



Guía para Asegurados
y Contrato de Póliza

BUPA ADVANTAGE CARE

BOLIVIA

CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD.....	2
Bienvenido a Bupa	3
USA Medical Services	4
Administre su póliza en línea	5
Opciones de cobertura	6
Opciones de deducible	7
ACUERDO	8
BENEFICIOS	10
Tabla de beneficios	11
Condiciones generales de la póliza	14
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	20
ADMINISTRACIÓN.....	23
DEFINICIONES	29
SUPLEMENTO	
El proceso de reclamación.....	34
La notificación antes del tratamiento.....	36
Cómo solicitar un reembolso.....	38

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 más de 32 millones de personas en 190 países alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 65 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 Bupa Advantage 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 y beneficios de su póliza Bupa Advantage Care, así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura. Por favor revise su Condicionado Particular, el cual muestra 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. Puede encontrar nuestra información de contacto en la sección Para contactarnos de esta Guía para Asegurados.

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

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

Tel: + (591) 3 3424264

Correo electrónico: bupa@bupa.com.bo

Sitio web: www.bupasalud.com

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

Correo electrónico: usamed@usamedicalservices.com

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
Correo electrónico:	usamed@usamedicalservices.com
Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupalatinamerica.com

ADMINISTRE SU PÓLIZA EN LÍNEA

Como cliente de Bupa, usted tiene acceso a una variedad de servicios en línea. Visite www.bupasalud.com, donde encontrará:

- Información sobre cómo presentar una reclamación
- Noticias sobre Bupa
- Información sobre nuestros productos

SUSCRÍBASE A LOS SERVICIOS EN LÍNEA – ES GRATIS Y MUY FÁCIL

A través de nuestros Servicios en línea, usted tiene acceso a:

- Un resumen completo de su póliza
- Una copia de su solicitud de seguro de salud
- El estatus de sus reclamaciones más recientes
- Información sobre los pagos online de su prima y copia de su recibo
- Cambios a su información demográfica
- Suscribirse como Cliente Virtual

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. A partir de ese momento, usted será 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 Advantage Care le ofrece amplia cobertura alrededor del mundo dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage. Para cubrir sus necesidades específicas según la región donde vive y su preferencia de precios, le ofrecemos la opción de elegir cobertura Mundial o Solamente en Latinoamérica, la cual incluye cobertura en el Caribe, mas no en México, los Estados Unidos de América, o cualquier país fuera de la región de Latinoamérica.

Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de las filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas con el grupo Bupa 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 nosotros o con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL

Bupa ofrece anexos de cobertura adicional que pueden adquirirse al momento de solicitar cobertura o en cualquier momento mientras la póliza esté vigente. Los beneficios proporcionados bajo los anexos de cobertura están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza Bupa Advantage Care.

- Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante: Este anexo ofrece US\$300,000 de cobertura adicional para procedimientos de trasplante bajo la póliza Bupa Advantage Care, para un beneficio máximo de US\$1,300,000 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 cobertura para procedimientos de trasplante ofrecida bajo la póliza Bupa Advantage Care ha sido agotada, y la necesidad de cada trasplante ha sido determinada por un médico, certificada por una segunda opinión médica, y aprobada por la aseguradora.
- Anexo de Cobertura Adicional para Complicaciones Perinatales y del Embarazo: Este anexo ofrece cobertura opcional adicional de US\$500,000 de por vida para complicaciones del 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

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA (VÁLIDAS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2013) CÓDIGO: 201-934761-2013 01 014

- 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 DERECHO DE QUINCE (15) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA:** Si el asegurado principal encuentra que la póliza no concuerda con lo convenido o con la propuesto, el asegurado principal podrá cancelar la póliza en un plazo de quince (15) días a partir de la fecha en que reciba la póliza incluyendo el condicionado particular, los anexos y esta guía del asegurado. La póliza puede ser devuelta a la aseguradora o al agente del asegurado principal durante este periodo. De ser devuelta, la póliza será considerada nula como si nunca hubiese sido emitida.
- 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. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, la póliza puede ser rescindida o cancelada, o la cobertura podrá ser modificada a

la sola discreción de la aseguradora, de acuerdo a lo establecido en los artículos 993, 994 y 999 del Código de Comercio.

- 1.4 ELEGIBILIDAD:** Esta póliza sólo puede ser emitida a personas residentes en 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 puede ser emitida a, y no está disponible para 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 fuera de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con Bupa o con su agente para obtener más información relacionada con su caso en particular.

Los dependientes elegibles bajo esta póliza son aquellos 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 vigencia del seguro está disponible para los hijos dependientes del asegurado principal hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditado 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 diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

La vigencia del seguro 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, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, 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.

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 el mismo producto y 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.

El concepto de elegibilidad no se encuentra relacionado al pago de siniestro.

1.5 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA:

El asegurado debe notificar a nuestra aseguradora o a USA Medical Services, la administradora de reclamaciones de Bupa, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el asegurado no notifica a la aseguradora o a USA Medical Services antes de su tratamiento como se establece en el presente documento, 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.

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.

La aseguradora reembolsará al asegurado principal la cantidad correspondiente al precio usual, acostumbrado y razonable para la región geográfica donde se realice el servicio o atención médica.

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 están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

La póliza Bupa Advantage Care proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage, excepto en los casos como se especifica bajo la condición Tratamiento Médico de Emergencia.

Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

La Tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura. Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de "Condiciones generales de la póliza", "Administración" y "Exclusiones y limitaciones" de esta Guía para Asegurados.

TABLA DE BENEFICIOS

A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2013

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	US\$3.5 millones
Beneficios y limitaciones por hospitalización Código: 201-934761-2013 01 014 1001	Cobertura
Servicios hospitalarios: habitación y alimentación (privada/semi-privada) <ul style="list-style-type: none"> Estándar 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%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día	US\$300
Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio Código: 201-934761-2013 01 014 1002	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 	100% US\$6,000
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 <ul style="list-style-type: none"> Un período inicial de 30 sesiones debe ser pre-aprobado, así como sesiones adicionales en incrementos de 30 sesiones 	100%
Atención médica en el hogar <ul style="list-style-type: none"> Un período inicial de 30 días debe ser pre-aprobado, así como períodos adicionales en incrementos de 30 días 	100%
Reconocimiento médico de rutina (todo incluido) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible 	US\$150

Beneficios y limitaciones por maternidad Código: 201-934761-2013 01 014 1003	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo (incluye parto normal, parto complicado, parto por cesárea, el tratamiento pre- y post-natal y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Período de espera de 10 meses ◦ No aplica deducible ◦ Solo planes 1, 2 y 3 	US\$5,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto)	US\$30,000
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> ◦ No aplica deducible ◦ Solo planes 1, 2 y 3 	US\$500

Beneficios y limitaciones por evacuación médica Código: 201-934761-2013 01 014 1004	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\$100,000 100% 100% 100%

Otros beneficios y limitaciones Código: 201-934761-2013 01 014 1005	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Incluye un máximo de US\$40,000 para obtención del órgano y procedimientos de preparación del donante 	US\$1,000,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida) ◦ Diagnosticadas a los 18 años de edad o después 	US\$300,000 100%
Brazos y piernas artificiales (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%

Opciones suplementarias con la compra del anexo (no incluidas automáticamente)	
Beneficios y limitaciones para cobertura opcional	Cobertura
<p>Anexo de cobertura para procedimientos de trasplante (por asegurado, por diagnóstico, de por vida) Código: 201-934761-2013 01 014 2005</p> <p>Cobertura adicional para trasplante de órganos, tejido o células</p> <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo 	US\$300,000
<p>Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo) Planes 1, 2, 3: Código 201-934761-2013 01 014 2003 Planes 4, 5, 6: Código 201-934761-2013 01 014 2004</p> <p>Cobertura adicional para complicaciones perinatales o del embarazo no relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias</p> <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo 	US\$500,000

Notas sobre los beneficios y limitaciones

Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo esta póliza.

Los asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse en un hospital de la Red de Proveedores Bupa Advantage.

Todos los costos están sujetos a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para el procedimiento y área geográfica.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

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.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

CÓDIGO: 201-934761-2013 01 014 1001

2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

- (a) La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas como se indica en la Tabla de Beneficios, de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage.
- (b) La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el hospital están cubiertas como se indica en la Tabla de Beneficios de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage.
- (c) Los servicios de hospital fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage no están cubiertos, excepto como se estipula en la condición 6.4 Tratamiento médico de emergencia de esta póliza.

2.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesiólogos, 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 la Tabla de Beneficios.

2.4 RED DE PROVEEDORES BUPA ADVANTAGE: La póliza Bupa Advantage Care ofrece cobertura solamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage, independientemente de si el tratamiento se lleva a cabo dentro o fuera del país de residencia del asegurado. No se proporciona cobertura fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la condición 6.4 de esta póliza.

- (a) La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Advantage está disponible a través de USA Medical Services o en la página web www.bupalud.com, y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Advantage, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.
- (c) En los casos en los que la Red de Proveedores Bupa Advantage 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 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO: Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta el máximo por día especificado en la Tabla de Beneficios.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

CÓDIGO: 201-934761-2013 01 014 1002

3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos de acuerdo a lo especificado en la 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 están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha de alta o de la cirugía. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

Los medicamentos por receta prescritos para un tratamiento ambulatorio o sin hospitalización relacionados con una condición médica cubierta bajo esta póliza están limitados hasta el beneficio máximo especificado en la Tabla de Beneficios, por asegurado, por año póliza. 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 deberán ser aprobadas con anticipación, tal como se especifica en la Tabla de Beneficios. 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: Se cubrirá un período inicial tal como se especifica en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services. Cualquier extensión también deberá ser aprobada con anticipación o la reclamación será denegada. Para obtener cada aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

3.6 RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE RUTINA: Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios, por asegurado, por año póliza, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico y vacunas.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

CÓDIGO: 201-934761-2013 01 014 1003

4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO: (Excepto para Planes 4, 5 y 6)

- El beneficio máximo está especificado en la Tabla de Beneficios, por embarazo, sin deducible, para la respectiva asegurada.
- Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, parto por cesárea y el cuidado para recién nacido saludable están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.
- Este beneficio aplica para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada.
- 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.

- 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 para la póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la póliza de sus padres.

- (f) La cobertura para complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto está incluida bajo el total máximo de este beneficio. Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.
- (g) Para propósitos de esta póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.
- (h) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de esta póliza.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para cubrir o extender la cobertura de complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto para la madre y el recién nacido. Sin embargo, este anexo de cobertura adicional no está disponible para hijos(as) dependientes.

4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- (a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones durante el parto y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios, sin deducible.

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

- (d) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en el punto 4.1 (b).

4.3 ALMACENAMIENTO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL:

(Excepto Planes 4, 5 y 6) La cobertura para el almacenamiento de sangre de cordón umbilical está limitada hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios, de por vida por embarazo cubierto, todo incluido. No está sujeto a deducible.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

CÓDIGO: 201-934761-2013 01 014 1004

5.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto 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) La cantidad máxima pagadera por este beneficio está especificada en la Tabla de Beneficios, por asegurado, por año póliza.
- (c) 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.

- (d) 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 especifica en la 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.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

CÓDIGO: 201-934761-2013 01 014 1005

6.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS:

La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza es como sigue:

- (a) El beneficio máximo para cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad está especificado en la Tabla Beneficios, por asegurado, de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente.

- (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.

- (c) 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 hasta los límites especificados en la 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, el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado 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. Para información sobre la cobertura de brazos y piernas artificiales, por favor vea la condición 6.2.

6.4 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): La póliza Bupa Advantage Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage 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 esta póliza. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red 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: Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

6.6 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos como se especifica en la 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. Estarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.
 - ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el asegurado presente síntomas, signos, o tratamiento en cualquier momento durante el período de cinco (5)

años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.

- (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: La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la aseguradora. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la aseguradora. La cantidad máxima pagadera por este beneficio se especifica en la Tabla de Beneficios, por asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza.

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 están cubiertos hasta el

máximo especificado en la Tabla de Beneficios, por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.

- (d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- (e) 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.
- (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (g) 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.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para procedimientos de trasplante.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

- 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 personal, o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- 7.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS:** Cualquier cuidado o tratamiento, estando el asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
- 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.
- 7.4 MEDICINA ALTERNATIVA:** Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 7.5 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA:** 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 sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza.
- 7.6 CIRUGÍA COSMÉTICA:** La cirugía electiva y/o cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.
- 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 epidemias que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

7.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DES-ÓRDENES DE LA CONDUCTA: Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico 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.

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 después de noventa (90) 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: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo, o enfermedades relacionadas con el SIDA. Sin embargo, 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.

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 DE VENTA LIBRE O SIN RECETA: Los medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta no están cubiertos, 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, aunque haya sido recetado para propósitos no-anticonceptivos.
- (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) Suplementos vitamínicos.

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 del cordón umbilical, tal como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. 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 como se estipula bajo la condición 3.6 de esta póliza.

7.23 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.

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, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente, 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 para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma.

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.

ADMINISTRACIÓN

GENERAL

8.1 AUTORIDAD: Ningún agente 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 PARTES CONTRATANTES: Son partes contratantes del seguro la aseguradora Bupa Insurance (Bolivia) S.A. y el asegurado principal.

8.4 CONTRATO COMPLETO/CONTROLADOR: La póliza se compone de los siguientes documentos: El Condicionado Particular, cualquier enmienda o anexo adicional, el Condicionado General (este documento), y la solicitud de seguro de salud, constituyen el contrato completo entre las partes.

El Condicionado Particular tiene prevalencia sobre el Condicionado General (este documento); asimismo, los anexos tienen prevalencia sobre el Condicionado General (este documento).

PÓLIZA

9.1 EMISIÓN DE LA PÓLIZA: La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el asegurado principal.

9.2 PERÍODO DE ESPERA: Esta póliza contempla un período de espera de sesenta (60) 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.

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.

Si el asegurado principal desea terminar su cobertura por cualquier razón, solamente podrá hacerlo a partir de la fecha de aniversario de la póliza y con previa notificación por escrito de dos (2) meses.

Todo reclamo presentado y aceptado por la aseguradora que se haya suscitado durante el período de cobertura de la

póliza será cubierto de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente documento.

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 ya sea semestral o trimestral, por lo que la vigencia de la póliza está relacionada al pago realizado por el asegurado. En todo caso las primas serán pagadas por adelantado.

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. Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo. Durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso, estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior. Durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios para maternidad, el recién nacido, y condiciones congénitas estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior. Durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios para procedimientos de trasplante estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior.

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 siniestros o tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan

iniciado o llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para el inicio de ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación.

9.8 REEMBOLSOS: La rescisión unilateral por parte del asegurado se registrará de acuerdo a lo estipulado por los Art. 1023 y 1024 del Código de Comercio y la siguiente tabla de período corto será aplicada para la devolución de la prima pagada:

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%

Se establece que la base de cálculo será la prima base. Se entiende por prima base a la prima comercial menos los impuestos de ley. En caso de que la aseguradora hubiera reembolsado un siniestro por un monto igual o superior al monto de la prima anual, ésta será considerada como ganada por la aseguradora y no corresponderá devolución alguna. El período corto define el cálculo utilizado para la devolución de las primas en caso de cancelación del contrato de póliza por parte del asegurado antes de término.

9.9 EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA: 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 sesenta (60) 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 sesenta (60) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

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 a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante dos (2) años sin costo alguno, 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 ningún anexo 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.

RENOVACIONES

10.1 PAGO DE LA PRIMA: El asegurado principal es responsable del pago a tiempo de la prima. 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 o directamente con la aseguradora.

El asegurado en la nota de renovación recibirá el detalle de las tres (3) formas de pago aprobadas por la aseguradora que son: emisión de cheque, depósito

en cuenta o pago con tarjeta de crédito, el asegurado puede solicitar su nota de renovación al correo bolivia@bupa.com.bo, o usando el servicio online.

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, salvo que el pago de prima sea recibido por la aseguradora.

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.

La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho a la aseguradora a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta (30) días de conocidos tales hechos, debiendo restituir, en este caso, las primas por periodo no corrido.

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 cancelar la póliza o modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

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 “bloque”, según se define en esta póliza. La aseguradora ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al asegurado. 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.

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.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL/ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

11.3 DEDUCIBLE: Es el importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. 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 de acuerdo a lo siguiente:

- (a) Un máximo de un (1) deducible cubierto en su totalidad, por asegurado, por año póliza:
 - i. Hasta un máximo de un (1) deducible dentro del país de residencia cubierto en su totalidad por servicios recibidos en el país de residencia del asegurado, por año póliza;
 - ii. Hasta un máximo de un (1) deducible fuera del país de residencia cubierto en su totalidad por año póliza, independientemente de dónde se hayan recibido los servicios.

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, de acuerdo a lo siguiente:

- (b) Un máximo de dos (2) deducibles cubiertos en su totalidad por póliza, por año póliza:
 - i. Hasta un máximo de dos (2) deducibles dentro del país de residencia cubiertos en su totalidad por servicios recibidos en el país de residencia, por año póliza;
 - ii. Hasta un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia cubiertos en su totalidad por año póliza, independientemente de dónde se hayan recibido los servicios.

- (c) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza.
- (d) En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente.

11.4 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas que indiquen el nombre del asegurado, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a Bupa Insurance (Bolivia) S.A., dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación. 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, con la aseguradora o con USA Medical Services a las direcciones señaladas en este documento, o en nuestro sitio web: www.bupalud.com. La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será la obtenida de fuentes de información públicas determinadas por la aseguradora según la fecha de prestación del servicio. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado o la afiliación (afidávit) de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también

una declaración por escrito firmada por el asegurado principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

Si el tratamiento ha sido realizado en Bolivia, usted debe asegurarse que las facturas médicas, una vez superado el deducible, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y se presenten a la aseguradora a más tardar hasta el día 8 del mes siguiente al mes de la emisión de la factura, caso contrario la aseguradora podrá descontar el impuesto por el crédito fiscal del monto total de la misma.

11.5 PAGO DE RECLAMACIONES: 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. 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.

Para hacer efectivos los pagos por reclamaciones de servicios o tratamientos médicos realizados en Bolivia, las facturas deberán ser enviadas a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento. Sin embargo, para recibir reembolso por cualquier tratamiento en Bolivia, una vez superado el deducible, las facturas médicas deberán emitirse a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y presentarse a la aseguradora a más tardar hasta el día 8 del mes siguiente al mes de la emisión de la factura; caso contrario, la aseguradora podrá descontar el impuesto por el crédito fiscal del monto total de la misma. La aseguradora se pronunciará sobre todo reclamo presentado en un plazo de treinta (30) días.

Ni la aseguradora, ni USA Medical

Servicios, 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. La aseguradora no será responsable por liquidar un monto mayor al proporcional. Si los gastos son cubiertos en su totalidad o parcialmente bajo otro plan o programa financiado por un gobierno, la aseguradora no será responsable por el monto cubierto. El asegurado se compromete a cooperar con la aseguradora y a notificarle inmediatamente cualquier reclamo o derecho contra terceras partes. En todos los casos, la aseguradora tendrá pleno derecho de subrogación.

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 soli-

cite 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 un proceso de Conciliación y Arbitraje según lo establece la cláusula 11.11 de la presente guía o cualquier otro 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 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: En caso de un desacuerdo entre el asegurado y la aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el desacuerdo será resuelto mediante arbitraje de acuerdo a lo establecido por la Ley 1770 de Arbitraje y Conciliación de fecha 10 de marzo de 1997.

DEFINICIONES

ACCIDENTE: Cualquier evento repentino o imprevisto producido por una causa externa, del cual resulta una lesión.

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.

ANEXO: Documento añadido a la póliza por la aseguradora, que agrega y detalla una cobertura opcional.

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.

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

CONDICIONADO PARTICULAR: 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.

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: La porción de las facturas médicas que el asegurado debe pagar en adición al deducible.

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 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:

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

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 importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. 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
- (f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

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 sesenta (60) 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 del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los

exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

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.

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.

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:

- 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
- No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del asegurado, o
- Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

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.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el asegurado:

- (a) Reside la mayor parte del año calendario o del año póliza, o
- (b) Ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigencia.

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 una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, 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 BUPA ADVANTAGE: 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 Bupa

Advantage está disponible en USA Medical Services o en el sitio web www.bupa.com.bo, 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:
 - o Un automóvil que pertenece a los dos
 - o Una cuenta corriente, ahorros o inversiones mancomunadas
 - o Un crédito mancomunado
 - o 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 MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

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 prevalecientes 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 Bupa Insurance (Bolivia) S.A. al correo electrónico bolivia@bupa.com.bo o a USA Medical Services llamando al +1 (305) 275 1500 o enviando un mensaje por correo electrónico a usamed@usamedicalservices.com 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

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. 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 por correo electrónico o por fax. 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

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. 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

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. 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:

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

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

USA Medical Services

18001 Old Cutler Road, Suite 300 Palmetto Bay, FL 33157
Tel. +1 (305) 275 1500 • Fax: +1 (305) 275 1518

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
bupa@bupa.com.bo