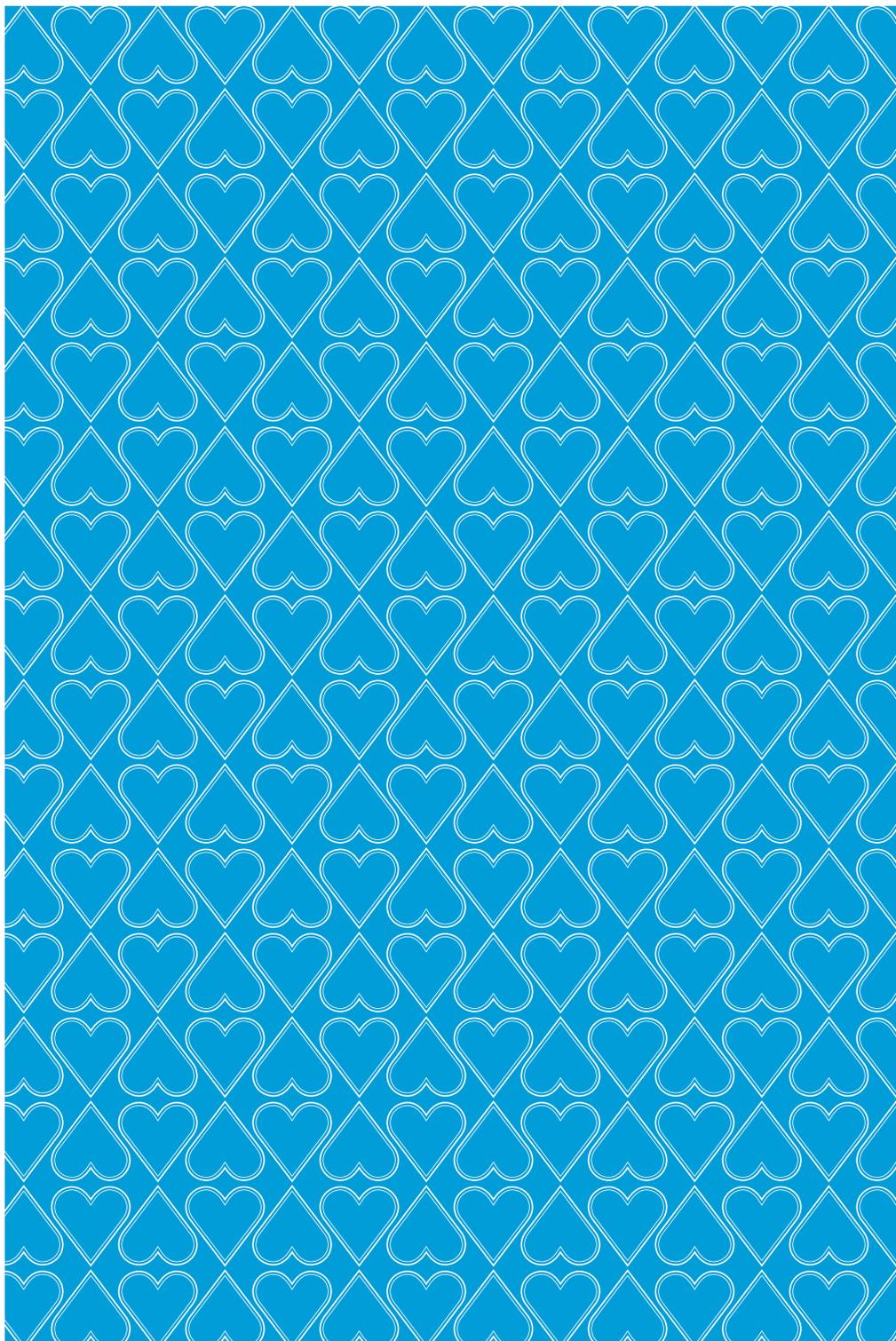
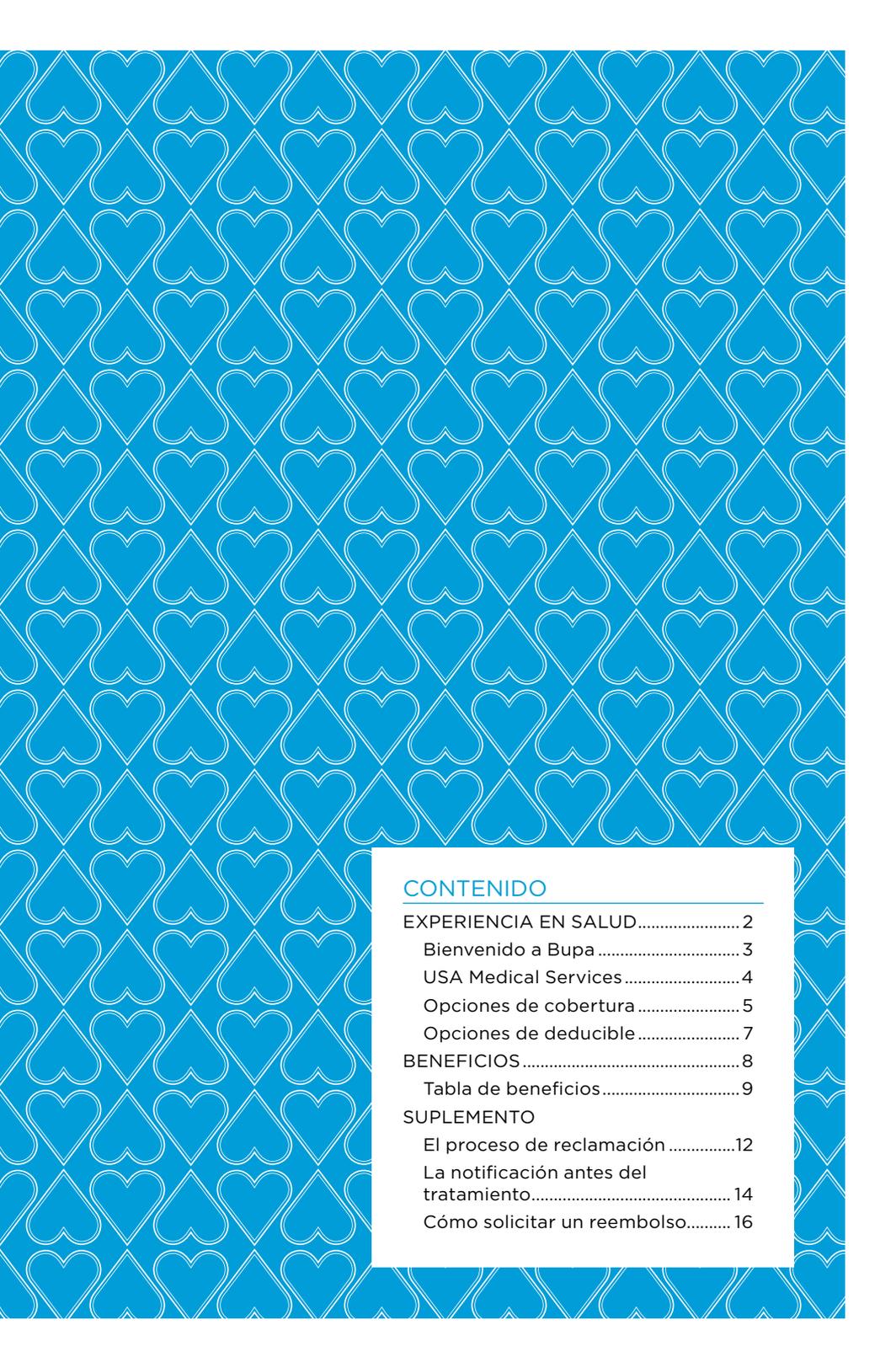




Guía para Asegurados

**CORPORATE
CARE
GUATEMALA**





CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD.....	2
Bienvenido a Bupa	3
USA Medical Services	4
Opciones de cobertura	5
Opciones de deducible	7
BENEFICIOS	8
Tabla de beneficios	9
SUPLEMENTO	
El proceso de reclamación	12
La notificación antes del tratamiento.....	14
Cómo solicitar un reembolso.....	16

EXPERIENCIA EN SALUD, DURANTE TODA LA VIDA

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. es parte del grupo de compañías de Bupa, una reconocida aseguradora líder mundial en el campo de la salud. 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 millones de personas alrededor del mundo.

Desde su fundación hace más de 70 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 mejorar 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 PRÓPOSITO

El propósito de Bupa es vidas más largas, sanas 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 85,000 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 Corporate Care. Esta Guía para Asegurados contiene información sobre su membresía y un resumen de sus beneficios, información sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura. Para el detalle completo sobre cuáles gastos médicos están cubiertos y las exclusiones y limitaciones a la cobertura, por favor consulte los Términos y Condiciones de la póliza. Por favor revise también su Certificado Individual de Seguro, el cual muestra su deducible y otra información importante sobre su cobertura.

El Administrador de Grupo deberá notificar a los asegurados sobre sus derechos estipulados en el contrato y proporcionarles una copia actualizada de los Términos y Condiciones de la póliza. Además, el Administrador de Grupo deberá notificar a los asegurados sobre cualquier modificación, adición o supresión realizada a la Carátula de la Póliza con respecto a versiones anteriores.

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. con ejecutivos profesionales capacitados para ayudarle con:

- Preguntas sobre su cobertura
- Actualización de sus datos personales
- El estado de sus reclamaciones

PBX 2300-8000

ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com
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

usamed@bupalatinamerica.com

DIRECCIÓN POSTAL

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14, Europlaza
World Business Center
Torre III, Nivel 11, Oficina 1103
Ciudad de Guatemala

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 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...cuenta 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@bupalatinamerica.com

Fuera de los EE.UU.:

El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identidad o en www.bupalud.com

REQUISITO DE NOTIFICAR A BUPA

El Asegurado debe notificar a 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 se comunica con Bupa como se establece en este

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 y coaseguro de su plan, si corresponden.

Si el Asegurado no notifica a Bupa antes de su tratamiento, Bupa no garantiza el pago directo al proveedor.

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Bupa ofrece la opción de elegir cobertura mundial incluyendo los Estados Unidos de América a través de nuestra red de proveedores Corporate o libre elección para acomodar las necesidades regionales o económicas específicas del grupo. Por favor consulte su Certificado Individual de Seguro o pregunte a su Administrador de Grupo para confirmar la opción que fue elegida para su grupo.

Ni Bupa, 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 Bupa para obtener más información sobre esta restricción

Opción de Cobertura	Opción 1	Opción 2
Cobertura máxima anual por asegurado	US\$1 millón	US\$2 millones
Área de cobertura mundial (excluyendo los EE. UU.)	Dentro y fuera de la Red de proveedores	Dentro y fuera de la Red de proveedores
Área de cobertura en EE. UU.	Solo tiene cobertura dentro de la Red Corporate	Dentro y fuera de la Red de proveedores

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL

Bupa ofrece dos anexos de cobertura adicional, los cuales pueden ser seleccionados por el Administrador de Grupo. Los beneficios ofrecidos bajo estos anexos están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la cobertura del grupo bajo Bupa Corporate Care. Por favor consulte su Certificado Individual de Seguro o pregunte a su Administrador de Grupo para obtener más información.

Su Administrador de Grupo puede haber elegido uno o ambos anexos para cubrir las necesidades del grupo. Si no se elige un anexo en el momento de solicitar cobertura bajo el plan Bupa Corporate Care, éste puede agregarse en la fecha de aniversario de la membresía. Los anexos aplican a todos los Asegurados Principales y sus dependientes asegurados bajo el plan Bupa Corporate Care.

Los anexos de Bupa Corporate Care se mantienen en vigor mientras que el plan Bupa Corporate Care esté en vigor. El área de cobertura geográfica que se haya elegido para el plan Bupa Corporate Care también aplica para el anexo elegido. Los anexos para Cuidado Dental y Cuidado de la Vista no están sujetos al deducible del plan Bupa Corporate Care.

- Anexo para el Cuidado Dental: Este anexo ofrece US\$1,500 de cobertura para tratamiento dental básico y especializado por Asegurado, por año de membresía, realizados por un profesional dental con licencia para practicar odontología. No se ofrece cobertura para tratamiento dental cosmético (requerido únicamente para mejorar la apariencia). También ofrece US\$1,500 de cobertura para tratamiento de ortodoncia, de por vida, para Asegurados de 18 años de edad o menos.
- Anexo para el Cuidado de la Vista: Este anexo ofrece US\$200 de cobertura por Asegurado, por año de membresía, para exámenes oculares de rutina, armaduras para gafas, lentes para gafas y lentes de contacto. No se ofrece cobertura para queratotomía radial y otros procedimientos para corregir trastornos de refracción ocular.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

Bupa ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo del plan y cobertura geográfica que el Administrador de Grupo haya elegido. Estos deducibles anuales deben cubrirse antes de que los beneficios sean pagaderos. Por favor consulte su Certificado Individual de Seguro o pregunte a su Administrador de Grupo para obtener más información sobre su plan y opción de deducible. Se aplica un deducible por Asegurado, por año de membresía. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de su cobertura familiar, la Aseguradora aplica un total máximo equivalente a dos deducibles por familia, por año de membresía.

Plan de Deducible	1	2	3	4	5
Fuera de EE.UU. por asegurado	0	500	2,000	5,000	10,000
Máximo por familia fuera de EE.UU.	0	1,000	4,000	10,000	20,000
En EE.UU. por asegurado	1,000	2,000	5,000	5,000	10,000
Máximo por familia en EE.UU.	2,000	4,000	10,000	10,000	20,000

BENEFICIOS

NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios y las Condiciones Generales de la Póliza contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los Asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre Bupa y el Administrador de Grupo. El Certificado Individual de Seguro indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el Administrador de Grupo. Si necesita más información o ayuda, puede comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo.
- La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los Asegurados. Por favor lea la Póliza cuidadosamente, ya que en ella se explican en detalle los beneficios pagaderos. La Aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo al contrato firmado con el Administrador de Grupo.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por Asegurado, por año de membresía, a menos que se especifique lo contrario.
- Los Asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores de Bupa.
- 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 Bupa considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- Ni Bupa 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 Guatemala o los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con Bupa para obtener más información sobre esta restricción.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la membresía.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- El Asegurado debe notificar a 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 se comunica con Bupa como se establece en la Póliza, 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 y coseguro de su plan, si corresponden.** Si el Asegurado no notifica a Bupa antes de su tratamiento, Bupa no garantiza el pago directo al proveedor.

TABLA DE BENEFICIOS

INFORMACIÓN GENERAL	SÍ	NO
Cobertura requiere notificación	•	
Todos los beneficios están cubiertos según las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables	•	
Participación del Asegurado (20%) para cobertura de ciertos beneficios, como se indica en la Tabla de Beneficios	•	
Participación del Asegurado (30%) de todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos si el Asegurado no notifica a la Aseguradora como se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza, numeral 2.1	•	

Opción de Cobertura	Opción 1	Opción 2
Cobertura máxima anual por asegurado	US\$1 millón	US\$2 millones
Área de cobertura mundial (excluyendo los EE. UU.)	Dentro y fuera de la Red de proveedores	Dentro y fuera de la Red de proveedores
Área de cobertura en EE. UU.	Solo tiene cobertura dentro de la Red Corporate	Dentro y fuera de la Red de proveedores

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN	COBERTURA Opción 1	COBERTURA Opción 2
Servicios hospitalarios	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar) Dentro de la Red de Proveedores Fuera de la Red de Proveedores, máximo por día 	100% US\$1,000	100% US\$1,000
Unidad de cuidados intensivos y alimentación <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la Red de Proveedores Fuera de la Red de Proveedores, máximo por día 	100% US\$3,000	100% US\$3,000
Honorarios médicos y de enfermería	100%	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	100%

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO AMBULATORIO	COBERTURA Opción 1	COBERTURA Opción 2
Cirugía ambulatoria	100%	100%
Visitas a médicos y especialistas (máximo 20 visitas) <ul style="list-style-type: none"> Participación del Asegurado 20% 	80%	80%
Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria	US\$10,000	US\$10,000

Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> • Aplica un coaseguro del 20% 	US\$2,000	US\$5,000
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia) <ul style="list-style-type: none"> • Participación del Asegurado 20% 	80%	80%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (máximo 30 días; requieren pre-aprobación) <ul style="list-style-type: none"> • Participación del Asegurado 20% 	80%	80%
Atención médica en el hogar (máximo 30 días; requiere pre-aprobación) <ul style="list-style-type: none"> • Participación del Asegurado 20% 	80%	80%
Reconocimiento médico de rutina (todo incluido) <ul style="list-style-type: none"> • No aplica deducible 	US\$150	US\$150

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD (para aquellas opciones de deducible donde sea aplicable)	COBERTURA Opción 1	COBERTURA Opción 2
Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máximo por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máximo por embarazo) <ul style="list-style-type: none"> • Incluye tratamiento pre- y post-natal y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable • Periodo de espera de 10 meses • No aplica deducible 	US\$5,000 US\$8,000	US\$5,000 US\$8,000
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias (máximo de por vida; para aquellas opciones de deducible donde sea aplicable) <ul style="list-style-type: none"> • Periodo de espera de 10 meses • No aplica deducible 	US\$100,000	US\$250,000
Cobertura provisional del recién nacido (máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> • No aplica deducible 	US\$10,000	US\$10,000

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	COBERTURA Opción 1	COBERTURA Opción 2
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia aérea (máximo por incidente) • Ambulancia terrestre (máximo por incidente) • Viaje de regreso • Repatriación de restos mortales Requiere pre-aprobación y coordinación por la Aseguradora	US\$25,000 US\$1,000 100% US\$5,000	US\$25,000 US\$1,000 100% US\$5,000

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES	COBERTURA Opción 1	COBERTURA Opción 2
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%	100%
Procedimientos de trasplante (máximo por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> • Costos de obtención, transporte y extracción de órganos, y preparación del donante (incluido en el total) 	US\$500,000	US\$750,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias (máximo de por vida)	US\$300,000	US\$300,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100%	100%
Tratamiento en sala de emergencias relacionado con enfermedad o accidente grave	100%	100%
Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente)	100%	100%
Residencia para pacientes terminales y cuidados paliativos	100%	100%
VIH/SIDA (máximo de por vida; período de espera de 12 meses)	US\$50,000	US\$50,000
Salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta)	Sin cobertura	10 visitas

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 276-2019 del 22 de febrero de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

Los asegurados deben notificar a Bupa en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR

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 Bupa 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 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. 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 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 Bupa. 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 Bupa 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 Bupa. 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, Bupa 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 Bupa. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

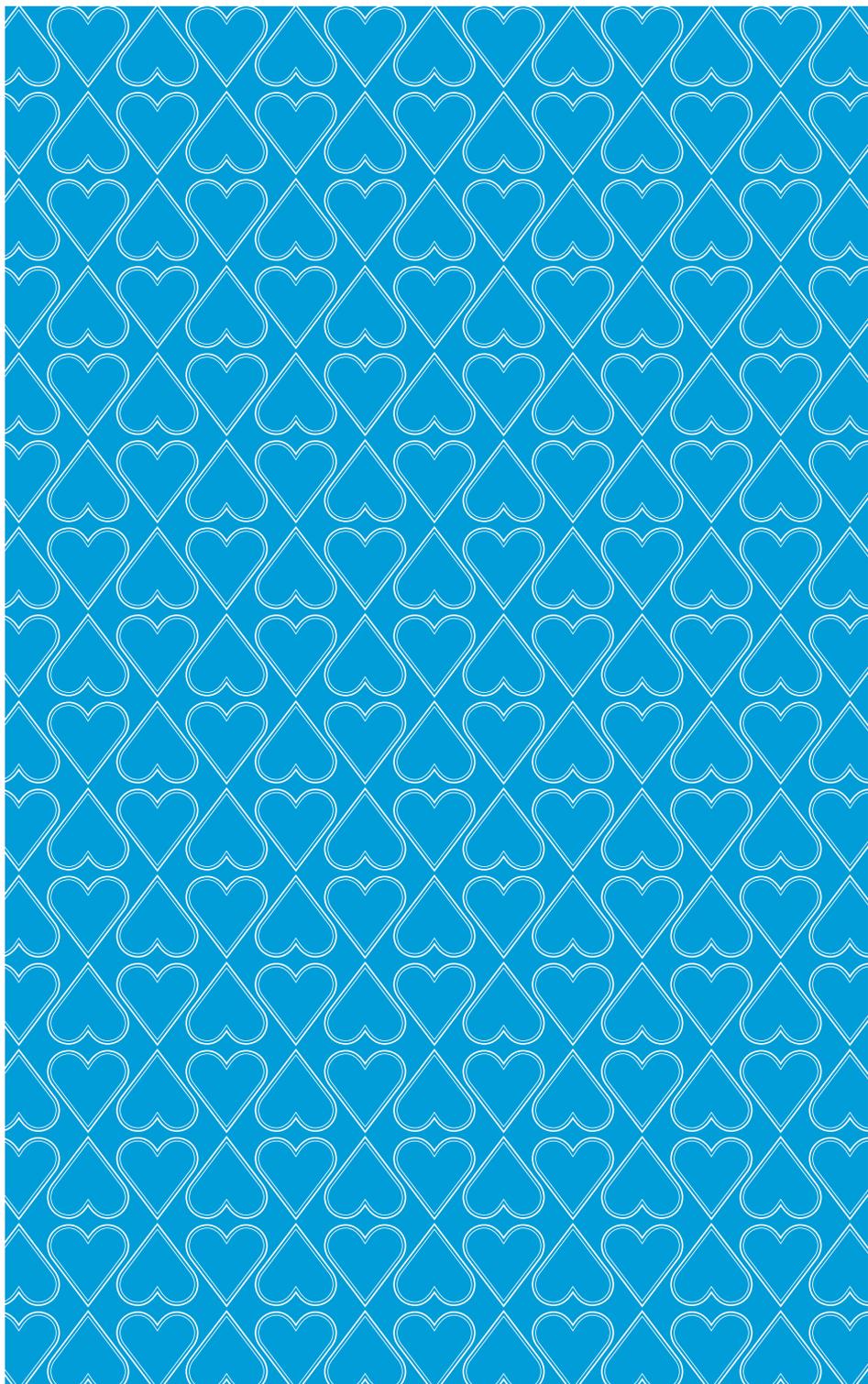
Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

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 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
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a:
Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A.
5ª Avenida 5-55, Zona 14, Europlaza
World Business Center, Torre III,
Nivel 11, Oficina 1103, Ciudad de Guatemala



5ª Avenida 5-55, Zona 14
Europlaza World Business Center
Torre III, Nivel 11, Oficina 1103
Ciudad de Guatemala
PBX 2300-8000
www.bupasalud.com
ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com