



# BUPA INSURANCE COMPANY

## Tabla de Beneficios

### Privilege 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\$7 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"><li>Dentro de la red de hospitales Bupa</li><li>En otros hospitales, por día</li></ul>	100% US\$1,000	
Unidad de cuidados intensivos <ul style="list-style-type: none"><li>Dentro de la red de hospitales Bupa</li><li>En otros hospitales, por día</li></ul>	100% US\$3,000	
Honorarios médicos y de enfermería	100%	
Salud Mental (relacionado con una condición cubierta) Este servicio debe ser preaprobado	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\$300	
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 preaprobados)	100%	
Atención médica en el hogar (debe ser preaprobada)	100%	
Reconocimiento médico de rutina Adulto <ul style="list-style-type: none"><li>No aplica deducible</li></ul>	US\$600	
Reconocimiento médico de rutina Pediátrico <ul style="list-style-type: none"><li>No aplica deducible</li></ul>	US\$600	
Vacunas (medicamento requeridas, según el programa nacional de vacunación) <ul style="list-style-type: none"><li>No aplica deducible</li><li>Sujeto a 20% de coaseguro</li></ul>	US\$1,600 (*)	
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"><li>Sujeto a un copago de US\$50</li><li>No aplica deducible</li></ul>	100%	

(\*) Aplica un 20% de coaseguro

Beneficios y limitaciones por maternidad	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal, incluyendo vitaminas requeridas durante el embarazo)</li> <li>Período de espera de 10 meses</li> <li>Solo planes 2 y 3</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$7,500
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto (de por vida) <ul style="list-style-type: none"> <li>Período de espera de 10 meses</li> <li>Solo planes 2 y 3</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$1,000,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> <li>Solamente para embarazos cubiertos</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$30,000
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo planes 2 y 3</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$1,000
Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia aérea</li> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Viaje de regreso</li> <li>Repatriación de restos mortales</li> </ul> Estos servicios deben ser preaprobados y coordinados por USA Medical Services.	US\$125,000 100% 100% 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"> <li>Cobertura máxima para la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, y preparación del donante (US\$50,000 incluidos como parte del total)</li> </ul>	US\$1,500,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida)</li> <li>Diagnosticadas a los 18 años o después</li> </ul>	US\$1,000,000 100%
Brazos y piernas artificiales <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de por vida: US\$120,000</li> </ul>	US\$30,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados) Estos servicios deben ser preaprobados	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"> <li>Tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico y/o psiquiatra</li> <li>Máximo de 20 visitas/sesiones</li> </ul>	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
<p>Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo</li><li>• Solo planes 4, 5 y 6</li></ul>	US\$500,000