

**BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.**  
**Tabla de Beneficios de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos**  
**Mayores de Grupo Bupa Corporate Care**



Información general	Sí	No
Cobertura requiere notificación	x	
Todos los beneficios están cubiertos según las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables	x	
Los beneficios en los Estados Unidos de América están sujetos a la Red Corporate (en California, Florida, Luisiana, Massachusetts, Nueva York, Ohio y Texas)		x
Participación del Asegurado (20%) para cobertura de ciertos beneficios, como se indica en la Tabla de Beneficios	x	
Participación del Asegurado (30%) de todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos si el Asegurado recibe tratamiento fuera de la Red de Proveedores de Bupa en aquellos países donde la Aseguradora cuenta con dicha red, como se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza, numeral 2.5	x	

Área de cobertura	Opción 2
Mundial (excluyendo los EE. UU.)	Dentro y fuera de la Red de Proveedores
Estados Unidos de América	Dentro y fuera de la Red de Proveedores

Cobertura máxima por Asegurado, por Año Póliza	Opción 2
Beneficios por hospitalización	US\$500,000 Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar) <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la Red de Proveedores</li> <li>Fuera de la Red de Proveedores, máximo por día</li> </ul>	100% US\$1,000
Unidad de cuidados intensivos <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la Red de Proveedores</li> <li>Fuera de la Red de Proveedores, máximo por día</li> </ul>	100% US\$3,000
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%

Beneficios por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Cirugía ambulatoria	100%
Visitas a médicos y especialistas <ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	100% (*)
Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria	US\$10,000
Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	US\$1,000 (*)
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"> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	100% (*)
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (máximo 30 días; requieren pre-aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	100% (*)

Atención médica en el hogar (máximo 30 días; requiere pre-aprobación)	100% (*)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	
Reconocimiento médico de rutina	US\$150
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica deducible</li> </ul>	
Vacunas (medicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación)	US\$300
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica deducible</li> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a un copago de US\$50</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	

(\*) Sujeto a 20% de coaseguro

Beneficios por maternidad (para aquellas opciones de deducible donde sea aplicable)	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máximo por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máximo por embarazo)	US\$8,000
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye tratamiento pre- y post-natal, vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable</li> <li>Período de espera de 10 meses</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	
Complicaciones de 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)	US\$400,000
<ul style="list-style-type: none"> <li>Período de espera de 10 meses</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	
Cobertura provisional del recién nacido (máximo de 90 días después del parto)	US\$10,000
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica deducible</li> </ul>	

Beneficios por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia aérea (máximo por incidente)</li> <li>Ambulancia terrestre (máximo por incidente)</li> <li>Viaje de regreso</li> <li>Repatriación de restos mortales</li> </ul>	US\$100,000 US\$1,000 100% US\$5,000
Requiere pre-aprobación y coordinación por la Aseguradora	

Otros beneficios	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)	100%
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (máximo por diagnóstico, de por vida)	Hasta el máximo anual de la Póliza
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costos de obtención, transporte y extracción de órganos, y preparación del donante (incluido en el total)</li> </ul>	
Condiciones congénitas y/o hereditarias (máximo de por vida)	Hasta el máximo anual de la Póliza
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100%
Tratamiento en sala de emergencias relacionado con enfermedad o accidente grave	100%
Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente)	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
VIH/SIDA (máximo de por vida; período de espera de 12 meses)	US\$50,000
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular	1 año

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente)	Cobertura
Anexo para el Cuidado Dental (no aplica deducible, sujeto a 20% de coaseguro)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía</li> <li>Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida.</li> </ul>	US\$1,500 US\$1,500
Anexo para el Cuidado de la Vista (no aplica deducible)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto</li> </ul>	US\$200