



BUPA CUIDADO TOTAL

Información General

Límite máximo por incapacidad por asegurado por año póliza: **USD 40,000**

Opciones de Deducible: **USD 200 y USD 500**

Cobertura geográfica: **Solo Ecuador**

Tabla de Coberturas

	Red Cerrada			Red Abierta		
COBERTURA AMBULATORIA						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Visitas a médicos y especialistas	Fee Administrativo	USD 50 por consulta	30 días	20%	USD 50 por consulta	30 días
Cirugía ambulatoria	10%	100%	30 días	20%	100%	30 días
Medicamentos Genéricos por receta	10%	100%	30 días	20%	100%	30 días
Medicamentos de Marca por receta	20%	100%	30 días	30%	100%	30 días
Medicamentos suplementarios y vitaminas (cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad).	10%	USD 40 por año póliza	30 días	20%	USD 40 por año póliza	30 días
Fisioterapia (debe ser preaprobada) No aplica coaseguro, ni deducible en red cerrada	Fee Administrativo	Máximo 10 sesiones por año póliza	30 días	20%	Máximo 10 sesiones por año póliza hasta USD 30 por sesión	30 días

	Red Cerrada			Red Abierta		
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Terapia de lenguaje (debe ser preaprobada)	Fee Administrativo	Máximo 4 sesiones por año	30 días	20%	Máximo 4 sesiones por año póliza hasta USD 30 por sesión	30 días
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo	10%	100%	30 días	20%	100%	30 días
Diálisis y Hemodiálisis	10%	100%	30 días	20%	100%	30 días
Salud mental (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta)	Fee Administrativo	USD 100 por año póliza	30 días	20%	USD 100 por año póliza hasta US\$25 por consulta	30 días
Consulta con Médico a domicilio Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita. No aplica deducible en red cerrada	Fee Administrativo	Máximo 20 visitas por año póliza	30 días	N/A		
blua. Salud digital de Bupa	0%	Ilimitado	24 horas	N/A		

	Red Cerrada			Red Abierta		
ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Ambulancia aérea por año póliza (debe ser preaprobada)	10%	USD 2,000 por evento por año póliza	24 horas		N/A	
Ambulancia terrestre o fluvial	10%	USD 150 por evento por año póliza	24 horas		N/A	

	Red Cerrada			Red Abierta		
COBERTURA HOSPITALARIA						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Servicios y atenciones hospitalarias.	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Habitación y alimentación (privada/semiprivada)	10%	USD 150 por día	90 días	20%	USD 150 por día	90 días
Cama y alimentación para un (1) acompañante	10%	USD 90 por día	90 días	20%	USD 90 por día	90 días
Unidad de cuidados intensivos	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Honorarios del cirujano principal (debe ser preaprobada)	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Honorarios del cirujano principal en caso de procedimiento quirúrgico secundario (debe ser preaprobada)	10%	Hasta el 50% del monto, de acuerdo al Tarifario	90 días	20%	Hasta el 50% del monto, de acuerdo al Tarifario	90 días

	Red Cerrada			Red Abierta		
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Honorarios del cirujano principal en caso de procedimiento quirúrgico adicional al secundario (debe ser preaprobada)	10%	Hasta el 25% del monto, de acuerdo al Tarifario	90 días	20%	Hasta el 25% del monto, de acuerdo al Tarifario	90 días
Honorarios del anestesista (debe ser preaprobada)	10%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal	90 días	20%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal	90 días
Honorarios del médico ayudante o cirujano asistente (debe ser preaprobada)	10%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal	90 días	20%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal	90 días
Servicios de Diagnóstico dentro del Protocolo						
Incluye: Laboratorio clínico, imagen y estudios anatomopatológicos.	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Medicamentos intrahospitalarios	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Insumos y dispositivos médicos	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Rehabilitación intra-hospitalaria	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Apoyo Psicológico durante estancia intrahospitalaria.	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días

	Red Cerrada			Red Abierta		
COBERTURA DE MATERNIDAD						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Cuidado de maternidad, por embarazo No aplica deducible ni coaseguro dentro de la red	0%	USD 2,000 por año póliza	60 días	20%	USD 2,000 por año póliza	60 días
Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido No aplica deducible ni coaseguro dentro de la red	0%	USD 10,000 por año póliza	60 días	20%	USD 10,000 por año póliza	60 días
Screening neonatal No aplica deducible ni coaseguro dentro de la red	0%	USD 50 por año póliza	60 días	20%	USD 50 por año póliza	60 días

	Red Cerrada			Red Abierta		
COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Tratamiento médico de emergencia Incluye: Apendicectomía	10%	100%	24 horas	20%	100%	24 horas
Tratamiento médico de emergencia por accidente	0%	100%	24 horas	20%	100%	24 horas
Tratamiento médico de emergencia, incluidas emergencias por accidente, en casos de mora en contraprestaciones económicas.	10%	USD 500 por evento	24 horas	20%	USD 500 por evento	24 horas

	Red Cerrada			Red Abierta		
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Enfermedades catastróficas, degenerativas, raras o huérfanas	10%	100%	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	100%	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero No aplica deducible dentro de la red	0%	De acuerdo al Tarifario Nacional	30 días	N/A		
Otras que determine la Autoridad Sanitaria	10%	USD 2,000 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	USD 2,000 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario

	Red Cerrada			Red Abierta		
PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Atenciones por condiciones laborales o profesionales	10%	USD 200 por año póliza	30 días	20%	USD 200 por año póliza	30 días
Incapacidades provenientes del uso de alcohol, drogas o estupefacientes	10%	USD 250 por año póliza	30 días	20%	USD 250 por año póliza	30 días
Atención de emergencias para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica	10%	USD 500 por año póliza	30 días	20%	USD 500 por año póliza	30 días

	Red Cerrada			Red Abierta		
OTRAS COBERTURAS						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Condiciones congénitas y/o hereditarias	10%	100%	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	100%	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Trasplante	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Tratamiento médico de urgencia (triaje 3 y 4)	10%	100%	24 horas	20%	USD 500 por evento	24 horas
Tratamiento médico de urgencia por accidente (triaje 3 y 4)	0%	100%	24 horas	20%	USD 500 por evento	24 horas
Tratamiento integral del cáncer	10%	100%	90 días	20%	100%	90 días
Colonoscopia preventiva (debe ser preaprobada) A partir de los cuarenta y cinco 45 años de edad.	10%	USD 100 por año póliza	30 días	20%	USD 100 por año póliza	30 días
Prótesis, aparatos ortopédicos e implantes no dentales (debe ser preaprobada)	10%	USD 15,000 por año póliza	90 días	20%	USD 15,000 por año póliza	90 días
Prótesis capilar (Peluca) por tratamiento oncológico (debe ser preaprobada)	10%	USD 100 por año póliza	90 días	20%	USD 100 por año póliza	90 días
Medias Elásticas Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad	10%	USD 30 por año póliza	90 días	20%	USD 30 por año póliza	90 días

	Red Cerrada			Red Abierta		
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Plantillas y zapatos ortopédicos (ajuste del zapato normal) Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad	10%	USD 30 por año póliza	90 días	20%	USD 30 por año póliza	90 días
Consultas por medicina alternativa y ancestral	10%	Máximo 4 visitas por año póliza hasta USD 40 por sesión	30 días	20%	Máximo 4 visitas por año póliza hasta USD 40 por sesión	30 días
Deformidad de la nariz y del tabique nasal en caso de accidente (Que sea médicamente necesario)	10%	USD 2,500 por año póliza	90 días	20%	USD 2,500 por año póliza	90 días
Control niño sano (Consultas) 12 visitas durante el primer año, 6 visitas hasta los 2 años de edad, posterior 2 visitas al año hasta los 5 años.	10%	USD 50 por consulta	30 días	20%	USD 50 por consulta	30 días
Control niño sano (Vacunas) Aprobadas bajo el esquema nacional de vacunación por el Ministerio de Salud Pública	10%	USD 75 por año póliza	30 días	20%	USD 75 por año póliza	30 días
Operación excimer láser (Desde 5.5 dioptrías por ojo)	10%	USD 300 por ojo, por año póliza	90 días	20%	USD 300 por ojo, por año póliza	90 días
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	10%	USD 10,000 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	USD 10,000 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario

	Red Cerrada			Red Abierta		
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Examen de Papanicolaou (Pap test) preventivo a partir de los dieciocho (18) años y con orden médica	10%	USD 60 por año póliza	90 días	20%	USD 60 por año póliza	90 días
Mamografía preventiva a partir de los dieciocho (18) años y con orden médica	10%	USD 60 por año póliza	90 días	20%	USD 60 por año póliza	90 días
Antígeno Prostático preventivo a partir de los dieciocho (18) años y con orden médica	10%	USD 60 por año póliza	90 días	20%	USD 60 por año póliza	90 días
Fórmulas alimenticias medicadas y/o leches medicadas Para niños menores de 2 años	10%	USD 100 por año póliza	90 días	20%	USD 100 por año póliza	90 días
Cirugía Reconstructiva o Correctiva (debe ser preaprobada)	10%	USD 3,000 por año póliza	90 días	20%	USD 3,000 por año póliza	90 días
Alquiler de Equipos o Dispositivos Médicos para monitoreo e infusión de medicamentos	10%	USD 100 por año póliza	90 días	20%	USD 100 por año póliza	90 días
Ligadura y vasectomía (debe ser preaprobada)	10%	100%.	90 días	20%	100%.	90 días
Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente	10%	USD 1,000 por año póliza	24 horas	20%	USD 1,000 por año póliza	24 horas

	Red Cerrada			Red Abierta		
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Cuidados paliativos (debe ser preaprobada)	10%	USD 80 por día, máximo 25 días	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	USD 80 por día, máximo 25 días	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Enfermedades de transmisión sexual	10%	USD 80 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	N/A		
Métodos anticonceptivos temporales	10%	USD 50 por año póliza	90 días	20%	USD 50 por año póliza	90 días
Atención integral a personas con problemas de malnutrición	10%	USD 50 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	USD 50 por año póliza	30 días ambulatorio 90 días hospitalario

	Red Cerrada			Red Abierta		
BENEFICIOS ADICIONALES						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Servicios exequiales	0%	De acuerdo al Servicio contratado con el Proveedor	24 horas	N/A		
Aplica únicamente en Red Preferida Bupa y especificaciones del Servicio, disponible en la página web de la Compañía: www.bupasalud.com.ec No aplica deducible						

	Red Cerrada			Red Abierta		
PREEXISTENCIAS						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Mejora de la Cobertura de Condiciones Preexistentes declaradas	10%	Hasta USD 500 unificados por año póliza	12 meses	20%	Hasta USD 500 unificados por año póliza	12 meses
Condiciones Preexistentes declaradas De acuerdo al Beneficio de Ley	10%	Hasta 20 salarios básicos unificados por año póliza	24 meses	20%	Hasta 20 salarios básicos unificados por año póliza	24 meses

	Red Cerrada			Red Abierta		
DISCAPACIDAD						
Coberturas	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia	Copago	Sub-límites/ Topes máximos de Cobertura	Carencia
Condiciones de Discapacidad Beneficio de ley para condiciones preexistentes declaradas	10%	Hasta 20 salarios básicos unificados por año póliza	3 meses	20%	Hasta 20 salarios básicos unificados por año póliza	3 meses

"El presente documento es meramente informativo. Los detalles sobre los términos y condiciones aplicables a cada producto se encuentran en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, las cuales prevalecen sobre cualquier otro documento."