



BUPA INSURANCE COMPANY
Tabla de Beneficios
Exclusive Care

Efectiva 1 de enero de 2026

Información general	Sí	No
Los beneficios en los Estados Unidos de América y el resto del mundo están sujetos a una red de proveedores		x
La cobertura requiere pre-autorización para todos los beneficios		x
Todos los beneficios están sujetos a las tarifas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable)	x	
Coaseguro		x
Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	US\$10 Millones	
Cobertura geográfica: Mundial		
Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura	
Servicios hospitalarios	100%	
Habitación y alimentación (privada/semiprivada estándar) <ul style="list-style-type: none">Dentro de la red de hospitales BupaEn otros hospitales, por día	100% US\$2,000	
Unidad de cuidados intensivos <ul style="list-style-type: none">Dentro de la red de hospitales BupaEn otros hospitales, por día	100% US\$4,000	
Honorarios médicos y de enfermería	100%	
Salud Mental (relacionada con una condición cubierta) Este servicio debe ser pre-aprobado	100%	
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Cirugía bariátrica (período de espera de 24 meses)	US\$15,000	
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día	US\$400	
Alimentación para acompañante, por día	US\$50	
Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura	
Cirugía ambulatoria	100%	
Visitas a médicos y especialistas	100%	
Medicamentos por receta	100%	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados)	100%	
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	100%	
Reconocimiento médico de rutina Adulto <ul style="list-style-type: none">No aplica deducible	US\$1,000	
Reconocimiento médico de rutina Pediátrico <ul style="list-style-type: none">No aplica deducible	US\$1,000	
Vacunas (medicamento requeridas, según el programa nacional de vacunación) <ul style="list-style-type: none">No aplica deducibleAplica un 20% de coaseguro	100% (*)	
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza <ul style="list-style-type: none">Sujeto a un copago de US\$50No aplica deducible	100%	

(*) Aplica un 20% de coaseguro

Beneficios y limitaciones por maternidad	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> Incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal, incluyendo vitaminas requeridas durante el embarazo) Período de espera de 10 meses Solo planes 2 y 3 No aplica deducible 	US\$10,000
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses Solo planes 2 y 3 No aplica deducible 	100%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> Solamente para embarazos cubiertos No aplica deducible 	US\$50,000
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> Solo planes 2 y 3 No aplica deducible 	US\$2,000
Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto)	100%
Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea Ambulancia terrestre Viaje de regreso Repatriación de restos mortales Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.	100%
Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea/cirugía preventiva)	100%
Cuidados asistenciales por diagnóstico de Alzheimer (cobertura de por vida)	US\$5,000
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> Cobertura máxima para la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, y preparación del donante (US\$60,000 incluidos como parte del total) 	US\$2,000,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias	100%
Brazos y piernas artificiales <ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida: US\$120,000 	US\$30,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados) Estos servicios deben ser pre-aprobados	100%
Sala de emergencias (con o sin hospitalización)	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Terapeuta complementario <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico, podiatra y/o psiquiatra Acupuntura y tratamientos homeopáticos Tratamiento ambulatorio para desórdenes de la conducta o del desarrollo, incluyendo terapia del habla a corto plazo recetada por un médico y desórdenes del sueño Máximo de 80 visitas/sesiones 	100%
Visitas con especialista en dietética <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 4 visitas 	100%
Tratamiento de la mandíbula	100%
Tratamiento podiátrico no cosmético	100%
Cobertura de actividades y deportes peligrosos (amateur, profesional, o por compensación)	100%
VIH/SIDA (solamente como resultado de un accidente relacionado con el trabajo o por transfusión de sangre)	100%
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal	2 años

Segunda opinión quirúrgica requerida	100%
--------------------------------------	------

OPCIONES SUPLEMENTARIAS CON LA COMPRA DEL ANEXO
(no incluidas automáticamente)

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo) <ul style="list-style-type: none"> • Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo • Solo planes 4, 5 y 6 	US\$500,000
Anexo de cobertura para procedimientos de trasplante (por asegurado, por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura adicional para trasplante de órganos, tejido o células • Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo 	N/A