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 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. 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. 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 diez (10) 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. 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 (En hospital fuera de la red de hospitales o proveedores en convenio: máximo US$2,000 por día)	100%
Unidad de cuidados intensivos (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: • Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) • Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización	 100% 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. 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 • Sujeto a un copago de US$50 • No aplica deducible	100%

Beneficios y limitaciones por maternidad	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo • Incluye parto normal, parto complicado, parto por cesárea, todo tratamiento pre- y post-natal, y cuidado del recién nacido saludable • **Período de espera de 10 meses** • Solo planes 2 (Deducible 1,000/2,000 USD) y 3 (Deducible 2,000/3,000 USD) • No aplica deducible	US$10,000
Complicaciones de la maternidad • **Período de espera de 10 meses** • Solo planes 2 (Deducible 1,000/2,000 USD) y 3 (Deducible 2,000/3,000 USD) • No aplica deducible	100%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) • Solamente para embarazos cubiertos • 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: • Ambulancia aérea • Ambulancia terrestre • Repatriación de restos mortales Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.	 US$100,000 100% 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) • 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: • Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida) • Diagnosticas a los 18 años o después	 100% 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%
Terapias génicas	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 • **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 • 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 10 de octubre del 2026 con el número CNSF-H0719-0113-2026/ CONDUSEF-007424-01.