

BUPA DOMINICANA, S.A.

Tabla de Beneficios - Global Select Medical Health Plan



Los términos destacados en **negrilla** en esta **Tabla de Beneficios** corresponden a los términos definidos en las Definiciones de las Condiciones Generales.

Límites de los beneficios: Existen tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

- El “**límite máximo**” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días– la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otros límites aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

La **póliza** Global Select Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de la **red de proveedores**. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la **red de proveedores**, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en la **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades mencionadas en este documento, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual obligatorio correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a deducible. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar las Exclusiones y Limitaciones en este documento antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen a continuación.

La **Aseguradora** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República Dominicana o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

Límite máximo: Tres millones Quinientos mil dólares (US\$3,500,000) por **asegurado**, por **año póliza**. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

	Dentro del país de residencia :	Fuera del país de residencia
Plan 1	Doscientos cincuenta dólares (US\$250)	Cinco mil dólares (US\$5,000)
Plan 2	Dos mil dólares (US\$2,000)	Dos mil dólares (US\$2,000)
Plan 3	Cinco mil dólares (US\$5,000)	Cinco mil dólares (US\$5,000)
Plan 4	Diez mil dólares (US\$10,000)	Diez mil dólares (US\$10,000)

Red de proveedores

Su Bupa Global Select Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la Red de Proveedores, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Red Proveedores Preferidos
En el resto del mundo	Red Global Bupa

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

Cobertura

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el **hospital**

Alojamiento en el hospital y alimentos

La **Aseguradora** pagará los gastos generados por la **hospitalización** y **tratamiento** hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- exista una necesidad médica de permanecer en el **hospital**,
- el **tratamiento** sea proporcionado o administrado por un **especialista**, y
- la duración de su estadía sea **médicamente justificada**.

La **Aseguradora** no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del **tratamiento** están ligados a un tipo de habitación, la **Aseguradora** pagará el costo del **tratamiento** al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada.

Para pacientes internados por 5 noches o más, el **asegurado** o su **médico** deberán enviar a la **Aseguradora** un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el **tratamiento** recibido, el **tratamiento** planificado y la fecha en la que se dará de alta.

La **Aseguradora** pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.

100% habitación privada

Cama extra en el hospital para acompañante

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el **asegurado** esté recibiendo un **tratamiento** cubierto.

100% para una persona

Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por:

- la sala de operaciones,
- la sala de recuperación,
- medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y
- medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el hospital.

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.

100%

Cuidados intensivos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

100%

Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico

La **Aseguradora** pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean **médicamente necesarios** durante la cirugía o tratamiento.

Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:

1. El 30% de los gastos **usuales, acostumbrados y razonables** del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o

100%

3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con: 1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.	
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado. Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.22 y 4.37 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100%
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta póliza. Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.16, 4.26 y 4.47 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100%
Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses) La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado: • Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, • Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, • Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y • Ha 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. Importante: 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. Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 4.47 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100%
Cirugía preventiva La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de	100%

las políticas médicas 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.	
Prótesis La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído. La Aseguradora no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente. La Aseguradora pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la Aseguradora.	100%
Implantes prostéticos y órtesis La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis: Implantes prostéticos (entre otros): • para reemplazar articulación o ligamento • para reemplazar válvula cardíaca • para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • para reemplazar un músculo del esfínter • para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa) • para remover exceso de líquidos en el cerebro • implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer. Órtesis (entre otros): • una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.	100%
Cirugía reconstructiva La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua. 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. Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios.	100%

Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.10 y 4.26 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	
--	--

Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios	Cobertura
Imagenología avanzada La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como: • estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • tomografía computarizada (TC) • tomografía por emisión de positrones (PET) Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.	100%
Condiciones congénitas La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente: (a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente. (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años de edad o posteriormente.	(a) US\$200,000 de por vida (b) US\$500,000 de por vida
Tratamiento contra el cáncer La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados. 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. Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 4.43 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza. La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.	100%
Servicio de trasplantes La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio , siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes: • córnea • intestino delgado • riñón • riñón/páncreas • hígado • corazón • pulmón • corazón/pulmón • médula ósea (no relacionado con cáncer) Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.	US\$500,000 por diagnóstico, de por vida

La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo: • la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, • los gastos por compatibilidad de tejidos • los gastos de hospital/operación del donante, y • cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.9 y 4.34 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	
Diálisis renal La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio	100%
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año) La Aseguradora cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.	US\$300,000 de por vida
Tratamiento dental relacionado con accidentes La Aseguradora cubrirá 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 30 días siguientes al accidente	100%
Cobertura para actividades y deportes peligrosos Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur están cubiertos bajo esta póliza. Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 4.6 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100%
Tratamiento Ambulatorio	Cobertura
Cirugía ambulatoria La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.	100%
Tratamiento en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia La Aseguradora pagará los gastos derivados de 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. • Sujeto a un copago de US\$50 • No aplica deducible	100%
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico: • Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología • Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.22 y 4.37 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100%
Honorarios médicos La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para: • Proponer un tratamiento • Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente • Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios • Prescribir medicamentos • Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados Exclusiones y restricciones:	100%

Consultar los numerales 4.14, 4.18 y 4.40 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	
--	--

Enfermeros profesionales La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea medicamento necesario .	100% máximo 15 visitas
Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del asegurado .	100% máximo 20 visitas
Medicamentos y materiales de curación con receta médica La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia .	Plan 1: hasta US\$5,000 (*); después de US\$5,000 100% Planes 2 a 4: 100%
Equipo médico durable La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes, siempre y cuando: • Sea prescrito por un médico, • Cumpla con la definición de equipo médico durable. • Sea notificado a la Aseguradora previamente Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora . La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable .	US\$8,000

(*) Sujeto a 20% de coaseguro por los primeros US\$5,000 (plan 1 solamente)

Salud Mental	Cobertura
Salud mental durante la hospitalización La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico , siempre y cuando sea medicamento necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital . Cualquier tratamiento psiquiátrico cuando el asegurado esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la Aseguradora . La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 4.27 y 4.44 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100% máximo 90 visitas de por vida
Salud mental en ambulatorio La Aseguradora pagará los honorarios en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.16, 4.27 y 4.44 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	100% máximo 15 visitas

Transporte y Viajes	Cobertura
Viajes de traslado La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del asegurado al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano. Para todos los traslados médicos y evacuaciones: • el asegurado debe contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa antes de su traslado,	

- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

Exclusiones y restricciones:

- La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el **hospital** cuando el **asegurado** ya no esté recibiendo **tratamiento** activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la **Aseguradora** o de nuestros socios proveedores de servicios.
- La **Aseguradora** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la **Aseguradora**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta **póliza** pero que no sean coordinados por la **Aseguradora** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la **Aseguradora** habría pagado si la **Aseguradora** hubiera coordinado el traslado.

Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

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

100%

Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación)

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del **asegurado** (espos(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La **Aseguradora** considera como 'necesidad razonable' cuando el **asegurado** necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

- necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,
- necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),
- no hay acompañamiento médico disponible, o

100%

• en el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos. La Aseguradora cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando: • esto sea autorizado previamente por la Aseguradora, y • el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre: • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.	
Costos de alimentación y transporte para acompañante La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el asegurado: • únicamente durante una evacuación, y • por hasta 10 días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.	US\$100 por día; máximo 10 días por año póliza
Costos de viaje de traslado de niños La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado en caso de su evacuación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando: • sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado, • el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y • que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.	100%
Ambulancia aérea local La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado: • de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o • para el traslado de un hospital a otro Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea: • médicamente necesaria, • utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y • relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital Este beneficio debe ser aprobado previamente por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.	100%
Ambulancia terrestre local La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado: • de la ubicación de un accidente al hospital, • para el traslado de un hospital a otro, o • de su casa al hospital Cuando una ambulancia terrestre local sea: • médicamente necesaria, y • relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital	100%

Repatriación de restos mortales La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado, en clase económica (carga), del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia: • en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • sujeto a los requerimientos, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea, necesarios para preparar y transportar el cuerpo. La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, , urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado. La Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado. Los trámites deben ser aprobados y coordinados conjuntamente con USA Medical Services.	100%
--	------

Tratamiento Preventivo	Cobertura
Examen de salud general (chequeo médico preventivo) (período de espera de 10 meses) La Aseguradora pagará por un (1) examen de salud general (chequeo médico preventivo) una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deducible. El examen de salud general (chequeo médico preventivo) normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, Rx de tórax, espirometría, electrocardiograma y/o evaluación de riesgo cardíaco. Además podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.	US\$400
Vacunas (No aplica deducible) La Aseguradora cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas: • vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en República Dominicana • 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 medicinas contra la malaria	US\$800 (*)

(*) Aplica 20% de coaseguro

Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura
Enfermería en casa La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando: • sea prescrito por el médico del asegurado, • comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y • sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales). El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones:	US\$300 por día hasta un máximo de 30 días

Consultar el numeral 4.26 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	
--	--

Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la Aseguradora pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si el asegurado ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación: • alojamiento en centro para pacientes terminales • cuidados de enfermero(a) profesional calificado • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales	100%
--	------

Rehabilitación multidisciplinaria (admitido o ambulatorio) La Aseguradora pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La Aseguradora pagará por rehabilitación únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando: • Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y • Sea parte del tratamiento recibido para dicha condición cubierta bajo la póliza. Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el médico deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación. Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 4.26 de las Exclusiones y Limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.	US\$300 por día hasta 30 días
---	-------------------------------

Beneficio Adicional

Incorporación del recién nacido en la póliza Para que el recién nacido disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, al menos uno de los padres del recién nacido debe tener por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo esta póliza. El Asegurado Titular deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres. Se requerirá la presentación de una Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores para incluir al recién nacido en la póliza, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si (a) la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, o (b) ninguno de los padres ha cumplido los 10 meses de cobertura continua bajo esta póliza, o (c) el recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada. La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.
--