



ANEXO DE COBERTURA DE APARATOS AUDITIVOS Y DE VISION PLAN 1

Salvo se estipule expresamente lo contrario, los Anexos se rigen por las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares del Seguro Principal. Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. COBERTURA

Cualquier tratamiento, procedimiento o servicio cubierto bajo este beneficio requerirá que el asegurado realice la Coordinación del Servicio o Pre-autorización con La Compañía para recibir autorización previa a menos que lo contrario se especifique en la Tabla de Coberturas o Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de que el asegurado no reciba la Pre-autorización, ya sea que el producto contratado este sujeto a una red o cuente con libre elección de proveedores, este estará sujeto a un porcentaje de penalización, definido en el **Condicionado General**, aplicable a todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del deducible y coaseguro, de ser aplicables.

1.1. Examen Ocular

La Compañía cubrirá un (1) examen de refracción cada año póliza, que incluye el costo de la consulta.

1.2. Aparatos auditivos

La Compañía cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.

1.3. Anteojos y lentes de contacto

La Compañía cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.

1.4. Cirugía refractiva

La Compañía cubrirá los costos de la cirugía refractiva (excimer láser) incluyendo los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y complicaciones que se deriven de la intervención, para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- El Asegurado Titular o dependiente tendrá cobertura desde las 3 dioptrías de una misma condición en el ojo que está siendo tratado, y
- si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado

No se aceptará como válida la sumatoria de las dioptrías de ambos ojos para recibir este beneficio.

La Compañía únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. El valor máximo estipulado en la presente Tabla de Coberturas aplica para ambos ojos.

2. EXCLUSIONES

Las indicadas en la Cláusula 12 de las Condiciones Generales de la póliza

TABLA DE COBERTURAS DEL ANEXO DE APARATOS AUDITIVOS Y DE VISION PLAN 1 (no aplica deducible)

Cobertura	Límite
Examen Ocular	\$100
Aparatos auditivos	80% hasta US\$1,000
Anteojos y lentes de contacto	80% hasta US\$500
Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida)	80% hasta US\$1,000

<https://www.bupasalud.com/sites/default/files/documentos/2025-08/central/Anexo-Aparatos-Auditivos-y-de-Vision-Bupa-Global-Care-plan1.pdf>