



BUPA INSURANCE COMPANY

Tabla de Beneficios

Essential Care

Efectiva 1 de enero de 2020

| Información general | Sí | No |
|--|-----------------------|----|
| Los beneficios en los Estados Unidos de América y el resto del mundo están sujetos a una red de proveedores | x | |
| La cobertura requiere pre-autorización para todos los beneficios | x | |
| Todos los beneficios están sujetos a las tarifas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable) | x | |
| Coaseguro (sólo como se indica abajo) | x | |
| Cobertura máxima por asegurado, por año póliza | US\$2 Millones | |
| Cobertura geográfica: Mundial | | |
| Beneficios y limitaciones por hospitalización | Cobertura | |
| Servicios hospitalarios | 100% | |
| Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar) | 100% | |
| Unidad de cuidados intensivos | 100% | |
| Honorarios médicos y de enfermería | 100% | |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización | 100% | |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia) | 100% | |
| Cirugía bariátrica (período de espera de 24 meses) | N/A | |
| Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día | N/A | |
| Alimentación para acompañante, por día | N/A | |
| Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio | Cobertura | |
| Cirugía ambulatoria | 100% | |
| Visitas a médicos y especialistas | 100% | |
| Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización (con 20% de coaseguro) | 100% US\$1,500 | |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia) | 100% | |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados) <ul style="list-style-type: none"> Máximo 40 sesiones por año póliza | 100% | |
| Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada) <ul style="list-style-type: none"> Máximo 60 días por año póliza | US\$200 | |
| Reconocimiento médico de rutina (todo incluido) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible | US\$200 | |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Gastos derivados del tratamiento en los 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 <ul style="list-style-type: none"> Sujeto a un copago de US\$50 No aplica deducible | 100% | |
| Beneficios y limitaciones por maternidad | Cobertura | |
| Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> Incluye parto normal, parto por cesárea, todo tratamiento pre- y post-natal, y cuidado del recién nacido saludable) Período de espera de 10 meses Solo planes 1, 2 y 3 | US\$2,000 | |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible | |
| Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses Solo planes 1, 2 y 3 No aplica deducible | Incluido bajo el beneficio de embarazo, maternidad y parto |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> Solamente para embarazos cubiertos No aplica deducible | US\$10,000 |
| Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> Solo planes 1, 2 y 3 No aplica deducible | N/A |
| Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto) | N/A |
| Beneficios y limitaciones por evacuación médica | Cobertura |
| Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea Ambulancia terrestre Viaje de regreso Repatriación de restos mortales Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services. | US\$25,000 100% 100% US\$5,000 |
| Otros beneficios y limitaciones | Cobertura |
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea/cirugía preventiva) | 100% |
| Insuficiencia renal terminal (diálisis) | 100% |
| Procedimientos de trasplante | N/A |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida) Diagnosticas a los 18 años o después | US\$100,000 100% |
| Brazos y piernas artificiales <ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida: US\$120,000 | US\$30,000 |
| Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados) | 100% |
| Sala de emergencias (con o sin hospitalización) | 100% |
| Cobertura dental de emergencia | 100% |
| Residencia y cuidados paliativos | 100% |
| Terapeuta complementario | N/A |
| Visitas con especialista en dietética | N/A |
| Tratamiento de la mandíbula | N/A |
| Tratamiento podiátrico no cosmético | N/A |
| Cobertura de actividades y deportes peligrosos (sólo amateur) | 100% |
| VIH/SIDA | N/A |
| Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal | 1 año |
| Segunda opinión quirúrgica requerida <ul style="list-style-type: none"> Si el asegurado no obtiene una segunda opinión quirúrgica requerida, él/ella será responsable por el 30% de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, además del deducible correspondiente. | 100% |
| OPCIONES SUPLEMENTARIAS CON LA COMPRA DEL ANEXO (no incluidas automáticamente) | |
| Beneficios y limitaciones para cobertura opcional | Cobertura |
| Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo) <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo | US\$500,000 |
| Anexo de cobertura para procedimientos de trasplante (por asegurado, por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> Cobertura adicional para trasplante de órganos, tejido o células Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo | US\$500,000 |

