



Este documento forma parte de las condiciones generales de su producto. Por favor consulte las secciones II. Coberturas Básicas y III. Exclusiones y/o Limitaciones de sus condiciones generales para mayores detalles sobre los beneficios y sus limitaciones.

Aspectos importantes a considerar con respecto a los beneficios cubiertos por su **Plan Bupa Empresarial**:

### **PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO**

En la República Mexicana	Acceso a hospitales, médicos, laboratorios y farmacias dentro de la red de proveedores médicos en convenio, con los que Bupa ha celebrado convenios de pago directo. Dicha red de proveedores médicos en convenio podrá ser consultada en <a href="http://www.bupasalud.com.mx">www.bupasalud.com.mx</a> o llamando al Centro de atención telefónica al 55 6826 9296.
--------------------------	---

**Fuera del territorio nacional, la póliza Bupa Empresarial no proporciona cobertura.**

### **NOTIFICACIÓN A BUPA**

Se recomienda que el asegurado notifique a Bupa por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico.

En caso de **tratamiento de emergencia médica grave**, se deberá notificar a **Bupa** dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**.

Para fines de claridad, cualquier notificación a **Bupa** deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

### **PERÍODOS DE ESPERA**

Esta **póliza** cuenta con **períodos de espera** a partir de la **fecha efectiva de la póliza** descritos en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Bupa Empresarial**. Sin embargo, estos **períodos de espera** no aplican cuando se trate de accidentes que, habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como (a) politraumatismos, (b) **enfermedades** agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y **enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un **padecimiento preexistente**. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del **asegurado** está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el **médico** tratante y el consultor médico de **Bupa**.

PERÍODOS DE ESPERA	
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	48 meses
<b>Padecimientos</b> de rodilla, ácido-pépticos, columna vertebral, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernias, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas) <b>padecimientos</b> anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, <b>padecimientos</b> de la vesícula y vías biliares, <b>enfermedades</b> articulares de las falanges de los pies, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias	24 meses
<b>Tratamiento</b> contra el cáncer	12 meses
<b>Hallux Valgus</b>	12 meses
<b>Maternidad: embarazo, parto o cesárea, complicaciones derivadas y cuidados rutinarios del recién nacido</b>	10 meses
<b>Trasplantes</b>	6 meses
<b>Cirugía refractiva</b>	6 meses
<b>Periodo de espera general</b>	30 días

## CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes que son o no son declaradas y conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, en el caso de preexistencias no declaradas **Bupa** se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del asegurado de conformidad con el **Artículo 47** (cuarenta y siete) de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**.

## BENEFICIOS CUBIERTOS

- La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.
- Todos los beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**. La suma asegurada correspondiente se encuentra en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Bupa Empresarial**.
- Todas las cantidades mencionadas en el presente documento se entenderán referidas a pesos mexicanos.
- **Bupa** cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** mediante pago directo o reembolso dentro de la red de proveedores, de conformidad con lo establecido en Condiciones Generales de su **Plan Bupa Empresarial**.
- A los beneficios cubiertos pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.
- **Bupa** solo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales, esto es que estén aprobados por la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.

OPCIONES DE CONTRATACIÓN	
<b>Suma asegurada</b>	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza y/o el certificado de cobertura.

<b>Beneficio máximo de la cobertura</b>	Sin menoscabo de la suma asegurada contratada que se detalla en la carátula de la póliza, se establecen \$150,000,000 (Ciento cincuenta millones de pesos 00/100 M.N.) como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo <b>accidente, enfermedad o padecimiento</b> de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza, salvo las enfermedades o padecimientos a los que se especifique una Suma Asegurada de por vida y así aparezca descrita en las condiciones generales o en la Tabla de beneficios.
<b>Deducible</b>	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza y/o el certificado de cobertura y/o endosos.
<b>Zona geográfica de cobertura</b>	Esta póliza tiene cobertura dentro de la red de proveedores médicos en convenio dentro del territorio de la República Mexicana. Queda excluida cualquier cobertura en el extranjero.
<b>Coaseguro</b>	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza y/o el certificado de cobertura y/o endosos.
<b>Tope de Coaseguro</b>	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza y/o el certificado de cobertura y/o endosos.

### BENEFICIOS CUBIERTOS

Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza.

Período de espera general: 30 días.

**Todos los beneficios y coberturas de la póliza deberán ser gestionados a través de pago directo y/o reembolso dentro de la red de proveedores médicos en convenio y requerirán autorización previa cuando se indique en Condiciones Generales.**

TRATAMIENTO AMBULATORIO	COBERTURA
Consultas médicas de primer contacto y de especialidad	Incluido con Copago
Estudios de laboratorio y gabinete de soporte diagnóstico	100%
Medicamentos	100%
Cirugía ambulatoria	Dentro de la red de proveedores médicos en convenio
Honorarios médicos quirúrgicos	100% de acuerdo con tabulador
Enfermeros calificados	100% (máximo 30 días)
Terapeutas complementarios	100%
Terapeutas ocupacionales y ortópticos	100%
Medicamentos y materiales de curación	100%
Equipo médico durable	Siempre y cuando sea autorizado previamente por Bupa
HOSPITALIZACIÓN	COBERTURA
Alojamiento en el hospital y alimentos	100%
Gastos del acompañante en caso de hospitalización	100% para acompañante de un menor de 18 años hospitalizado
Sala de operación, medicamentos y materiales de curación	100%
Cuidados intensivos	100%
Cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos y anestesiólogos	100% de acuerdo con tabulador
Patología, radiología y exámenes de diagnóstico	100%

Fisioterapeutas y fonoaudiólogos	Siempre y cuando sea autorizado previamente por Bupa
----------------------------------	--

BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN	COBERTURA
Segunda opinión quirúrgica	No aplica deducible ni coaseguro
Segunda opinión médica	No aplica deducible ni coaseguro

MATERNIDAD	COBERTURA
Parto o cesárea dentro de hospital de red (periodo de espera de 10 meses) No aplica deducible ni coaseguro	\$30,000 (Treinta mil pesos 00/100 M.N.) por embarazo
Tratamiento pre – post natal	Cubierto bajo el beneficio de la maternidad
Complicaciones de la maternidad y el parto (aplica deducible y coaseguro)	Cubierto hasta la Suma Asegurada de la póliza
Cobertura del recién nacido (no aplica deducible) *Cobertura hasta por 30 días naturales	\$10,000 (Diez mil pesos 00/100 M.N.) por embarazo
Inclusión del recién nacido en la póliza	Se requerirá la presentación de una solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al recién nacido en la póliza

TRASLADOS	COBERTURA
Ambulancia aérea local *Se aplicará un coaseguro fijo del 20% para cualquier opción de coaseguro contratado y no se aplicará el tope de coaseguro	100%
Ambulancia terrestre local	100%

COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y COBERTURA ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	
Tratamiento contra el cáncer (periodo de espera de 12 meses)	100% Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida
Eliminación de deducible por accidente	100% siempre que el gasto total sea mayor a \$4,000 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.)
Tratamiento dental relacionado con un accidente	100%
Enfermería en casa	Siempre y cuando sea autorizado previamente por Bupa
Rehabilitación multidisciplinaria y fisioterapia	Siempre y cuando sea autorizado previamente por Bupa
Condiciones congénitas y hereditarias	100% Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida
Tratamiento contra el cáncer	100% Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida
Servicio de trasplantes	\$5,000,000 (Cinco millones de pesos 00/100 M.N.) o la suma asegurada contratada, lo que sea menor, por diagnóstico, de por vida
Diálisis renal	100% Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (periodo de espera de 48 meses)	Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida
Hallux Valgus (periodo de espera de 12 meses)	\$50,000 (Cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) por pie, de por vida
Cirugía refractiva (periodo de espera de 6 meses) No aplica deducible ni coaseguro	\$10,000 (Diez mil pesos 00/100 M.N.) por ojo, de por vida
Asistencia dental básica	Incluida

#### OTROS BENEFICIOS

Reconocimiento de antigüedad: Aplica con antigüedad mínima de 12 meses comprobables por asegurado.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 23 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0065-0100-2024/CONDUSEF-006325-01.**