



 **Bupa Insurance Company  
& Bupa Insurance Limited**

# Guía de actualizaciones Tu plan en su mejor versión

**¡Gracias por tu retroalimentación!** Tus sugerencias y comentarios nos han ayudado a mantener nuestros productos actualizados para ofrecer la mejor versión de nuestros planes.

Este año, además de la actualización de los precios también incluimos mejoras de beneficios, así como la explicación de estos. También traemos novedades sobre la administración de la información personal, que permitirá brindarles a nuestros clientes una mejor experiencia, protegiendo siempre sus datos.



**2022**



**Mantenemos  
nuestras coberturas  
actualizadas con  
los avances médicos.**



## Productos Individuales

### Nuestros planes a la vanguardia médica

- ✓ Para mantener nuestras coberturas a la vanguardia de los avances médicos, hemos incluido la prueba genética de sangre (simple) en la cobertura de maternidad.



## Productos Corporativos

### Mayor cobertura

- ✓ Incrementamos la suma asegurada de \$2 Millones a \$3 Millones. **Opción 2**

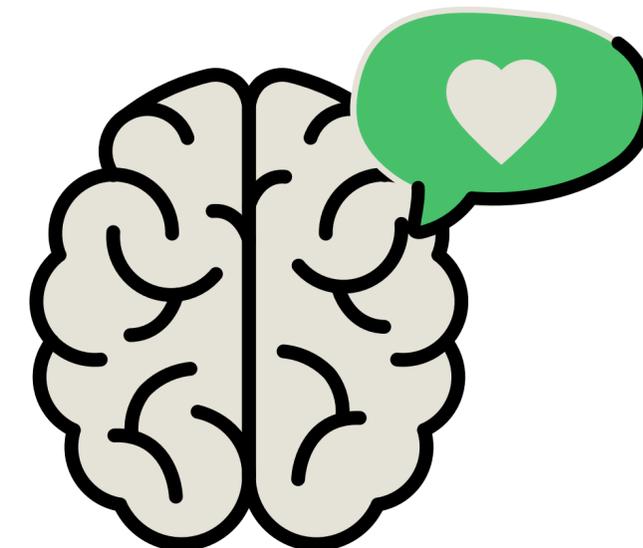
### Más opciones de deducibles

- ✓ Ampliamos las opciones de deducibles fuera y dentro de EE.UU.

Plan deducible	0 1,000	500 2,000	2,000 5,000	5,000 5,000	10,000 10,000	20,000 20,000
Fuera de EE.UU. por asegurado	0	500	2,000	5,000	10,000	20,000
Máximo por familia fuera de EE.UU.	0	1,000	4,000	10,000	20,000	40,000
En EE.UU. por asegurado	1,000	2,000	5,000	5,000	10,000	20,000
Máximo por familia en EE.UU.	2,000	4,000	10,000	10,000	20,000	40,000

Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.





## Cuidamos de la salud mental

**Ambulatorio:** Ahora ofrecemos la cobertura de psicólogo y psiquiatra **como condición primaria**, con un máximo 30 visitas por asegurado por año póliza. **Opción 1 y 2.**

La Aseguradora/Compañía pagara los gastos derivados por tratamiento psicológico o psiquiátrico de forma ambulatoria, siempre y cuando sea médicamente necesario, y hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

**Hospitalización:** Ahora ofrecemos el beneficio de salud mental en hospitalización **producto de una dolencia** cubierta. **Opción 2**

La Aseguradora/Compañía pagará los gastos derivados por tratamiento psicológico o psiquiátrico durante hospitalización siempre y cuando sea médicamente necesario, producto de una dolencia cubierta, y hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

**Exclusión:** No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, al menos que se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios. Tampoco está cubierto, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.

**Autismo:** Se agrega esta nueva cobertura con un límite máximo de US\$20,000 por año póliza. **Opción 2.**

Se ofrece cobertura por asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios, para los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro).

Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias). Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la aseguradora.

**Exclusión:** No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.



## Productos Corporativos

### Nuevos beneficios

- ✓ Cama para acompañante para menor hospitalizado, con un máximo de US\$300 por día. **Opción 1 y 2**

Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en su Tabla de Beneficios.

- ✓ Incluimos la prueba de examen de detección prenatal genética en el beneficio de maternidad. **Opción 1 y 2**

Los beneficios de maternidad solamente aplican a maternidades cubiertas bajo los Planes 1 y 2. No hay cobertura de maternidad bajo esta membresía para hijos dependientes. Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:

“Cuidados pre-natales, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), ultrasonidos, y las vitaminas requeridas durante el embarazo”...



- ✓ Cobertura de Cirugía Bariátrica 100%. **Opción 2**

**El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:**

- (a) Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
- (b) Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;
- (c) Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses.
- (d) Haber pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la aseguradora. El asegurado deberá comunicarse con la aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.



## Coberturas actualizadas y mejoradas

- ✓ Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (aplica coaseguro del 20%).  
**Opción 1** US\$ 5,000 y **Opción 2** US\$ 10,000
- ✓ Ambulancia aérea (no aplica deducible). **Opción 1 y 2**
- ✓ Ambulancia Terrestre local 100% (no aplica deducible). **Opción 1 y 2**
- ✓ Ambulancia terrestre internacional US\$ 1,000 por incidente (no aplica deducible).  
**Opción 1 y 2**
- ✓ Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia) a 100%. **Opción 2**
- ✓ Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máx. 30 días) al 100%. **Opción 2**
- ✓ Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máx. 30 días) al 100%.  
**Opción 2**
- ✓ Reconocimiento médico de rutina US\$400 (no aplica deducible). **Opción 2**
- ✓ Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida) a US\$ 350,000.  
**Opción 2**
- ✓ Condiciones congénitas y/o hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años límite de hasta US\$500,000 máximo de por vida. Las diagnosticadas después de los 18 años al 100%. **Opción 2**
- ✓ Visitas a médicos y especialistas, máximo 20 visitas al 100%.  
**Opción 2**
- ✓ Procedimientos de trasplante, incremento del monto a US\$1,000,000 máximo por diagnóstico de por vida.  
**Opción 2**
- ✓ VIH/SIDA monto máximo de US\$500,000 de por vida, periodo de espera 12 meses. **Opción 2**

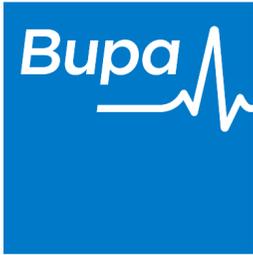
Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.





**Mejoramos  
la explicación de  
los beneficios, exclusiones  
y definiciones.**





Todos los productos

## Mejor lenguaje, mejor comprensión

### ✓ Cuidado podiátrico

#### En beneficio:

**Cuidado podiátrico no cosmético:** Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece la cobertura de cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies.

#### En Exclusión:

**Cuidado podiátrico:** Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.



### ✓ Prótesis auditivas

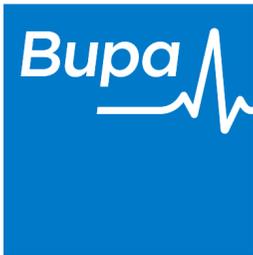
#### En Beneficio:

**Tratamientos especiales:** Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), 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, evacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la aseguradora. Para información sobre la cobertura de brazos y piernas artificiales, por favor vea el numeral que le corresponda.

#### En Exclusión:

**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, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.



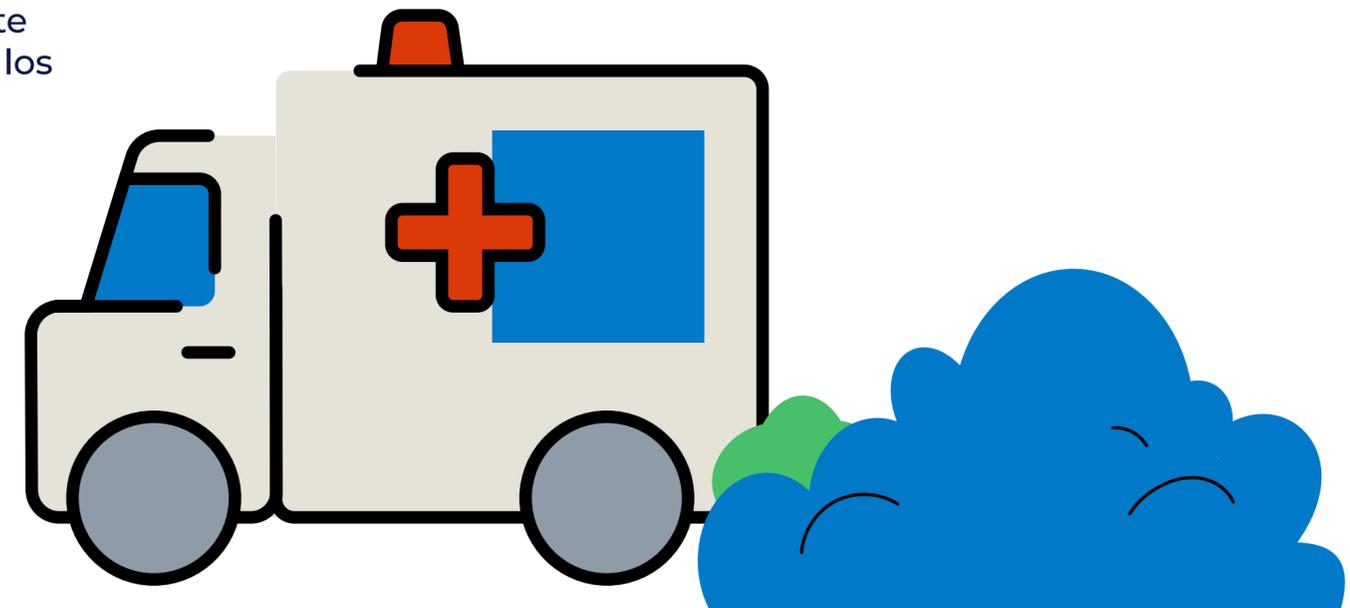
Corporate

## Mejor lenguaje, mejor comprensión

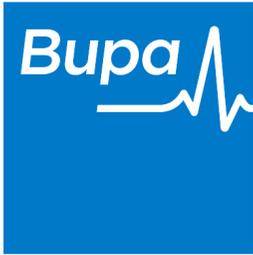
El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre local y/o internacional o ambulancia aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de 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.

(a) Transporte por ambulancia terrestre (local y/o internacional): La cantidad máxima pagadera por este beneficio, por incidente está indicada en la Tabla de Beneficios, y solamente será cubierta cuando los servicios de la ambulancia terrestre utilizada sean para transportar al asegurado:

- i. de la ubicación de un accidente al hospital,
- ii. para el traslado de un hospital a otro, o
- iii. de su casa al hospital, si es
  - médicamente necesaria,
  - relacionada a una condición cubierta, y
  - el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física



Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.



Todos los productos

## Definiciones claras, mayor entendimiento

- ✓ Es muy importante entender cómo funciona el deducible, el copago, el coaseguro, el coaseguro máximo y el desembolso máximo.

**Copago:** Es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios.

**Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su Tabla de Beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

**Coaseguro máximo (stop loss):** Es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.

**Desembolso máximo (out of pocket maximum):** El desembolso máximo es el monto máximo que el asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

- ✓ Actualizamos nuestro lenguaje para marcar la diferencia entre un período de espera general y el período de espera específico, lo que ayuda a entender a nuestros clientes coberturas y beneficios como adición automática y eliminación de periodo de espera etc., que sea aún más claro, beneficiar el periodo de espera y la adición automática de recién nacidos. Aplica para todos los productos.

**Período de espera general:** El período de tiempo durante el cual el asegurado no contara con ningún beneficio, excepto 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.

**Período de espera específico:** El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios.

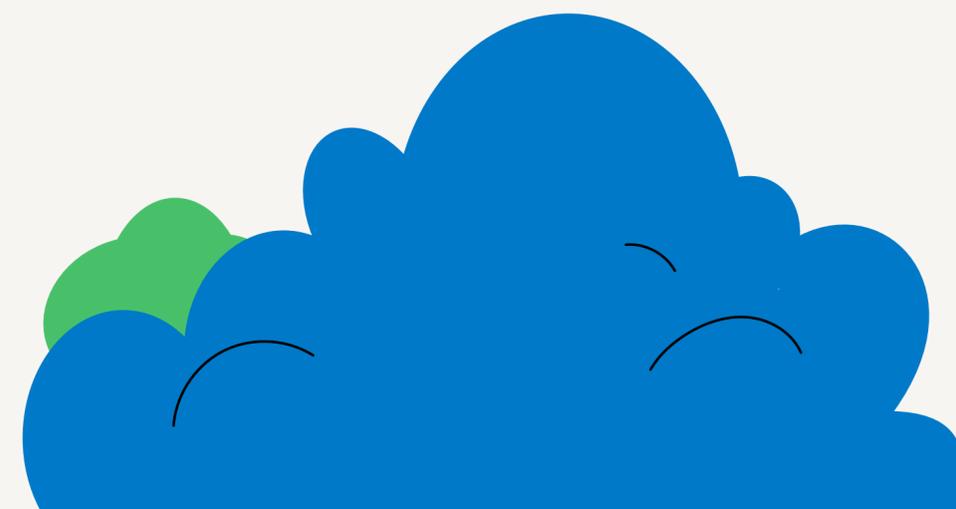
Los beneficios con período de espera específicos no se eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.

Éste es un documento informativo, los detalles de los beneficios, limitaciones y exclusiones se pueden encontrar en las condiciones generales y/o en la Tabla de Beneficios de cada producto/póliza.





**Además de la salud también cuidamos de la información y la experiencia de los seres queridos de nuestros asegurados en todo momento.**





## Todos los productos

El manejo de la información es vital para nosotros, por ello hemos actualizado nuestro aviso de privacidad.

Sabemos que existen momentos difíciles, y queremos mejorar la experiencia de nuestros clientes y la de sus seres queridos para asegurarnos que puedan recibir los beneficios en caso que el asegurado esté deshabilitado medicamente. Es por ello que ahora podrás asignar un contacto de emergencia y designar los beneficiarios en caso del fallecimiento del asegurado principal, todo a través de [www.bupasalud.com/Mi Bupa](http://www.bupasalud.com/Mi Bupa).

