# BUPA MEXICO, COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
## Tabla de Coberturas y Beneficios
## Bupa Diamond Care SL

| Información general | |
|---|---|
| **Deducible**:_____/ _____ | |
| **Coaseguro General**: 0% | **Otros Coaseguros**: No aplican |
| **Con la póliza Diamond Care, los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de un hospital o proveedor en convenio.** Sin embargo, la cobertura está sujeta a los términos y condiciones aplicables y que se describen en este documento. | |
| Los Asegurados deberán notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento. | |
| Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto. | |
| Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible y/o coaseguro aplicable, a menos que se indique lo contrario. | |
| Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en el Condicionado General en la sección de Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones. La Tabla de Beneficios solamente indica los límites aplicables al producto contratado. | |
| **NOTIFICACIÓN A BUPA**<br>Se recomienda que el asegurado notifique a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico.<br><br>Se recomienda notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria por lo que el asegurado deberá consultar la sección de Beneficios Cubiertos y la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Plan.<br><br>La eliminación de deducible por accidente, procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros ocho días naturales inmediatos posteriores al accidentey este sea medicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.<br><br>Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa o USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales. | |

| Cobertura máxima por asegurado, por año póliza, excepto cuando se indique lo contrario | Sin Límite |
|---|---|

| Beneficios y limitaciones por hospitalización | Cobertura |
|---|---|
| Servicios hospitalarios | 100% |
| Habitación estándar y alimentación del asegurado<br>(En hospital fuera de la red de hospitales o proveedores en convenio: máximo US$2,000 por día) | 100% |
| Unidad de cuidados intensivos<br>(En hospital fuera de la red de hospitales o proveedores en convenio: máximo US$4,000 por día) | 100% |
| Honorarios de cirujano y anestesista | 100% |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización | 100% |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia) | 100% |
| Cirugía bariátrica por única vez (período de espera de 24 meses) | US$10,000 |
| Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día | US$400 |
| Alimentación para acompañante, por día | US$50 |

| Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio | Cobertura |
|---|---|
| Cirugía ambulatoria | 100% |
| Visitas a médicos y especialistas | 100% |
| Medicamentos por receta:<br>• Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses)<br>• Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización | <br>100%<br>100% |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia) | 100% |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados después de las primeras 20 terapias) | 100% |
| Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada) | 100% |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.<br>Gastos derivados del tratamiento en los 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<br>• Sujeto a un copago de US$50<br>• No aplica deducible | 100% |

| Beneficios y limitaciones por maternidad | Cobertura |
|---|---|
| Embarazo, maternidad y parto, por embarazo<br>• Incluye parto normal, parto complicado, parto por cesárea, todo tratamiento pre- y post-natal, y cuidado del recién nacido saludable<br>• **Período de espera de 10 meses**<br>• Solo planes 2 (Deducible 1,000/2,000 USD) y 3 (Deducible 2,000/3,000 USD)<br>• No aplica deducible | US$10,000 |
| Complicaciones de la maternidad<br>• **Período de espera de 10 meses**<br>• Solo planes 2 (Deducible 1,000/2,000 USD) y 3 (Deducible 2,000/3,000 USD)<br>• No aplica deducible | 100% |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto)<br>• Solamente para embarazos cubiertos<br>• No aplica deducible | US$50,000 |
| | |
| Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto) | 100% |

| Beneficios y limitaciones por evacuación médica | Cobertura |
|---|---|
| Evacuación médica de emergencia:<br>• Ambulancia aérea<br>• Ambulancia terrestre<br>• Repatriación de restos mortales<br>Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services. | <br>US$100,000<br>100%<br><br>100% |

| Otros beneficios y limitaciones | Cobertura |
|---|---|
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea) | 100% |
| Insuficiencia renal terminal (diálisis) | 100% |
| Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida)<br>• Cobertura máxima para la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, y preparación del donante (US$25,000 incluidos como parte del total) | US$1,000,000 |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias:<br>• Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida)<br>• Diagnosticas a los 18 años o después | <br>100%<br>100% |
| Brazos y piernas artificiales | 100% |
| Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados) | 100% |
| Sala de emergencias (con o sin hospitalización) | 100% |

| | |
|---|---|
| Cobertura dental de emergencia | 100% |

| | |
|---|---|
| Residencia y cuidados paliativos | 100% |
| Terapeuta complementario (máximo 80 visitas/sesiones) | 100% |
| Visitas con especialista en dietética | Máximo 4 visitas |
| Cobertura de actividades y deportes peligrosos (amateur, profesional o por compensación) | 100% |
| VIH/SIDA, de por vida<br>• **Periodo de espera de 4 años** | US$1,000,000 |
| Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal | 2 años |
| Segunda opinión quirúrgica requerida<br>• Si el asegurado no obtiene una segunda opinión quirúrgica requerida, él/ella será responsable por el 30% de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, además del deducible correspondiente. | 100% |

**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 29 de enero de 2024 con el número CNSF-S0065-0037-2024 / CONDUSEF-006289-01.**