



GUÍA PARA EMPLEADO Y CONTRATO DE PÓLIZA

BUPA CORPORATE CARE

BOLIVIA 2024

CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	2
Bienvenido a Bupa	4
USA Medical Services	5
Su deducible	6
Su cobertura	7
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA	8
Acuerdo	8
Beneficios	11
Condiciones de la póliza	13
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	20
ADMINISTRACIÓN	24
DEFINICIONES	36
SUPLEMENTO	44
El proceso de reclamación	44
La notificación antes del tratamiento	46
Cómo solicitar un reembolso	48

EXPERIENCIA EN SALUD

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. es parte del grupo Bupa, una reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios a los residentes de Latinoamérica y el Caribe. 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 más de 22 millones de personas en 190 países alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 65 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 OBJETIVO

El objetivo de Bupa es que las personas disfruten de vidas más duraderas, saludables 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 70,000 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.

BUPA SE INTERESA POR EL MEDIO AMBIENTE

En Bupa creemos que promover comunidades prósperas y un planeta saludable es esencial para el bienestar de todos. Velamos por la salud de quienes confían en nosotros teniendo en cuenta un impacto positivo en la sociedad y el medio ambiente.

Bupa participa en iniciativas de responsabilidad ambiental para asegurar que nuestros empleados, productos y servicios contribuyan a establecer una sociedad más saludable. Tomamos muy en serio nuestro impacto ambiental, estableciendo políticas ecológicas que benefician el planeta y a las personas en nuestros centros de trabajo. Estamos comprometidos a mejorar la calidad de vida de nuestros clientes y personal así como la de las comunidades que se encuentran necesitadas.

Aunque nos encontramos en una etapa temprana de nuestra campaña ambiental, estamos comprometidos a contribuir positivamente a largo plazo, y estamos tomando las medidas necesarias para reducir nuestra huella ecológica.

BIENVENIDO A BUPA

Gracias por elegir Bupa Corporate Care, ofrecido por Bupa Insurance (Bolivia) S.A. El empleador ha contratado esta póliza de seguro médico de grupo para usted.

Esta Guía de Referencia para el Empleado y Contrato de Póliza contiene las condiciones y beneficios de la póliza de grupo, incluyendo detalles sobre los que está y no está cubierto así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar la cobertura. Por favor revise el Certificado de Cobertura Individual, el cual muestra el deducible correspondiente y otra información importante sobre la cobertura.

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

El Equipo de Servicio Corporativo está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:30 p.m. y está compuesto por ejecutivos profesionales capacitados para ayudarle con:

- Preguntas sobre su membresía
- Dudas sobre su cobertura
- Actualización de su información personal
- El estado de sus reclamaciones

Tel: (591) 3 3412841

Fax: (591) 3 3412832

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta www.bupasalud.com/MiBupa

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:

Tel: +1 (305) 275 1500

Fax: +1 (305) 275 1518

www.bupasalud.com/MiBupa

DIRECCIÓN POSTAL

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.
Calle 9 Este, Esquina Pasillo A, No. 9
Zona Equipetrol
Santa Cruz - Bolivia

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los asegurados de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. 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 ayudar a coordinar hospitalizaciones y ofrecer 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...cuente 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

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta:

www.bupasalud.com/MiBupa

Fuera de los EE.UU.:

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

SU DEDUCIBLE

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo del plan y cobertura geográfica que el empleador haya elegido. Estos deducibles anuales deben cubrirse antes de que los beneficios sean pagaderos. Por favor consulte el Certificado de Cobertura Individual para obtener más información sobre el plan y opción de deducible correspondientes.

COBERTURA MUNDIAL (EXCLUYENDO LOS EE.UU.)

Solamente aplica un deducible por asegurado, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de cobertura de la familia, aplicamos un máximo de dos deducibles por póliza, por año póliza.

Deducible (US\$)				
Plan	1	2	3	4
Deducible mundial por asegurado	(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual)			
Deducible máximo por familia	(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual)			

COBERTURA MUNDIAL (INCLUYENDO LOS EE.UU.)

Existen dos niveles de deducible por asegurado, por año póliza dependiendo del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de cobertura de la familia, aplicamos un máximo de dos deducibles en los Estados Unidos de América por póliza, por año póliza.

Deducible (US\$)				
Plan	1	2	3	4
Deducible mundial por asegurado	(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual)			
Deducible en EE.UU. por asegurado	(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual)			
Deducible máximo por póliza	(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual)			

SU COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. ofrece al empleador la opción de elegir cobertura mundial incluyendo o excluyendo los Estados Unidos de América para acomodar las necesidades regionales o económicas específicas del grupo. Sin embargo, ni Bupa Insurance (Bolivia) S.A., ni USA Medical Services, 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 nosotros o con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

Opción de Cobertura	Opción 1	Opción 2
Cobertura máxima anual por asegurado	(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual)	
Área de cobertura	Mundial (excluyendo los EE.UU.)	Mundial (incluyendo los EE.UU.)

COBERTURA OPCIONAL ADICIONAL

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. ofrece tres anexos de cobertura adicional, los cuales pueden ser seleccionados por el empleador. 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 refiérase a la información en su Certificado de Cobertura Individual o consúltenos directamente para obtener más información.

El empleador puede elegir una, todas o cualquier combinación de 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 póliza de grupo. Los anexos aplican a todos los empleados 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, Cuidado de la Vista y Medicamentos por Receta no están sujetos al deducible del plan Bupa Corporate Care.

- Anexo para el Cuidado Dental: Este anexo ofrece US\$(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual) de cobertura para tratamiento dental básico y especializado por asegurado, por año póliza, 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 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\$(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual) de cobertura por asegurado, por año póliza, 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.
- Anexo para Medicamentos por Receta: Este anexo ofrece US\$(Por favor consulte su Certificado de Cobertura Individual) de cobertura por asegurado, por año póliza para medicamentos por receta que no hayan sido prescritos durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, y están sujetos al 20% de coaseguro. Los medicamentos por receta deben corresponder a una condición médica cubierta bajo el plan Bupa Corporate Care. Deberá adjuntarse una copia de la receta del médico tratante con la solicitud de reembolso.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

CÓDIGO: 201-934767-2014 02 020

Resolución Administrativa APS/DS/N° 032/2021

ACUERDO

- 1.1 BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.:** (de ahora en adelante denominada la "Aseguradora") se compromete a proporcionar a los asegurados los beneficios descritos en el Contrato de Póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Contrato de Póliza.
- 1.2 DERECHO DE QUINCE (15) DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO DE PÓLIZA:** Si el empleador encuentra que el Contrato de Póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, podrá pedir la rectificación correspondiente por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la póliza. Se consideran aceptadas las estipulaciones de ésta si durante dicho plazo no se solicita la mencionada rectificación.
Si dentro de los quince (15) días siguientes a la reclamación, la Aseguradora no da curso a la rectificación solicitada o mantiene silencio, se entiende por aceptada en los términos de la modificación.
- 1.3 AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS SOLICITUDES:** Este Contrato de póliza es emitido en base a la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, los Formularios de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, las declaraciones sobre el estado del riesgo como el formulario de declaración de buena salud o el formulario de declaración de residencia, y el Suplemento Médico, cuando corresponda, así como el pago de la prima. El asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente los hechos y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca. La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado sobre los hechos y circunstancias que, conocidos por el asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro. La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del Asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho al asegurador a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero

estado del riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

- 1.4 CONTRATO DE PÓLIZA COMPLETO:** El Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador está compuesto por (i) la Guía de Referencia para el Empleado, el presente Condicionado General, (ii) la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, (iii) el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo de todos los asegurados, (iv) el Suplemento Médico de todos los asegurados, cuando corresponda, (v) el Condicionado Particular, (vi) el Certificado de Cobertura Individual de todos los asegurados, y (vii) cualquier cláusula de cobertura adicional o enmienda. Ningún reglamento interno de las compañías o acuerdo oral tiene validez sobre el Contrato de Póliza, a menos de que hayan sido incluidos como parte del Contrato de Póliza antes de éste haya sido firmado.

Una vez que la póliza de grupo ha sido emitida, los únicos cambios que pueden hacerse al Contrato de Póliza son las cláusulas de cobertura adicional, enmiendas o endosos que hayan sido acordados por ambas partes.

Si el Certificado de Cobertura Individual ha sido emitido con una enmienda, dicha enmienda pasa a formar parte del Contrato de Póliza. El Contrato de Póliza completo incluye todas las enmiendas y cláusulas de cobertura adicional añadidos por la Aseguradora. Exceptuando a los Grupos de Experiencia.

El Contrato de Póliza solamente puede ser ejecutable por las partes firmantes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquéllas que se describen en el Contrato de Póliza.

- 1.5 AUTORIDAD:** Ningún intermediario, agente o corredor de seguros tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios al Contrato de Póliza en nombre de la Aseguradora, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la póliza de grupo ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre el la Aseguradora y el empleador, y que el Contrato de Póliza sea endosado por medio de una enmienda.
- 1.6 ELEGIBILIDAD:** La Aseguradora puede firmar un Contrato de Póliza de grupo con compañías legalmente incorporadas en Bolivia. Los empleados elegibles para cobertura incluyen a empleados vinculados con contrato de trabajo, u otro vínculo con el Asegurado Principal previamente conocido y aceptado por la Aseguradora y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los dependientes elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo Corporate Care, sujeto a evaluación de riesgo del Grupo.

No hay una edad máxima para renovación para asegurados cubiertos bajo el Contrato de Póliza. El grupo Asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) empleados para ser elegible para renovación.

El Asegurado principal solamente puede ser un empleado elegible. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado principal y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el Asegurado principal ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, u otro vínculo que hayan sido aceptados por la Aseguradora, que sean solteros, que hayan sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza de grupo.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado principal hasta antes de cumplir los diecinueve los veinticuatro (24) años,

si son solteros en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros. Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la póliza de grupo, la que ocurra primero.

Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.

El empleador deberá designar a un Administrador de Grupo con el correspondiente nivel de autoridad para representar al empleador en el desempeño de las responsabilidades administrativas del grupo y para el pago de las primas. Si el empleador involucrara a una tercera parte para fungir como Administrador de Grupo o intermediario, el empleador será el único responsable por los actos u omisiones de dicha tercera parte.

BENEFICIOS

NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios y las Condiciones Generales de la Póliza contenidas en esta Guía de Referencia para el Empleado y Contrato de Póliza contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre la aseguradora y el empleador. El Certificado de Cobertura Individual indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el empleador. Si necesita más información o ayuda, puede comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por asegurado, por año póliza, a menos que se especifique lo contrario.
- En los países donde la aseguradora cuenta con una red de proveedores, el asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de los gastos cubiertos si recibe tratamiento fuera de dicha red de proveedores. Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores Bupa Corporate, por favor comuníquese con nosotros o con el Equipo de Servicio Corporativo.
- Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbres y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los asegurados. Por favor lea esta Guía cuidadosamente, ya que en ella se explican en detalle los beneficios pagaderos. La aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en esta Guía y en el Contrato de Póliza firmado con el empleador.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la póliza de grupo.
- Los asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, 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 nosotros o con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

CÓDIGO APS: 201-934767-2014 02 020 1001

2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

- (a) La habitación estándar privada o semiprivada y alimentación en el hospital están cubiertas tal como se indica en la Tabla de Beneficios, según las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate.
- (b) La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el hospital están cubiertas tal como se indica en la Tabla de Beneficios, según las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate.
- (c) Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.

2.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestelistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.

2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios.

2.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización.

2.5 RED DE PROVEEDORES BUPA CORPORATE: La póliza de grupo Bupa Corporate Care ofrece cobertura dentro de la Red de Proveedores Bupa Corporate, independientemente de si el tratamiento se realiza dentro o fuera del país de residencia del Asegurado. En los países donde la Aseguradora cuenta con una red de proveedores, el Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de los gastos cubiertos si recibe tratamiento fuera de dicha red de proveedores. Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores Bupa Corporate, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo.

La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Corporate está disponible a través de USA Medical Services o en www.bupalud.com, y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Corporate, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.

En los casos en los que la Red de Proveedores no esté especificada en el país de residencia del Asegurado, no existe restricción sobre los hospitales que el Asegurado puede utilizar en su país de residencia.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS

AMBULATORIOS

CÓDIGO APS NO.: 201-934767-2014 02 020 1002

- 3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA:** Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.
- 3.2 SERVICIOS AMBULATORIOS:** Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.
- (a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas listas por una consulta realizada como servicio ambulatorio están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios.
 - (b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarlo a determinar o evaluar la condición del paciente.
- 3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza de grupo están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.
- 3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios hasta un máximo de treinta (30) sesiones por año póliza y no separadamente por condición o terapia. Los servicios deben ser pre-aprobados por USA Medical Services. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener aprobación.
- 3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Después de una hospitalización cubierta, la atención médica en el hogar se cubre tal como se indica en la Tabla de Beneficios hasta un máximo de treinta (30) días por año póliza. Se cubre la atención médica en el hogar cuando:
- (a) es médicamente necesaria, y sin la cual el paciente necesitaría permanecer en el hospital,
 - (b) comienza inmediatamente después de la hospitalización,
 - (c) es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) enfermero(a) calificado(a), y
 - (d) se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico.
- 3.6 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA:** Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico.

3.7 VACUNAS: La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación, incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

3.8 TRATAMIENTOS EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Los tratamientos en 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, estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

CÓDIGO APS NO.: 201-934767-2014 02 020 1003

4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO: 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), así como ultrasonidos
- Las vitaminas requeridas durante el embarazo
- Cargos de obstetra y hospital
- Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto
- Condiciones secundarias debido al embarazo, tales como dolor de espalda, alta presión sanguínea, sangrado vaginal, náusea y vómitos
- Cuidado del recién nacido saludable
 - (a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha estimada del parto.
 - (b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha estimada del parto. Este beneficio solamente aplica cuando es médicamente necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es médicamente necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en 4.1 (a).

4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días después del parto, como se indica en la Tabla de Beneficios, sin deducible.

Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.

- (b) Cobertura permanente:
- (c) Adición automática: Para incluir al recién nacido bajo la membresía de los padres, el Administrador del Grupo deberá enviar dentro de los noventa (90) días siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del recién nacido que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos especificados en la Tabla de Beneficios.
- (d) La cobertura del recién nacido para complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito bajo 4.3.
- (e) Adición no-automática: La adición de recién nacidos que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al recién nacido bajo la membresía de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, el Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento.
- (f) La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, el Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento en estos casos, los cuales están sujetos a los procedimientos estándar de evaluación de riesgo.
- (g) Por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo para obtener más información.
- (h) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en el 4.1.

4.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO: Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto están cubiertas como se indica en la Tabla de Beneficios, e incluyen los gastos médicos relacionados con:

- (a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia post-parto y placenta retenida.
- (b) Complicaciones del recién nacido (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias) tales como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, dificultad respiratoria y traumatismo al nacer.
- (c) Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la póliza de grupo, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

CÓDIGO APS NO.: 201-934767-2014 02 020 1004

5.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o 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 utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

- (a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio está indicada en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando los servicios de la ambulancia terrestre local 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 podrá resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física.
- (b) Transporte por ambulancia aérea:
 - (i) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por USA Medical Services.
 - (ii) La cantidad máxima pagadera por este beneficio está indicada en la Tabla de Beneficios.
 - (iii) El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
- (c) Viaje de regreso: Si el Asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el Asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.

5.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la póliza de grupo. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

CÓDIGO APS NO.: 201-934767-2014 02 020 1005

- 6.1 TRATAMIENTO DEL CÁNCER:** Los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo trasplante de médula ósea, radioterapia, quimioterapia y oncología, están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios. Los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos tales como los requeridos para la quimio-terapia, que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer también están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.
- 6.2 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL:** Los gastos elegibles por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.
- 6.3 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto como se indica en la Tabla de Beneficios. El beneficio para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza de grupo. Este beneficio incluye:
- (a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
 - (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
 - (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.
 - (d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
 - (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
 - (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.

- (g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.
- (h) La cobertura de beneficios está sujeta a la aprobación de USA Medical Services del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de USA Medical Services.
- (i) El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.

6.4 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: El tratamiento médicamente necesario para condiciones congénitas y/o hereditarias está como se indica en la Tabla de Beneficios. El beneficio comienza cuando la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período anterior a la identificación de la condición actual.

6.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimio-terapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguillado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados y reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.

6.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): La póliza de grupo Bupa Corporate Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia relacionado con accidente o enfermedad aguda cuando la vida del Asegurado o su integridad física se encuentran en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, como se indica en este documento. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red en relación con un tratamiento médico de emergencia serán pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

6.7 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto como se indica en la Tabla de Beneficios. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas, o dentaduras.

6.8 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

- 6.9 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS:** El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por USA Medical Services.
- 6.10 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):** La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está limitada al máximo indicado en la Tabla de Beneficios doce (12) meses después de la fecha de efectividad de la cobertura del Asegurado, si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este período.
- 6.11 SALUD MENTAL:** La aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, producto de una enfermedad o dolencia cubierta, hospitalario o de forma ambulatoria hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
- 6.12 CUIDADO PODIÁTRICO NO COSMÉTICO:** Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece esta cobertura de cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de los pies.
- 6.13 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR:** En caso de que fallezca el Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura a los asegurados dependientes cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el Asegurado Titular, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

Esta cobertura no será procedente si los beneficiarios del asegurado titular solicitan la devolución de la prima no devengada por fallecimiento, y dicha devolución es efectuada en términos de las Condiciones Generales.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza de grupo no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

7.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- (l) Que no sea médicamente necesario, o
- (m) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
- (n) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
- (o) Que está relacionado con el cuidado personal, o
- (p) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- (q) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, alimentos para visitantes o cosméticos.

7.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS: Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.

7.3 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 en su Tabla de Beneficios.

7.4 MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.

7.5 CIRUGÍA COSMÉTICA: La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el

Asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.

- 7.6 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto si es autorizado por escrito por la Aseguradora.
- 7.7 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL:** Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
- 7.8 TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES:** Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o epidemias que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.
- 7.9 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA:** Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
- 7.10 GASTOS QUE EXCEDAN UCR:** Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 7.11 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS:** El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda, o no cubiertas bajo esta póliza de grupo.
- 7.12 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO:** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 7.13 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES:** Tratamiento de lesiones que resulten mientras el Asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 7.14 VIH/SIDA:** Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.
- 7.15 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL:** La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por USA Medical Services.
- 7.16 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO:** Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta membresía.
- 7.17 MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O SIN RECETA:** Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos por receta que no fueron originalmente recetados durante una hospitalización o por un tratamiento durante hospitalización, y medicamentos por receta que no han sido recetados como parte del post-tratamiento directamente

relacionado con un tratamiento ambulatorio. Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.

- 7.18 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL:** Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por USA Medical Services.
- 7.19 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS:** Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 7.20 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR:** Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
- 7.21 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO:** Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
- 7.22 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO:** Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
- 7.23 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE:** Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia, inadecuaciones, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.
- 7.24 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD:** Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.
- 7.25 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD:** Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
- 7.26 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS:** Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.
- 7.27 ABORTO:** La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 7.28 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.

- 7.29 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA:** Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.
- 7.30 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Excepto cuando ha sido causada por politraumatismo en un accidente cubierto. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por USA Medical Services. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
- 7.31 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA:** Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.
- 7.32 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS:** El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier epidemia y/o pandemia y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.
- 7.33 ACTOS NEGLIGENTES:** Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

ADMINISTRACIÓN GENERAL

- 8.1 CONTRATO DE PÓLIZA:** El Contrato de Póliza se rige por un acuerdo entre la Aseguradora y el empleador, el cual cubre los términos y condiciones de la póliza de grupo. Esto significa que no hay un contrato legal entre el Asegurado y la Aseguradora.

El Contrato de Póliza solamente puede ser ejecutable por las partes firmantes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquellas que se describen en el Contrato de Póliza.

- 8.2 TÉRMINO DEL CONTRATO DE PÓLIZA:** El término del Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador es de un (1) año.

- 8.3 AUTORIDAD:** Ningún intermediario, agente o corredor de seguros tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios al Contrato de Póliza en nombre de la Aseguradora, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la póliza de grupo ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre la Aseguradora y el empleador, y que el Contrato de Póliza sea endosado por medio de una enmienda.

- 8.4 MONEDA:** Todos los valores monetarios en esta Guía de Referencia para el Empleo y Contrato de Póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).

- 8.5 CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:** La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de la Aseguradora y para todas sus afiliadas. La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus Asegurados muy seriamente. Con este fin, la Aseguradora cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con el contrato de póliza, incluyendo (en su caso) las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América (“HIPAA”, por sus siglas en inglés). Toda actividad de tratamiento de datos personales de Asegurados por parte de la Aseguradora se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por estas Condiciones Generales, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.bo.

La Aseguradora puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales de Asegurados. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, incluso en países en donde es posible que no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos, los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales a cargo de ellos, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por conducto nuestro.

Si el empleador y/o el Asegurado principal se transfiere a otro seguro de la Aseguradora a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras compañías afiliadas, entonces la Aseguradora compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza del empleador y/o del Asegurado principal y sus respectivos dependientes.

La Aseguradora podrá compartir la información de dependientes asegurados con el empleador y/o respectivo con el Asegurado principal por medio del cual los dependientes (actuales o propuestos) que hayan sido presentados a la Aseguradora para fines de incorporarlos bajo los beneficios de cobertura del contrato de póliza de seguro. La información de dependientes antes referida y que puede así ser compartida por la Aseguradora, incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.

El empleador y los Asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la Aseguradora, en www.bupasalud.com.bo.

8.6 INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS: El condicionado general de la de Póliza, el Certificado de Cobertura Individual y el condicionado particular ofrecen información sobre la cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio en los términos y condiciones acordados entre la Aseguradora y el empleador. El empleador es responsable de informar a los asegurados sobre cualquier cambio a los términos y condiciones que afecte la póliza de grupo. El Certificado de Cobertura Individual con- tiene información sobre las condiciones y tratamientos con restricción o exclusión de cobertura—si existen—que correspondan a cual- quiera de los asegurados en base a su historial médico.

8.7 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA: Sujeto a las condiciones del Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:

- (a) La cobertura de Asegurado bajo la póliza de grupo comienza a la 00:01 hora boliviana en la fecha efectiva indicada en el Certificado de Cobertura Individual que la Aseguradora le extiende al Asegurado y termina a las 24:00 horas, hora boliviana en la fecha cuando expira la póliza de grupo según el Contrato de Póliza.
- (b) El empleador puede cancelar la cobertura de un Asegurado principal bajo la póliza de grupo, o la cobertura de cualquiera de los dependientes del Asegurado principal, en cualquier momento solicitando la baja respectiva. Sin embargo, la Aseguradora no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El empleador es responsable por el pago de las primas hasta la fecha efectiva de la cancelación.

- (c) La Aseguradora puede cancelar la cobertura de un Asegurado principal bajo la póliza de grupo en las siguientes situaciones:
 - (i) Si termina el Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador
 - (ii) Si el empleador no renueva la póliza de grupo
 - (iii) Si el empleador no paga la prima de algún Asegurado o no efectúa cualquier otro pago adeudado según lo estipulado en el Contrato de Póliza
 - (iv) Si un Asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en el Artículo 8.12 de este documento
 - (v) Si fallece el Asegurado principal.
- (d) La Aseguradora puede cancelar o rescindir el Contrato de Póliza o la cobertura de un Asegurado principal bajo la póliza de grupo si existe evidencia de que el Asegurado principal ha engañado o tratado de engañar a la Aseguradora:

Esto incluye el proporcionar información falsa u ocultar información necesaria para la Aseguradora, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la Aseguradora, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la Aseguradora al decidir:

 - (i) Si un Asegurado puede unirse al grupo
 - (ii) La cantidad de la prima que el empleador debe pagar
 - (iii) Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación

Todo reclamo presentado y aceptado por la Aseguradora que se haya suscitado durante el periodo de cobertura de esta póliza de grupo será cubierto de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente documento.

8.8 REEMBOLSOS: Si el Contrato o las Condiciones Particulares de un Asegurado son cancelados luego de haber sido emitidos, rehabilitados o renovados, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima al Contratante. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días calendario correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días calendario que el Contrato o las Condiciones Particulares estuvieron en vigor.

8.9 INSCRIPCIÓN INICIAL O ADICIÓN POSTERIOR: Se puede añadir nuevos empleados al grupo presentando un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, tal como se indica a continuación:

- (a) Grupos Colectivos: Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y dependientes serán incluidos en el grupo (i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido de una maternidad cubierta será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto (solamente en Planes de deducible US\$0 / US\$1,000 y Plan US\$500 / US\$ 2,000). Para añadir recién nacidos de una maternidad no cubierta, el Asegurado debe presentar un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, y dicha adición estará sujeta a evaluación de riesgo. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de la adición.

- (b) Grupos Experiencia: Los empleados y dependientes serán incluidos en base a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo y si las Condiciones Particulares lo contempla.
- (i) a partir de la fecha efectiva de la inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto.

El empleador se compromete a inscribir a todos los empleados elegibles como asegurados principales a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del Contrato de Póliza.

La Aseguradora puede anular, a su discreción, la cobertura de un Asegurado principal y sus dependientes si considera o sospecha que el Asegurado principal o sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. La Aseguradora puede cancelar la cobertura de un Asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho Asegurado.

8.10 ADICIÓN DE DEPENDIENTES: Si el empleador está de acuerdo, el Asegurado principal puede solicitar la inclusión de su cónyuge o compañero(a) doméstico(a) e hijo(s) como dependientes bajo su cobertura con la póliza de grupo. Para solicitarlo, deberá llenar un Formulario de Inscripción del Empleado para Salud de Grupo y el Suplemento Médico (si corresponde).

8.11 CAMBIO DE OPCIÓN O PLAN: En la fecha de aniversario del Contrato de Póliza, el empleador puede solicitar un cambio de opción o plan (deducible) para el grupo completo. Si el cambio es aprobado, la Aseguradora ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de opción o plan para un Asegurado individual no serán aprobados. Para Grupos Colectivos, durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el recién nacido estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior durante los diez (10) meses siguientes a la fecha de vigencia del cambio. Para Grupos Experiencia, los beneficios bajo la nueva opción o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio. Exceptuando los Grupos de Experiencia.

8.12 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA: El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación o rescisión de la cobertura, el deducible, o la prima según el área geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

8.13 CAMBIOS A LA COBERTURA: Los términos y condiciones de la póliza de grupo pueden cambiarse en ciertas ocasiones a mediante enmiendas al Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador. Exceptuando los Grupos de Experiencia.

8.14 CAMBIOS AL CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL: La Aseguradora enviará un nuevo Certificado de Cobertura Individual al Asegurado principal en las siguientes situaciones:

- (a) Si añade bajo su cobertura a un dependiente, como un hijo recién nacido o un cónyuge, con la aprobación del empleador.

- (b) Si la Aseguradora necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el empleador o cualquier cambio que la Aseguradora tenga el derecho de hacer El nuevo Certificado de Cobertura Individual reemplazará cualquier versión anterior que posea el Asegurado principal a partir de la fecha de efectividad que aparece en el nuevo Certificado de Cobertura Individual.

8.15 CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si cambia la dirección o información de contacto de un Asegurado, el Asegurado deberá informar al Administrador del Grupo, quien informará a la Aseguradora sobre el cambio.

8.16 DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL: Si la cobertura bajo la póliza de grupo termina, es posible que el Asegurado principal y sus dependientes incluidos bajo la membresía puedan transferir su cobertura a un plan individual con un deducible igual o mayor, y las mismas restricciones en vigor bajo el plan Bupa Corporate Care, después de cumplir con los requisitos de elegibilidad de ese plan específico. Los asegurados bajo un Grupo Colectivo podrán transferir su cobertura sin evaluación de riesgo. Los asegurados bajo un Grupo Experiencia que deseen transferir su cobertura a un plan individual están sujetos a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo a evaluación de riesgo. Por favor comuníquese con la Aseguradora o con su Administrador de Grupo para averiguar si el Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador contempla esta opción.

Si el Asegurado tiene el derecho de transferir su cobertura y desea proceder con el cambio, deberá enviar una Solicitud de Seguro de Salud Individual a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de su cobertura dentro del grupo, según aplique.

8.17 CESE DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA: En caso de que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Aseguradora sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

8.18 RESCISIÓN DE CONTRATO Y LIQUIDACIÓN DE LA PRIMA: El presente contrato, puede ser rescindido por voluntad unilateral de cualquiera de las partes contratantes. Si la Aseguradora ejerce la facultad de rescindir, debe notificar por escrito su decisión al asegurado en su domicilio y con antelación no menor de quince (15) días; si fuera el asegurado quien ejerza la facultad de rescindir, ésta producirá sus efectos desde su notificación escrita al asegurador. Si la rescisión del contrato fuera por voluntad de la Aseguradora, ésta devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido; salvo que durante la vigencia del seguro objeto de la rescisión, haya pagado al asegurado, siniestros por un valor de cuando menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada (Se entiende por prima neta a la prima comercial anual menos los impuestos de ley y aportes al regulador). Si fuera por voluntad del asegurado, el asegurador tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según la siguiente Tarifa de Plazos Cortos, quedando el remanente a favor del asegurado principal.

TARIFA DE PLAZOS CORTOS	
Meses de seguro	Proporción de prima
1	25%
2	40%
3	55%
4	65%
5	75%
6	80%
7	85%
8	90%
9	95%
10	100%

8.19 INSOLVENCIA: La insolvencia, bancarrota, dificultad financiera, plan voluntario de pago a acreedores, o disolución del negocio del Empleador no impondrá ninguna responsabilidad sobre Bupa que no haya sido específicamente determinada en el Contrato

RENOVACIÓN

9.1 RENOVACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO: La renovación de la cobertura de los asegurados depende de que el empleador renueve el Contrato de Póliza con la Aseguradora. La renovación de la cobertura de cada empleado está sujeta a la decisión del empleador.

9.2 FACTURAS: La Aseguradora emitirá facturas por adelantado detallando la cantidad de la prima anual. La Aseguradora también podrá emitir facturas o reembolsos para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el empleador. El empleador deberá pagar la prima a la Aseguradora cada año a más tardar en la fecha de vencimiento del pago. Cuando un Asegurado principal o un dependiente se une al grupo después del inicio del período de cobertura, la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona, y el empleador deberá pagar a la Aseguradora dicha cantidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de la factura. Cuando un Asegurado principal o un dependiente sale del grupo después del inicio del período de cobertura, la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y reembolsará prontamente, cuando corresponda, cualquier cantidad en exceso que ya haya sido pagada por el empleador a la Aseguradora con respecto al Asegurado principal o dependiente. Para los propósitos del Contrato de Póliza, la prima a prorrata representa todas las cantidades pagadas con respecto al Asegurado para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho Asegurado estuvo inscrito en el grupo.

9.3 PAGO DE LA PRIMA: El empleador es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la cobertura de todos los asegurados bajo el Contrato de Póliza entre la Aseguradora y el empleador. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza de grupo o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Aseguradora. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el empleador no ha recibido un

aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de la prima, el empleador deberá comunicarse con su agente o directamente con la Aseguradora. El empleador recibirá la nota de renovación con el detalle de las tres formas de pago aprobadas por la Aseguradora:

- (i) emisión de cheque,
- (ii) depósito en cuenta o (iii) pago con tarjeta de crédito. El empleador puede solicitar su nota de renovación al correo bolivia@bupa.com.bo o usando el Servicio en Línea.

9.4 PAGO RETRASADO: El empleador es responsable por el pago a tiempo de la prima. El pago de la prima vence en la fecha de renovación del Contrato de Póliza o en cualquier otra fecha autorizada por la Aseguradora. Los avisos de renovación se envían como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza el envío de dichos avisos. Si el Administrador del Grupo no ha recibido el aviso de renovación treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento del pago, y no sabe cuál es la cantidad que debe pagarse, el Administrador del Grupo deberá contactar al agente o a la Aseguradora. **El empleador debe cancelar la prima en un solo pago.**

El incumplimiento en el pago de la prima, dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato.

9.5 MODALIDAD DE LA PÓLIZA: Las primas deben pagarse anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.

9.6 CAMBIOS EN LAS TARIFAS DE PRIMA: La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en la fecha de renovación. Cualquier ajuste será notificado al empleador por lo menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de dicho cambio. El empleador podrá terminar el Contrato de Póliza a partir de la fecha efectiva del cambio propuesto si ambas partes no están de acuerdo con dicho cambio.

9.7 PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes del final del período de gracia, el Contrato de Póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia, salvo que el pago de la prima sea recibido por la Aseguradora.

9.8 REHABILITACIÓN: Si el Contrato de Póliza no es renovado dentro del período de gracia, puede ser rehabilitado a más tardar treinta (30) días después de finalizado el período de gracia. El pago de las primas adeudadas rehabilitará la cobertura del grupo sin interrupción. No se autorizará ninguna rehabilitación después de que hayan transcurrido sesenta (60) días de la fecha efectiva del pago.

9.9 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE PÓLIZA: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir el Contrato de Póliza o cualquier Certificado de Cobertura Individual si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora apruebe una inscripción cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido el Certificado de Cobertura Individual con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar

cobertura. La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el Contrato de Póliza en base a la clase, tal como se define en este documento.

El empleador se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Póliza enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo.

RELAMACIONES

10.1 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA: El Asegurado debe notificar a la Aseguradora o a USA Medical Services, la administradora de reclamaciones de 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 notifica a la Aseguradora o a USA Medical Services 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 corresponde.

Si el Asegurado no notifica a USA Medical Services antes de su tratamiento, la Aseguradora no garantiza el pago directo al proveedor.

La Aseguradora puede liberarse de sus obligaciones cuando el Asegurado omite dar el aviso con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias de la reclamación.

10.2 DIAGNÓSTICO: Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

10.3 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL/ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO, SI CORRESPONDEN.

10.4 DEDUCIBLE: El empleador ha elegido un plan de deducible para los asegurados bajo la póliza de grupo. El deducible correspondiente se encuentra en el Certificado de Cobertura Individual de cada Asegurado principal. Antes de que la Aseguradora pague los beneficios, el Asegurado debe pagar una cantidad específica correspondiente a los cargos elegibles incurridos por cada Asegurado cada año póliza. Esta cantidad es el deducible. Si la familia del Asegurado está cubierta bajo la póliza de grupo, el deducible se aplica separadamente a cada Asegurado. Sin embargo, la Aseguradora aplica un total máximo de dos deducibles por familia, por año póliza, si se procesan reclamaciones para dos o más asegurados en la familia. Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el deducible, el Asegurado deberá enviar un formulario de solicitud de reembolso a la Aseguradora si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el deducible anual.

Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplica el deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente será aplicado en cualquier hospitalización subsiguiente.

10.5 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El Asegurado o beneficiario, según el caso, tienen la obligación de facilitar, a requerimiento del asegurador, todas las informaciones que tengan sobre los hechos y circunstancias del siniestro, a suministrar las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, así como permitir las indagaciones pertinentes necesarias a tal objeto. El Asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a la Aseguradora dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, salvo exista fuerza mayor o impedimento debidamente justificado, el Asegurado tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con los documentos de la póliza de grupo; también pueden obtenerse comunicándose con su

agente, con la Aseguradora, o con USA Medical Services a las direcciones señaladas en este documento, en nuestros sitios web: www.bupa.com.bo o www.bupasalud.com.

Para que los beneficios sean pagaderos bajo la póliza de grupo, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el Asegurado principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

Si el tratamiento ha sido realizado en Bolivia, asegúrese de que las facturas, para su aceptación y reembolso, una vez superado el deducible, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y se presenten físicamente a la Aseguradora a más tardar el último día hábil del mes en el cual se emitió la factura; caso contrario, la Aseguradora podrá descontar el valor del crédito fiscal IVA del monto total de la misma y el reembolso se hará deduciendo el crédito fiscal IVA.

La Aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información y evidencia citadas precedentemente. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo del plazo. El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de la aseguradora al asegurado que se complementen mayores requerimientos y no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos. La solicitud de complementos por parte de la aseguradora no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información. El silencio de la aseguradora, vencido el término para pronunciarse o vencidas las solicitudes de complementación, importa la aceptación del reclamo.

10.6 PAGO DE RECLAMACIONES: Establecido el derecho del Asegurado y el monto de la indemnización, la Aseguradora debe pagar su obligación según el contrato, dentro de los sesenta (60) días siguientes. La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será la obtenida de fuentes de información pública determinadas por la Aseguradora según la fecha de prestación del servicio. La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado principal la cantidad menor entre (i) la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y (ii) la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado principal. La Aseguradora o USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al Asegurado principal. En caso de que el Asegurado principal fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del Asegurado principal.

Para hacer efectivos los pagos por reclamaciones de servicios o tratamientos médicos realizados fuera de Bolivia, las facturas deberán ser enviadas a la Aseguradora dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del servicio o tratamiento. Sin embargo, para recibir reembolso por cualquier tratamiento o servicio en Bolivia, una vez superado el deducible, las facturas

médicas deberán emitirse a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y presentarse a la Aseguradora a más tardar hasta el día ocho (8) del mes siguiente al mes de la emisión de la factura; caso contrario, la Aseguradora podrá descontar el impuesto por el crédito fiscal del monto total de la misma. Aseguradora

La Aseguradora efectuará los pagos por medio de cheque o transferencia electrónica. Algunas veces, las regulaciones bancarias internacionales no permiten hacer pagos en la moneda solicitada por el Asegurado principal. En esos casos, la Aseguradora enviará el pago en dólares americanos. Es responsabilidad del Asegurado principal pagar cualquier cargo que no sea elegible para pago bajo la cobertura de su póliza de grupo.

Ni la Aseguradora, ni USA Medical Services, 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 USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

10.7 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si alguno de los asegurados tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza de grupo, dichos beneficios serán coordinados. Todas las reclamaciones incurridas en Bolivia deberán ser presentadas en primera instancia contra la otra póliza. La Aseguradora solamente pagará beneficios cubiertos bajo la póliza de grupo cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Fuera de Bolivia, la aseguradora funcionará como la principal Aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra Aseguradora.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la Aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto. La Aseguradora no será responsable por liquidar un monto mayor al proporcional. Si los gastos son cubiertos en su totalidad o parcialmente bajo otro plan o programa financiado por un gobierno, la Aseguradora no será responsable por el monto cubierto. El Asegurado se compromete a cooperar con la Aseguradora y a notificarle inmediatamente cualquier reclamo o derecho contra terceras partes. En todos los casos, la Aseguradora tendrá pleno derecho de subrogación.

10.8 EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de una reclamación, antes de que se llegue a una conclusión, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora.

10.9 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos correspondientes, y cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.

10.10 APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora sobre esta póliza de grupo y/o sus condiciones, el Asegurado deberá solicitar una revisión del caso a través del proceso de Conciliación y Arbitraje según lo establece la cláusula 10.11 de este documento, antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta

revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones de la Aseguradora. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

10.11 ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN: Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del arbitraje, de acuerdo a lo previsto en la Ley No 708, Ley de Conciliación y Arbitraje y el procedimiento aplicable será el previsto en el Reglamento de Arbitraje del Centro que administrará el arbitraje.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda (UFV100.000,00). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

10.12 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: La Aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del Asegurado a quien ha pagado una reclamación, cuando el Asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad.

10.13 PRESCRIPCIÓN: Las acciones emergentes del presente contrato prescriben en dos años a contar de la fecha del siniestro. Además de las causas ordinarias, la prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por la ley. La cobranza de la prima devengada, prescribe en el mismo plazo a contar de la fecha en que ella es exigible.

10.14 JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA: El conocimiento de las acciones judiciales emergentes del contrato de seguro, es de competencia y jurisdicción del juez del domicilio del Asegurado o del lugar donde se encuentren los intereses asegurados.

DEFINICIONES

Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en este documento, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de la membresía.

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

ADMINISTRADOR DE GRUPO: La persona designada por el empleador para administrar la póliza de grupo. Esta persona es a quien la Aseguradora dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a la Aseguradora sobre cualquier cambio a la membresía en nombre del Asegurado.

ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva del Contrato de Póliza y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ÁREA DE COBERTURA: El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (llamados EE.UU. en esta guía), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el empleador.

ASEGURADO: El empleado y/o dependiente identificado en el Certificado de Cobertura Individual. El término "Asegurado" incluye al Asegurado principal y a todos los dependientes en la cobertura bajo la póliza de grupo.

ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y la primera persona identificada en el Certificado de Cobertura Individual, quien está facultado para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

ASEGURADORA: Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

BENEFICIARIO: La persona que recibe una prestación, goza de un beneficio o se beneficia de algo. Para los efectos de esta póliza, es la persona identificada por el Asegurado principal en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores, o designada por un tribunal competente, para recibir beneficios relacionados con esta póliza en caso de fallecimiento del Asegurado principal.

BENEFICIO: Cualquier gasto elegible por el cual la Aseguradora deberá pagar, según especificado en la Tabla de Beneficios.

CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL: Documento del Contrato de Póliza que especifica la fecha de efectividad, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado principal y a cada dependiente cubierto.

CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL: Documento añadido por la Aseguradora a la póliza de grupo que agrega y detalla una cobertura opcional adicional.

CLASE: Los asegurados de todas las coberturas de seguro de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

COASEGURO: El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que al 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): El coaseguro máximo 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.

COBERTURA: Los beneficios médicos a los que tiene derecho el Asegurado bajo la póliza de grupo contratada por el empleador con la Aseguradora.

COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A): Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado principal ha establecido una relación de vida doméstica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del recién nacido que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la cobertura bajo la póliza de grupo, o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la cobertura bajo la póliza de grupo, o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la cobertura bajo la póliza de grupo.

CONDICIÓN TERMINAL: La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

CONSULTA: Visita a un médico para evaluar o tratar una condición médica.

CONTRATO DE PÓLIZA: Es el contrato de seguro y representa el acuerdo entre la Aseguradora y el empleador bajo el cual la Aseguradora acepta cubrir a los asegurados como parte del grupo.

COPAGO: El copago es la tarifa 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.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, afeitarse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

DEDUCIBLE: El importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado antes de que los beneficios de la cobertura bajo la póliza de grupo sean pagaderos. Hay dos tipos de deducibles considerados en la cobertura bajo la póliza de grupo, dependiendo de la opción de cobertura elegida por el empleador y el país donde se ofrezca el tratamiento o servicio.

DEPENDIENTE: Cualquier persona mencionada en el Certificado de Cobertura Individual que no sea el Asegurado principal, que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, y para quien se ha aprobado la cobertura bajo la póliza de grupo. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a), y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores de edad para quienes el Asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros.

DESEMBOLSO MAXIMO (OUT 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. Gastos incurrido fuera del país de residencia están sujetos a un deducible fuera del país de residencia.

DIAGNÓSTICO: Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha efectiva

de cobertura para el Asegurado correspondiente. El Asegurado correspondiente no puede ser un hijo dependiente. Sólo los Planes 1 y 2 ofrecen beneficios para los embarazos cubiertos.

EMERGENCIA: Condición médica (enfermedad o lesión) que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

EMPLEADOR: Es el tomador del Seguro, pudiendo ser una compañía, empresa, negocio o persona con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a sus empleados bajo este seguro de salud de grupo.

ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

ENMIENDA: Documento que la aseguradora agrega a la cobertura bajo la póliza de grupo para aclarar, explicar o modificar dicha cobertura.

EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO: Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los asegurados con preguntas relacionadas con su membresía, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad del Contrato de Póliza.

FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA: La fecha indicada en el Certificado de Cobertura Individual en la cual comienza la cobertura bajo la póliza de grupo.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO Y/O SUPLEMENTO MÉDICO: Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los empleados y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el empleado durante la entrevista médica realizada por la Aseguradora, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la Aseguradora antes de aprobar la cobertura bajo la póliza de grupo.

GASTOS ELEGIBLES: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la membresía que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla

de Beneficios, y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

GRUPO COLECTIVO: Se consideran a aquellos grupos de 10 a 69 empleados.

GRUPO EXPERIENCIA: Se consideran a aquellos grupos de 70 empleados o más.

HIJASTRO: Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado principal.

HOSPITAL: Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que: a) se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados a largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

MÉDICAMENTO NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por USA Medical Services. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado medicamento necesario si:

- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite), o
- (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado, o
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- (d) Caer fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- (e) Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Medicamentos con mecanismo de acción especial diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones genéricas o de casa comercial disponible.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término "médico" o "doctor" también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

MEMBRESÍA: Condición de miembro del seguro grupal BUPA CORPORATE CARE.

NOTIFICACIÓN: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

OPCIÓN: El área de cobertura y el límite máximo anual seleccionado por el empleador para los asegurados en el grupo.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año póliza, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras que la cobertura bajo la póliza de grupo está en vigencia.

PERÍODO DE ESPERA GENERAL: El periodo 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 periodo, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este periodo.

PERIODO DE ESPERA ESPECÍFICO: El periodo de tiempo especificado para ciertas coberturas en la Tabla de Beneficios. Los beneficios con periodo de espera específicos no se eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.

POLITRAUMATISMO: Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un accidente serio.

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Una operación, incluyendo las consultas inmediatamente antes y después de la cirugía, y todo el cuidado necesario antes de que el paciente sea dado de alta del hospital.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radio- grafía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

RED DE PROVEEDORES BUPA CORPORATE: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados por la Aseguradora para atender a sus asegurados. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Corporate está disponible en USA Medical Services y está sujeta a cambio sin previo aviso.

RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA: Relación entre el Asegurado principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:

- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común

- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida
- (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18 años de edad
- (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato
- (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - (i) Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año
 - (ii) Ambos son propietarios de una residencia en común
 - (iii) Cumplen con por lo menos dos(2) de los siguientes requisitos:
 - Un automóvil que pertenece a los dos
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
 - Una cuenta de crédito mancomunada
 - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal
 - El Asegurado principal y su compañero(a) doméstico(a) deberán firmar conjunta- mente el affidavit de relación de vida doméstica requerido.

RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados que el Asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por USA Medical Services.

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semiprivadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, enfermero(a) privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO: Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una enfermedad o lesión.

TRATAMIENTO DENTAL RECLACIONADO CON UN ACCIDENTE: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sufridos durante un accidente cubierto.

TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia no serán cubiertos bajo este beneficio.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médica- mente necesarios debido a una emergencia.

URGENCIA: situación médica que generalmente requiere atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida del asegurado, ni genera peligro en la evolución de su afección. Su evaluación, estabilización o tratamiento médico se realiza en un centro de salud de forma ambulatoria.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevaletentes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

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

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A USA MEDICAL SERVICES AL +1 (305) 275 1500

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.

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

Ingrese a www.bupasalud.com, busque la sección "Mi Bupa" y siga los pasos de registro con su correo electrónico, para que administre su póliza desde la comodidad de su casa u oficina, y disfrute de todos nuestros servicios en línea:

- Acceso a los documentos de su póliza, y tarjetas de seguro
- Realizar los pagos de su póliza
- Solicitar cambios de su póliza
- Solicitar reembolsos, y ver el estatus de sus reclamos
- Enviar consultas al área de servicio al cliente
- Solicitar pre-autorizaciones
- Servicios de Virtual Care (Telemedicina)

ANTES

Al notificar a USA Medical Services 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, 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 en USA Medical Services 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 en USA Medical Services. 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 USA Medical Services enviando su solicitud de pre-autorización a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa o llamando al +1 (305) 275-1500, 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

Contacte a USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, o llamando al +1 (305) 275-1500. 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 a través de MiBupa. El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y 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

Contacte a USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, o llamando al +1 (305) 275-1500. 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

Para procesar su reclamación al salir del hospital, 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 el empleador eligió para la póliza de grupo).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services 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 la Red de Proveedores Bupa Corporate, si el asegurado no notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre la condición del asegurado.

SI SU MÉDICO RECOMIENDA TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Contacte a USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, o llamando al +1 (305) 275-1500. 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 el pago directo al proveedor correspondiente. Sin embargo, 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.bupalasalud.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 Insurance (Bolivia) S.A.

Calle 9 Este, Esquina Pasillo A, No. 9, Piso 1
Equipetrol, Santa Cruz – Bolivia
Tel. + (591) 3 3412841 • Fax: + (591) 3 3412832

o

USA Medical Services

17901 Old Cutler Road, Suite 400
Palmetto Bay, Florida 33157, USA
Tel. +1 (305) 275 1500 • Fax: +1 (305) 275 1518

o

inicie su proceso de reembolso a través de Mi Bupa
www.bupalasalud.com/MiBupa

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.
Calle 9 Este, Esquina Pasillo A,
No. 9, Piso 1
Zona Equipetrol
Santa Cruz – Bolivia
Tel. +(591) 3 3412841
Fax: +(591) 3 3412832
www.bupasalud.com