este documento), y cualquier enmienda, anexo o cláusula adicional, constituyen el contrato completo entre las partes.

9. PÓLIZA

- 9.1 EMISIÓN DE LA PÓLIZA:** La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el Asegurado principal en su país de residencia.
- 9.2 PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Esta póliza contempla un período de espera general de treinta (30) días, durante el cual solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios.
- 9.3 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA:** Sujeto a las condiciones de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza, no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 Hora Boliviana en la fecha efectiva de la póliza, y termina a las 24:00 horas, Hora Boliviana:
- (a) En la fecha de expiración de la póliza, o
 - (b) Por falta de pago de la prima, o
 - (c) A solicitud por escrito del Asegurado principal para terminar su cobertura, o
 - (d) A solicitud por escrito del Asegurado principal para terminar la cobertura para algún dependiente, o
 - (e) Por notificación por escrito de la Aseguradora, según se establece en las condiciones de esta póliza.
- 9.4 MODALIDAD DE LA PÓLIZA:** Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.

9.5 CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN: El Asegurado principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario. Cuando el Asegurado principal solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

- (a) Los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular de la Póliza.
- (b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (c) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del recién nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (d) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.
- (f) No obstante lo anterior, la Aseguradora podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado principal solicite cambio de producto, plan, beneficios, o suma asegurada.

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

9.7 CESE DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA: En caso de que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Aseguradora sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

9.8 RESCISIÓN Y REEMBOLSOS: El presente contrato, puede ser rescindido por voluntad unilateral de cualquiera de las partes contratantes. Si la Aseguradora ejerce la facultad de rescindir, debe notificar por escrito su decisión al Asegurado en su domicilio y con antelación no menor de quince (15) días; si fuera el Asegurado quien ejerza la facultad de rescindir, ésta producirá sus efectos desde su notificación escrita al Asegurador. Si la rescisión del contrato fuera por voluntad de la Aseguradora, ésta devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido; salvo que durante la vigencia del seguro objeto de la rescisión, haya pagado al Asegurado, siniestros por un valor de cuando menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada (Se entiende por prima neta a la prima comercial anual menos los impuestos de ley y aportes al regulador). Si fuera por voluntad del Asegurado, el Asegurador tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según la siguiente Tarifa de Plazos Cortos, quedando el remanente a favor del Asegurado Principal.

Meses de seguro	Proporción de prima
1	25%
2	40%
3	55%
4	65%
5	75%
6	80%
7	85%
8	90%
9	95%
10	100%

9.9 EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: La Aseguradora exonerará el período de espera solamente si:

- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y
- (b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los treinta (30) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y
- (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud, y
- (d) La Aseguradora recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

Si se exonera el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros treinta (30) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

Esta exoneración del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con periodos de espera específicos.

9.10 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el Asegurado principal, la Aseguradora proporcionará cobertura continua como se especifica en su Tabla de Beneficios sin costo alguno para los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza si la causa de la muerte del Asegurado principal se debe a una condición cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente, y terminará automáticamente para el cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta póliza y/o para quienes se haya emitido una póliza propia. Esta extensión de cobertura no aplica para ninguna cláusula de cobertura opcional. La extensión de cobertura entra en vigencia a partir de la próxima fecha de renovación o de aniversario, la que ocurra primero, después del fallecimiento del Asegurado principal. Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece esta cobertura.

9.11 CONFIDENCIALIDAD y PROTECCION DE DATOS PERSONALES: La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de la Aseguradora y para todas sus afiliadas. La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus Asegurados muy seriamente. Con este fin, la Aseguradora cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo (en su caso) las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Toda actividad de tratamiento de datos personales de Asegurados por parte de la Aseguradora se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es

regulado por estas Condiciones Generales, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.bo.

La Aseguradora puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales de Asegurados. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, incluso en países en donde es posible que no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos, los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales a cargo de ellos, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por conducto nuestro.

Si el Contratante y/o el Asegurado principal se transfiere a otro seguro de la Aseguradora a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras compañías afiliadas, entonces la Aseguradora compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza con respecto al Contratante y/o al Asegurado principal y sus Dependientes.

La Aseguradora podrá compartir la información de Dependientes asegurados con el Contratante y/o respectivo con el Asegurado principal por medio del cual los Dependientes (actuales o propuestos) que hayan sido presentados a la Aseguradora para fines de incorporarlos bajo los beneficios de cobertura de la póliza de seguro. La información de Dependientes antes referida y que puede así ser compartida por la Aseguradora, incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.

El Contratante y los Asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la Aseguradora, en www.bupasalud.com.bo.

10. RENOVACIONES

10.1 PAGO DE LA PRIMA: Es obligación del Asegurado principal pagar la prima conforme a lo convenido.. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Aseguradora. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente, corredor de seguros o directamente con la Aseguradora. El pago también puede efectuarse en línea en www.bupasalud.com. El incumplimiento en el pago de la prima más los intereses, dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato.

10.2 CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar la prima en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido solamente en base a "clase" en la fecha de renovación de cada póliza.

10.3 PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora 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 la Aseguradora antes del final del período de gracia, esta póliza 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.

10.4 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar, o rescindir inmediatamente la póliza si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara una solicitud cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido una póliza con cobertura restringida o habría declinado proporcionar cobertura.

Si el Asegurado cambia su país de residencia, y el plan actual del Asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la Aseguradora se reserva el derecho de

no renovar la póliza o de modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al Asegurado una cobertura equivalente, siempre y cuando esté disponible.

El envío de una reclamación fraudulenta es también motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar, o modificar una póliza en base al “bloqueo”, según se define en esta póliza. La Aseguradora ofrecerá al Asegurado una cobertura de seguro equivalente, siempre y cuando esté disponible. Ningún Asegurado individual será penalizado independientemente con la cancelación o modificación de la póliza, en base solamente a un historial desfavorable de reclamaciones.

10.5 REHABILITACIÓN: Si la póliza no fue renovada durante el período de gracia, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días de haberse terminado el período de gracia, a discreción de la Aseguradora, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá de una nueva solicitud de seguro de salud y cualquier otra información o documento requerido por la Aseguradora. La póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días de la fecha efectiva de terminación de la misma.

11. RECLAMACIONES

11.1 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.

11.2 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 la Aseguradora 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, la Aseguradora 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.

Consulte su Tabla de Beneficios para más detalles sobre los requerimientos de esta cláusula, y si su póliza incluye una responsabilidad por incumplimiento.

11.3 DEDUCIBLE:

- (a) Todos los asegurados bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible dentro del país de residencia y otro fuera del país de residencia, por cada año póliza, según el plan seleccionado por el Asegurado principal. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente es aplicada por Asegurado, por año póliza antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al Asegurado. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos deducibles individuales. Todos los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los deducibles dentro y fuera del país de residencia. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al deducible por póliza han sido alcanzadas, la Aseguradora considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada Asegurado por concepto de deducible.
- (b) 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.

- (c) En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

Es obligación del Asegurado notificar el accidente a la Aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el Asegurado no notifica como se establece previamente.

11.4 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El Asegurado o beneficiario, según el caso, tienen la obligación de facilitar, a requerimiento del Asegurador, todas las informaciones que tengan sobre los hechos y circunstancias del siniestro, a suministrar las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, así como permitir las indagaciones pertinentes necesarias a tal objeto. El Asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a la Aseguradora, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. Para su aceptación y recibir reembolso por cualquier tratamiento en Bolivia, una vez superado el deducible, las facturas deberán emitirse a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y presentarse físicamente a la Aseguradora a más tardar el último día hábil del mes en el cual se emitió la factura; caso contrario, la Aseguradora podrá descontar el valor del crédito fiscal IVA del monto total de la misma y el reembolso se hará deduciendo el crédito fiscal IVA. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. 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. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su agente, corredor de seguros o en nuestro sitio web: www.bupasalud.com.

La Aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información y evidencia citadas precedentemente. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo del plazo. El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de la Aseguradora al Asegurado que se complementen mayores requerimientos y no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos. La solicitud de complementos por parte de la Aseguradora no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del Asegurado, después de la entrega por parte del Asegurado del último requerimiento de información. El silencio de la Aseguradora, vencido el término para pronunciarse o vencidas las solicitudes de complementación, importa la aceptación del reclamo.

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, salvo exista fuerza mayor o impedimento debidamente justificado, el Asegurado tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la Aseguradora. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. 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.

11.5 PAGO DE RECLAMACIONES: Establecido el derecho del Asegurado y el monto de la indemnización, la Aseguradora debe pagar su obligación según el contrato, dentro de los sesenta (60) días siguientes. La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora 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. En caso de que el Asegurado principal fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del Asegurado principal. La Aseguradora o USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al Asegurado principal.

Ni la Aseguradora, 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 la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

11.6 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si el Asegurado tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados.

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

Fuera del país de residencia, Bupa Insurance (Bolivia) S.A. 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.

11.7 EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de una reclamación, antes de que se llegue a una conclusión, la Aseguradora 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 la Aseguradora.

11.8 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.

11.9 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: La Aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del Asegurado a quien ha pagado una reclamación, cuando el Asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad.

11.10 APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora 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 (Bolivia) S.A. 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:** Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del arbitraje, de acuerdo a lo previsto en la Ley No 708, Ley de Conciliación y Arbitraje y el procedimiento aplicable será el previsto en el Reglamento de Arbitraje del Centro que administrará el arbitraje. Sin perjuicio de lo anterior, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda (UFV100.000,00). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.
- 11.12 PRESCRIPCIÓN:** Las acciones emergentes del presente contrato prescriben en dos años a contar de la fecha del siniestro. Además de las causas ordinarias, la prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por la ley. La cobranza de la prima devengada, prescribe en el mismo plazo a contar de la fecha en que ella es exigible.
- 11.13 JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA:** El conocimiento de las acciones judiciales emergentes del contrato de seguro, es de competencia y jurisdicción del juez del domicilio del Asegurado o del lugar donde se encuentren los intereses asegurados.

DEFINICIONES

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y/o violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las 72 (setenta y dos) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los 30 (treinta) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

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 de la Aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

ACTIVIDADES PELIGROSAS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

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.

AÑO CALENDARIO: Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora. El término "Asegurado" incluye al Asegurado principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL: La persona que llena la solicitud de seguro de salud. Ésta es la persona que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al 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.

BENEFICIARIO: La persona que recibe una prestación, goza de un beneficio o se beneficia de algo. Para los efectos de esta póliza, es la persona identificada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores, o designada por un tribunal competente, para recibir beneficios relacionados con esta póliza en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.

BLOQUE: Los asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera al Asegurado principal y cada dependiente cubierto bajo la póliza.

CLÁUSULA DE COBERTURA: Documento añadido a la póliza por la Aseguradora, que agrega y detalla una cobertura opcional.

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 tu tabla de beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de los 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.

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, la maternidad o el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias). Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos 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.

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:

- Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación, o
- 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.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios.

El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

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.

DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL: Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa repentina e imprevista.

DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

DEPENDIENTE: Los dependientes elegibles bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:

- (a) El o la cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado principal
- (b) Hijos biológicos
- (c) Hijos adoptados legalmente
- (d) Hijastros
- (e) Menores de edad para quienes el Asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, y
- (f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

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 de la póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago. Gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos a un deducible fuera del país de residencia.

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 póliza proporciona beneficios de embarazo y para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. Este período de espera de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el período de espera de treinta (30) días para cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.

EMERGENCIA: Condición médica 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 o alteración en la salud del Asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

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 que la Aseguradora agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar 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.

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 de la póliza.

FECHA DE RENOVACIÓN: Es la fecha cuando debe hacerse el pago de la prima. Puede ocurrir en una fecha distinta a la fecha de aniversario, dependiendo del modo de pago que ha sido autorizado por la Aseguradora.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura.

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 junior 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: Medicamentos con mecanismo de acción especial 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 genéricas o de casa comercial disponible.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

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: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país en el que el Asegurado principal ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia física, o en su defecto su país de origen, o el lugar que hubiese informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.

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 GENERAL: El periodo de tiempo durante el cual el asegurado no contará con ningún beneficio, excepto las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este periodo, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante el periodo.

PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: El periodo de tiempo especificado para ciertas coberturas en la Tabla de Beneficios, durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por los servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el periodo de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios. Los beneficios con periodo de espera específicos no se eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.

PERÍODO DE GRACIA: El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea renovada.

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).

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

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 tratar a asegurados en nombre de la Aseguradora. La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores está disponible en USA Medical Services o en el sitio web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

RED DE PROVEEDORES PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la Aseguradora con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la red de proveedores para procedimientos de trasplante 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 affidavit de relación de vida doméstica requerido.

RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados que el Asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por USA Medical Services.

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 cirugía, 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 también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite no se consideran servicios hospitalarios.

SOLICITANTE: La persona que llena la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.

SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la Aseguradora, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

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 DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en 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 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 la Aseguradora considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevaletientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

Los asegurados deben notificar a USA Medical Services en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A USA MEDICAL SERVICES AL +1 (305) 275 1500

1. Ayuda para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de personal calificado las 24 horas del día.
2. Apoyo de nuestro equipo que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. Acceso a representantes calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. Al notificarnos con anticipación, podemos proporcionarle la mejor atención administrativa antes, durante y después de su tratamiento o servicio.

ANTES

Al notificar a USA Medical Services que un asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, nuestro personal profesional se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas y segundas opiniones médicas y quirúrgicas.

DURANTE

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, nuestro personal profesional llevará un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

DESPUÉS

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestro personal profesional en USA Medical Services coordinará cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y hará los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que necesita tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un tratamiento es manejada por nuestro equipo de profesionales médicos en USA Medical Services. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento. Por favor asegúrese de notificar a la Aseguradora enviando su solicitud de pre-autorización a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa. También puede contactar a USA Medical Services llamando al +(591) 3 3424264 o al +1 (305) 275-1500, por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE DEBE CONSULTAR A UN ESPECIALISTA O HACERSE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Contacte a USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, llamando al +(591) 3 3424264 o al +1 (305) 275-1500. La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

1. El nombre del médico que hace la referencia médica
2. El nombre del médico a quien ha sido referido
3. El examen de diagnóstico que necesita
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos a través de Mi Bupa. El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE NECESITA CIRUGÍA, TRATAMIENTO AMBULATORIO O SER HOSPITALIZADO

Contacte a USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, llamando al +(591) 3 3424264 o al +1 (305) 275-1500. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. La condición/síntomas que se están tratando
2. El tratamiento propuesto
3. El nombre del médico que hace la referencia médica
4. El médico y hospital a donde prefiere ir

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez. Una vez contemos con toda la información:

1. Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
2. Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
3. Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital
4. Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted

Al salir del hospital: Para procesar su reclamación, necesitamos el formulario de solicitud de reembolso, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamación puede retrasarse.

Cuando su reclamación ha sido aprobada, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de una red de hospitales Bupa, si usted no nos notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre su condición.

SI SU MÉDICO RECOMIENDA TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Contacte a USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, llamando al +(591) 3 3424264 o al +1 (305) 275-1500. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

Si ha seguido los pasos correctos, estaremos en proceso de emitir un pago directo a su proveedor. Sin embargo, siempre hay circunstancias cuando esto no es posible y tendremos que enviarle un reembolso. En esos casos, hay ciertas directrices que debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su una reclamación, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupasalud.com.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Facturas de prestación de servicios
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio, a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa.

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.
Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005
Edificio Spazio, Oficina 201 - 203
Santa Cruz, Bolivia
Tel. +(591) 3 3424264

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo

No. 2005, Edificio Spazio

Oficina 201 - 203

Santa Cruz, Bolivia

Tel. +(591) 3 3424264

www.bupasalud.com